



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

## **Zdravotní aspekty body image**

Diplomová práce

**Autor:** Jakub Kratochvíl

**Studijní program:** Specializace v pedagogice

**Studijní obor:** VKZu-AJu-SZu

**Vedoucí práce:** doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

České Budějovice 2020



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

University of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Department of Health Education

## **Health aspects of body image**

Diploma thesis

**Author:** Jakub Kratochvíl

**Study programme:** Specialization in pedagogy

**Study of Programme:** Health Education

**Supervisor:** doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

Ceske Budejovice 2020

## **Bibliografická identifikace**

**Jméno a příjmení autora:** Jakub Kratochvíl

**Název diplomové práce:** Zdravotní aspekty body image

**Pracoviště:** Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

**Vedoucí diplomové práce:** doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

**Rok obhajoby diplomové práce:** 2020

## **Bibliography identification**

**Name and Surname of author:** Jakub Kratochvíl

**Title of the diploma thesis:** Health aspects of body image

**Department:** Health Education, College of education, South Bohemia University in České  
Budejovice

**Supervisor:** doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

**The year of presentation:** 2020

## **Abstrakt**

Body image a zdraví jsou dva vzájemně úzce související pojmy ovlivňující kvalitu našich životů. Tato diplomová práce měla za cíl nashromáždit aktuální poznatky o jejich propojenosti a vyhodnotit některé rizikové oblasti propagovaných vzorů body image ve vztahu k možnostem poškození či oslabení zdraví. V teoretické části práce byla vytvořena rešerše, která byla zpracována na základě české a zahraniční odborné literatury. Zároveň tato část identifikovala zdravotní rizika spojená s honbou za současným, společností přijímaným tělesným ideálem. Empirická část práce obsahuje vlastní výzkum, jehož cílem bylo posoudit úroveň subjektivně vnímané spokojenosti se zdravím a body image u dospělé populace mužů a žen ve vztahu ke konkrétním BMI kategoriím. Výzkum proběhl v dubnu 2020 a celkově se ho zúčastnilo 80 dospělých jedinců, z toho rovnoměrně 40 mužů a 40 žen. Jako nástroj k hodnocení spokojenosti s úrovní zdraví nám posloužil poupravený Dotazník životní spokojenosti, konkrétně z něj vyňatá oblast *Zdraví*. Pro účel hodnocení spokojenosti s body image byla využita hodnotící škála. Výsledky zkoumání přinesly zjištění, že muži hodnotí své zdraví i body image lépe než ženy, a že jedinci s BMI v normálu vykazují v obou sledovaných sférách lepší výsledky, než jedinci trpící nadváhou či obezitou. Diplomová práce může sloužit jako materiál k šíření povědomí o rizicích vzniku poruch příjmu potravy.

**Klíčová slova:** tělesné sebepojetí, body image, zdraví, poruchy příjmu potravy

## **Abstract**

Body image and health are two closely related concepts that affect the quality of our lives. The aim of this diploma thesis was to gather current knowledge about the interconnectedness of the above-mentioned concepts and to evaluate some risk areas of the promoted body image patterns in relation to the possibilities of damage or impairment of health. In the theoretical part of the work, a research was created, which was processed on the basis of Czech and foreign literature. At the same time, this section identified the health risks associated with the pursuit of the current, society-accepted bodily ideal. The empirical part of the work contains own research, the aim of which was to assess the level of subjectively perceived satisfaction with them in the adult population of men and women in relation to BMI categories. The research took place in April 2020 and involved a total of 80 adults, including 40 men and 40 women. The revised Life Satisfaction Questionnaire, specifically the Health area excluded from it, served as a tool for assessing satisfaction with the level of health. For the purpose of evaluating satisfaction with body image, an evaluation scale was used. The results of the research revealed that men evaluate their health and body image better than women, and that individuals with a BMI in normal show better results in both areas than individuals suffering from overweight or obesity. The diploma thesis can serve as a material to spread awareness about the risks of eating disorders.

**Keywords:** body-self concept, body image, health, eating disorders

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

České Budějovice 5. květen 2020

Jakub Kratochvíl

**Poděkování:**

Děkuji doc. PaedDr. Vladislavu Kukačkovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a ochotu v průběhu zpracování mé diplomové práce.



## Obsah

1	ÚVOD.....	12
2	TEORETICKÁ ČÁST.....	14
	CÍL PRÁCE.....	14
2.1	SEBEPOJETÍ.....	14
2.1.1	Podstata sebepojetí.....	15
2.1.2	Diskrepance v sebepojetí.....	16
2.1.3	Faktory ovlivňující sebepojetí.....	17
2.2	TĚLESNÉ SEBEPOJETÍ (BODY IMAGE).....	19
2.2.1	Podstata body image.....	20
2.2.2	Tělo jako základ vlastní identity.....	21
2.2.3	Význam těla pro celkové sebepojetí.....	22
2.2.4	Složky body image.....	23
2.2.4.1	Vzhled.....	24
2.2.4.2	Zdatnost.....	26
2.2.4.3	Zdraví.....	27
2.2.4.3.1	Vymezení pojmu zdraví.....	28
2.2.4.3.2	Bio-psycho-sociální model zdraví.....	29
2.2.4.3.3	Determinanty zdraví.....	30
2.2.4.3.4	Podpora zdraví.....	34
2.2.5	Determinanty body image.....	35
2.2.5.1	Významní druzí.....	37
2.2.5.2	Věk.....	39
2.2.6	Zdravý životní styl jako cesta k dosažení pozitivní body image.....	41
2.2.6.1	Pohyb.....	42

2.2.6.2	Výživa.....	44
2.2.6.3	Spánek .....	45
2.2.6.4	Relaxace .....	46
2.2.6.5	Stres .....	47
2.2.7	Tělo v historickém kontextu .....	49
2.2.8	Podstata ideálu štíhlého těla.....	53
2.2.8.1	Paradox obezity .....	55
2.2.9	Historie zkoumání body image .....	56
2.2.10	Body image napříč kulturami .....	57
2.3	MÉDIA A JEJICH DOPAD NA ZDRAVÍ JEDINCE.....	58
2.3.1	Manipulativní charakter médií ve vztahu k jedinci .....	58
2.3.2	Sociální sítě.....	59
2.3.3	Reklamy .....	63
2.3.4	Časopisy.....	64
2.4	ZDRAVOTNÍ DOPAD NESPOKOJENOSTI S VLASTNÍM TĚLEM.....	67
2.4.1	Poruchy příjmu potravy .....	68
2.4.2	Mentální anorexie .....	69
2.4.3	Mentální bulimie.....	73
2.4.4	Záchvatovité přejídání .....	75
2.4.5	Méně známé poruchy příjmu potravy .....	76
2.4.6	Zdraví ohrožující dietní extrémny .....	80
2.5	SOUHRN.....	84
3	VÝZKUMNÁ ČÁST .....	86
3.1	Výzkumný cíl .....	86
3.2	Výzkumné předpoklady.....	86
4	METODIKA .....	87

4.1	Kvantitativní výzkum .....	87
4.2	Metoda dotazníkového šetření.....	87
4.2.1	Dotazník životní spokojenosti .....	88
4.2.2	Posouzení míry spokojenosti s vlastním body image .....	89
4.3	Výpočet hodnoty BMI.....	90
4.4	Statistické zpracování dat .....	90
5	VÝSLEDKY .....	91
5.1	Základní charakteristiky sledovaného souboru .....	91
5.2	Oblast Zdraví Dotazníku životní spokojenosti .....	93
5.3	Posouzení body image.....	98
6	DISKUZE .....	100
7	ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	108
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	110
9	SEZNAM ZKRATEK .....	118
10	SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK.....	119
11	PŘÍLOHY .....	121

# 1 ÚVOD

Bez ohledu na to či jsme nebo nejsme bohatí, tím nejcennějším majetkem každého z nás bude vždy naše vlastní tělo. Tělo nám slouží jako prostředek k interakci a komunikaci s okolím, a zároveň představuje klíč k vlastní identitě. A je to právě naše tělo, na které jsou každodenně upínány zraky okolního světa, díky čemuž zastává roli jakési naší osobní vizitky. Fyzický vzhled je totiž zcela nepopíratelně jednou z nejdostupnějších informací o člověku, a přirozeně se tak obvykle stává tím prvním, čeho si ostatní lidé při setkání s námi všimají a na základě čeho nás poté také soudí. S důležitostí fyzického vzhledu se v současné době však neseťkáváme pouze v osobním životě, ale také v masové kultuře, reklamě a médiích obecně. Tento trend, o kterém mnozí autoři hovoří jako o „náboženství“ či „kultu štíhlosti“, jasně svědčí o tom, že se tělo znovu dostává do popředí našich zájmů i zájmů celé společnosti a péče o něj se stává přirozenou součástí našeho společného bytí. Tato „tělesná“ doba s sebou však přináší i velký tlak v podobě konkrétních společenských vizí o tom, jak má člověk vypadat, a jaké tělo je považováno za zdravé a dokonalé. Fialová (2007) v této souvislosti nazývá tělo „designovým prvkem“, který s sebou zajisté nese mnoho dalších významů. Jaká by měla být tedy podoba dokonalého mužského a ženského těla ve 21. století? Představy o tom zcela zásadně ovlivňuje nazírání na naše tělo a na to, jakým způsobem o něm přemýšlíme, jak ho vnímáme, cítíme a prožíváme. Na základě těchto skutečností pak každý z nás reflektuje i svou spokojenost s vlastní tělesnou schránkou, čímž si vytváří výsledný dojem o svém tělesném sebepojetí, tedy body image.

Grogan (2000) hodnotí současné naladění společnosti, kdy štíhlost je spojována se schopností kontroly, s energičností a úspěchem, zatímco na nadváhu je nahlíženo jako na symbol neúspěchu, nedostatku vůle a osobního selhání. Obecně lze konstatovat, že v současnosti žijeme v obezitofobní společnosti, ve které jedincům vymykajícím se ideálu krásy hrozí sociální znevýhodňování a přehlížení. Jedinci s nadváhou bývají často již od útlého dětství terčem předsudků a stereotypů, a snaha se tomuto modelu vyhnout všemožnými dostupnými prostředky je tedy naprosto pochopitelná. Tato snaha však může snadno přerůst v nikdy nekončící honbu za dokonalostí, která často vede k frustraci a ještě větší fixaci na kýžený cíl, důsledkem čehož mohou pocity osobního selhání a méněcennosti přerůst až k narušení mezilidských vztahů či vzniku poruch příjmu potravy.

Jednou ze základních složek podílejících se na struktuře vlastního body image a pojících se k naší tělesnosti je péče o vlastní zdraví, jehož hodnota je nedocenitelná. Jak již bylo zmíněno, doba a společnost ve které žijeme na nás kladou vysoké nároky, kterým se nevyhne ani oblast našeho zdravotního stavu, obranyschopnosti, fyzické i duševní kondice a četnosti nemocí i bolestí. Pevné a dlouhodobé zdraví je zkrátka základní podmínkou kvalitního a spokojeného života, přičemž každý z nás je za své zdraví a za přístup k němu zodpovědný. Tato diplomová práce je zaměřena na oblast sebepojetí, zdraví a body image, a jejím cílem je vyhodnocení některých rizikových oblastí propagovaných vzorů body image ve vztahu k možnostem poškození či oslabení zdraví.

První kapitola práce je věnována základním poznatkům o sebepojetí a slouží jako odrazový můstek pro kapitolu druhou, která se zabývá již specifickou formou sebepojetí– tělesným sebepojetím (body image). Ta se zabývá nejen její charakteristikou, podstatou, významem, složkami, determinanty apod., ale i podstatou ideálu štíhlého těla a možnými cestami k dosažení pozitivní body image. Třetí kapitola se věnuje již zmíněnému mediálnímu tlaku a jeho manipulativnímu charakteru ve vztahu k propagaci společensky přijímaného ideálu krásy, zatímco čtvrtá kapitola pojednává již o konkrétních dopadech vybraných druhů médií a sociálních sítí na jedince a jeho tělesné sebepojetí. V páté kapitole se nachází výzkumná část práce, která se zabývá zkoumáním úrovně subjektivně vnímané spokojenosti dospělé populace mužů a žen s vlastním body image a zdravím ve vztahu k jejich BMI kategoriím.

K výběru tohoto tématu diplomové práce mě přivedla aktuálnost této problematiky. Slova jako anorexie a bulimie slyšíme zcela běžně, protože výskyt těchto a dalších poruch příjmu potravy exponenciálně roste. V rámci diplomové práce jsem se rozhodl tuto problematiku blíže prozkoumat a zjistit, proč tomu tak je.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### CÍL PRÁCE

Vyhodnotit některé rizikové oblasti propagovaných vzorů body image ve vztahu k možnostem poškození či oslabení zdraví.

### 2.1 SEBEPOJETÍ

Dle Fialové si každý člověk vytváří určitý obraz o sobě, svých vlastnostech, schopnostech, vědomostech, své inteligenci, svém těle, vzhledu, zdraví... Tento obraz nazýváme sebezpojetím (Fialová, 2007).

Termín sebezpojetí je mnohými autory většinou vnímán jako velmi obsáhlý a často i proměnlivý, neboť u něj v průběhu lidského života dochází ke změnám. V současné době máme k dispozici celou řadu přístupů, jak na problematiku spojenou s obrazem vlastního „Já“ nahlížet. Termín „Já“ se vyskytuje v různých teoriích osobnosti a ve své podstatě jde o integrující (jednotící) složku celé osobnosti člověka (Říčan, 2005). S touto verzí pracuje také Blatný (2009), který říká, že sebezpojetí je složitý konstrukt, který implikuje kognitivní strukturu, jež pozůstává z verbálně nebo sémanticky zakódovaných generalizací, do kterých jsou integrovány nové údaje a pro subjekt specificky důležité behaviorální vzorky. Do těchto zevšeobecnění jsou zahrnuty vlastnosti, schopnosti, vědomosti, hodnoty, postoje a sociální role. Zkrátka všechno, čím se subjekt definuje a hodnotí. Jedná se především o ty charakteristiky, které jedinec považuje za sebezpojetí, na kterých závisí, jak bude s určitou personální informací nakládáno (Blatný et al., 2010).

Hartl (2004) hovoří o sebezpojetí jako o sebe-percepci, o vytváření jakéhosi úsudku o sobě samém, který má dva rozměry – hodnotící a popisný. Další pohled nabízí i psychoterapeutka Verena Kastová (2012), která říká, že sebezpojetí můžeme chápat jako subjektivní obraz sebe samého. Obraz, který každá jediná osoba chová o sobě, o svém „Já“. John, Robins, Pervin a kol. (2008) zase tvrdí, že sebezpojetí je výsledkem procesu sebeuvědomění, a celková struktura sebezpojetí je celkem komplikovaná – lidé mohou reflektovat vlastní hodnoty, schopnosti a osobnostní rysy, (např. „Jsem vznětlivý člověk“), ostatní osoby (např. „Jsem otcem své dcery.“), sociální role a status (např. „Jsem populární spisovatel.“) nebo referenční

sociální kategorie (např. „Jsem Čech.“). V různých dimenzích sebepojetí jsou interindividuální rozdíly různě akcentované. Za účelem měření jednotlivých struktur sebepojetí byly vyvinuty různé standardizované nástroje a odpovídají jim různé teorie.

Tzv. jáské reprezentace se ale mohou odlišovat i v řadě jiných kvalit než těch uvedených v předchozím odstavci. Blatný a kol. (2010) prezentuje důležitost časové dimenze sebesystému, kam patří různá možná Já, jako např. vysněné Já, požadované Já, ideální Já, nežádoucí Já nebo negativní Já. Evidentně se se sebepojetím tedy pojí také konativní (motivační) prvek, který může nacházet souvislost s cíli, hodnocením odlišností mezi aktuálním a žádoucím stavem, porovnáváním se sociokulturní normou apod. S dalším pohledem přichází psychologka a vysokoškolská profesorka Astrid Schütz (2000), jejíž koncept sebepojetí je utvořen obrazem vlastní osoby zaměřený na konkrétní okamžik. Často je proces vytváření představy o sobě samém ovlivňován a dotvářen již nabitými zkušenostmi, představami a fantaziemi, které jsou s námi po celou dobu našich životů. Naše aktuální dojmy a pocity, které vycházejí z vnímání naší vlastní osoby, bývají velmi často spojovány právě s tím, co prožíváme, co nás determinuje a ovlivňuje (Kastová, 2012). Náš pohled na sebe, na své „Já“, je výrazně ovlivněn vzájemnou interakcí jedince se světem okolo něj, a to především na základě zkušenosti, kterou dotyčný sám o sobě učiní (Říčan, 2005).

### **2.1.1 Podstata sebepojetí**

Fialová (2007) zastává názor, že se sebepojetí stále více formuje jako celkový postoj k vlastní osobě. Tento názor se rozšiřuje o jednotlivé prvky, jimiž je tvořena jeho podstata. Konkrétně se jedná o prvky kognitivní, mezi které můžeme zařadit míru našeho sebepoznání a sebedefinování. Dále do tzv. poznávací složky patří i oblast sebeuvědomění, která se podle Farkové (2008) projevuje výroky uvnitř nás jakými jsou „já myslím, já cítím a já chci“.

Druhou důležitou oblastí je oblast emocionální, do které spadá vlastní sebeúcta a sebehodnocení (Fialová, 2007).

Poslední oblast je propojena s činnostně regulativními prvky. „Já“ je neustále se rozvíjející hodnota, jež obzvláště v období dospívání, vyžaduje potřebu kompetence, respektu, obdivu a výkonu. Jde o záměrnou práci na sobě s tendencí o vlastní sebeprosazení, sebezdokonalení a sebeuplatnění. Velice důležitým faktorem tohoto procesu je vnitřní sebekontrola (Fialová, 2007).

Farková (2008) tvrdí, že člověk má ke svému obrazu jasný citově podložený hodnotící vztah, který je předurčen přijatými nároky, jež na sebe každý člověk klade a které se postupně vyvíjí na základě interakcí s okolním světem. K této aktivitě dochází již v raném dětství a obecně lze říci, že přibližně kolem 3. roku života má dítě schopnost odlišovat základní vztahové nastavení „já-ty“ a „osoby-předměty“, kdy za velice důležitý modulátor sebepojetí pokládáme vlastní prožité zkušenosti. Ty jsou zejména v prvotní fázi života člověka kromě nově nabytých zkušeností ovlivňovány rodinným prostředím a rodiči s jejich stylem výchovy a společenskými stereotypy, kterým se dítě učí a následně jim i přivyká. Děti se tak dostává jasná zpětná vazba o tom, jaké je, zač jej rodiče považují a co od něj očekávají (Hanuš & Chytilová, 2009). Jde o přirozený koloběh, který vede k utváření povědomí o vlastním „Já“. Hlavním úkolem sebepojetí je předat jedinci jakýsi nástroj, s jehož pomocí je schopný orientovat se ve svém osobním životě. Farková (2008) v této souvislosti zdůrazňuje význam takzvané *osobní mapy světa*, ve které je náš obraz vnímaného „Já“ jednou z jejích velice důležitých částí. Na tyto osobní mapy světa se zaměřujeme pokaždé, když nám o něco opravdu jde, když stojíme „na křižovatce života“. Další úlohou sebepojetí je jeho stabilizační funkce. Tu lze vnímat jako tíhnutí k vlastní jednotě a obraně vůči jakýmkoliv změnám. Avšak k tomu potřebuje svou pevnou a stálou strukturu (Hanuš & Chytilová, 2009).

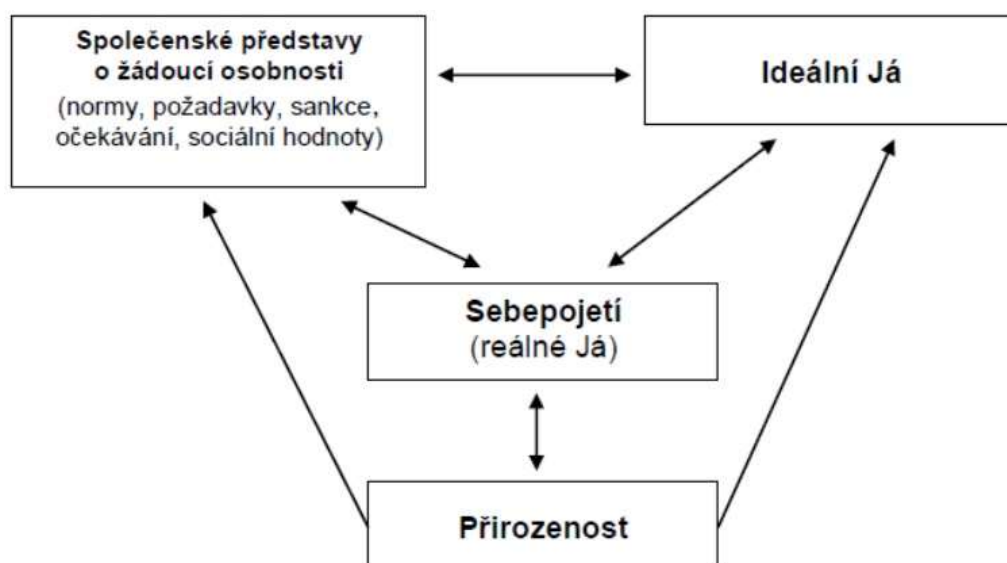
### **2.1.2 Diskrepance v sebepojetí**

V poslední době se často diskutuje o rozdílu mezi takzvaným reálným a ideálním „Já“: jaký člověk doopravdy je, jaký si myslí, že je, a jaký by chtěl být (Fialová, 2007). Odborná literatura hovoří o tomto napětí jako o diskrepanci. Mezi tím, jací jsme a jací bychom měli být (případně jací bychom, dle našeho vlastního názoru měli být), je rozdíl. Mluvíme o ideálním „Já“. Ideální „Já“ znázorňuje atributy spojené s podobou ideálu krásy, vysněného vzhledu, tělesné zdatnosti, zdravého těla... (Fialová & Krch, 2012).

Jestliže dojde k rozporu mezi těmito představami, postupem času se v jedinci vytvoří určitý neklid či napětí, které dále mohou být hlavní příčinou intrapersonálních konfliktů, kdy jedinec často prožívá pocity jako jsou smutek a zklamání pramenící z nespokojenosti (Fialová & Krch, 2012). Fialová & Krch přibližují tento střet vznikající na základě nesouladu mezi jednotlivými prezentacemi „Já“ ve své teorii diskrepance v sebepojetí.



Požadované neboli ideální „Já“ je odlišné od našeho subjektivně vnímaného reálného „Já“. Výsledkem působení diskrepance mezi reálným „Já“ a požadovaným „Já“ jsou stavy spojené s pocity znepokojení, či možného ohrožení a úzkosti. Jakmile se naše sebehodnocení nachází v ohrožení, začínáme se obvykle srovnávat s těmi, kteří jsou na tom, podle našeho názoru, hůře než my sami (Fialová & Krch, 2012). Přílišná negativní sebereflexe či nespokojenost se sebou samým, ať už se jedná o vzhled, charakter či cokoliv jiného, může přejít do pocitů dlouhodobé nespokojenosti a následného nízkého sebevědomí. Tento střet s realitou poté často zcela zásadně ovlivňuje budoucí nastavení našeho vnímaného „Já“ (Fialová, 2007).



**Obrázek 1.** Pole utváření sebepojetí dle Smékala (Smékal, 2009, 343)

### 2.1.3 Faktory ovlivňující sebepojetí

Sebepojetí je formováno v průběhu celého života a vyvíjí se v souvislosti se socializací. Má aktivní a tvořivý charakter, ale je také společensky podmíněno. K vývoji sebepojetí dochází v interakci jedince s prostředím na základě jeho vlastní zkušenosti. Podle Říčana (2007) je základ sebepojetí vytvořen ve třetím roce života člověka, neboť v tu dobu u jedince dochází ke vztahovému odlišení „já-ty“ a „osoby-předměty“.

Berger (2007) uvádí, že to, jak člověk sám sebe vnímá, je nejvíce utvářeno skrze prostředí jedince. Jeden z důležitých faktorů, jež utváří sebepojetí jedince, je rodina. Primární rodina jedinci poskytuje první kontakt s druhými lidmi, kteří na něj působí skrze předávání názorů a způsobu nahlížení na svět, kdy se jedinci zároveň dostává zpětné vazby. Tato zpětná vazba

je mu často předávána v podobě hodnotících soudů na chování, vzhled či dalších vlastností jak daného jedince, tak i všech ostatních. To znamená, že jedinec se tak již od útlého věku učí posuzovat druhé a sebe na základě vzorců, které mu byly předány jeho primární rodinou. Rané socializační procesy v rodině a škole jsou pro utváření a další vývoj jedincova sebepojetí rozhodující (Berger, 2007). V průběhu dalšího vývoje jedince se důležitými faktory ovlivňující jeho sebepojetí stávají spolužáci, vrstevníci, učitelé, a širší okolí. Tito činitelé mají schopnost měnit jedincův pohled na svět či jeho hodnotící soudy. Vlastní zkušenost a sebeuvědomění jedince jsou nástroji ovlivňující a formující jeho sebepojetí především sociální interakce s druhými lidmi, jak v případě rodiny a jedincova blízkého okolí, tak v případě vrstevníků, učitelů či médií (Fialová, 2001). Nové zkušenosti jedince mu přinášejí nové informace o tom, jak je druhými lidmi vnímán. Sebevojání se tedy vyvíjí v jedincově interakci se světem na základě jeho vlastní zkušenosti s okolím a sebou samotným. Sebevojání je tak v průběhu života závislé na našem okolí, vrstevnicích a na modelech, které nám jsou předkládány v rodinném či širším sociokulturním kontextu.

Neustále se měnící se normy a hodnoty v různých kulturách, společnostech, a obdobích sebevojání a jeho utváření ovlivňují. V souvislosti s proměnami doprovázejícími lidstvo v 21. století, je důležité zmínit názor Johna B. Thompсона (2004), který říká, že k aktivnímu utváření sebevojání nemalou mírou přispívá také přisvojování mediálních sdělení, což je považováno za druh sociální interakce. Proces utváření sebevojání je dle Thompсона v důsledku rozvoje komunikačních médií stále více ovlivňován medializovanými materiály, mezi které patří také mediální obrazy, jež do jisté míry nahrazují sociální interakci tváří v tvář, která byla před nástupem médií jedním z hlavních podkladů pro utváření sebevojání. S touto změnou přichází důsledky na proces budování představy o sobě samém v tom smyslu, že obohacuje a zdůrazňuje reflexivní povahu budování našeho sebevojání, ta se však zároveň stává závislou na mediálních systémech, jež jsou mimo naši kontrolu. Jestliže jsou jedinci skrze média předkládány mediální obrazy, které jsou považovány za faktor ovlivňující jeho sebevojání, pak jedinec může na jejich základě vytvářet či přetvářet hodnotící soudy vůči sobě samému a ostatním.

## 2.2 TĚLESNÉ SEBEPOJETÍ (BODY IMAGE)

VandenBos a kol. (2015) a americká psychologická asociace definují body image jako mentální obraz o vlastním těle jako celku, jenž si lidé sami jednotlivě vytvářejí. Tento obraz obsahuje veškeré fyzické charakteristiky a postoje vůči nim. VandenBos a kol. (2015) nazývá fyzické charakteristiky obsažené v body image tělesnými vjemy či schémata (body percept a body schema) a postoje jako tělesný koncept (body concept). Jako synonymum pro body image uvádí termín tělesná identita (body identity).

Je zřejmé, že překlad termínu body image jako tělesné či tělové schéma je pouze jakýmsi zjednodušením, neboť takto přeložený termín z konceptuálního hlediska zahrnuje pouze kognice a zapomíná na postoje, emoce, hodnocení a další proměnné. Pokud bychom na celou věc nahlíželi z pohledu struktury osobnosti, pak je body image možné chápat jako součást nadřazeného konceptu sebepojetí. Definice sebepojetí (self-concept) podle Blatného a kol. (2010) zní tak, že sebepojetí je souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová. Termíny sebesystém (self-system) nebo jáský systém mají význam srovnatelný se sebepojetím, případně jsou užívány ve významu nadřazeném, kdy je na sebepojetí nahlíženo především jako na kognitivní konstrukt (Výrost, Slaměník a kol., 2008). Fakt, že pro označení téhož jevu bývají užívány různé termíny, je odrazem různých teoretických koncepcí a náhledů. Z výše uvedeného je ale jednoznačné, že jednotlivé termíny nelze vždy chápat jako synonyma. Sarah Grogan (2000) tvrdí, že pokud celkové sebepojetí vnímáme jako postoj k vlastní osobě, pak tělesné sebepojetí můžeme chápat jako postoj k vlastnímu tělu a pojem body image lze chápat jako způsob, jakým jedinec přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí. Obecně lze říci, že v rámci celkového sebepojetí zaujímá právě tělo zcela zásadní pozici. Důležitost těla z hlediska sebepojetí blíže popisuje Fialová (2001), která je přesvědčena, že lidské tělo je objektem sociálního a kulturního vývoje. Neustále měnící se normy a hodnoty v kulturách, epochách nebo prostředích ovlivňují a působí na naše sebepojetí. V současnosti dokonce dochází k pěstování kultu, který klade na naše těla náročné požadavky (aby bylo štíhlé a bez tuku, zdatné, opálené, ...). Tělo se stává jakýmsi designérským produktem, do kterého musí být investováno, a navíc bývá i velmi často veřejně prezentováno jako symbol úspěchu. Kvůli těmto důvodům je lidské tělo považováno za jednu z nejdůležitějších komponent celkového sebepojetí.

### 2.2.1 Podstata body image

Stackeová (2014) na problematiku tělesného sebepojetí nahlíží jako na mentální reprezentaci vlastního těla, jež je charakteristická třemi dimenzemi. První z nich je kognitivní dimenze, která je vztažena k poznávání vlastního těla. Klíčová otázka je tvořena představami spojenými s rozměry těla, s jeho tvarem, velikostí a vztahem mezi jeho jednotlivými částmi. Zcela zásadní je vlastní náhled na tělesnost jako takovou (Stackeová, 2014). Velký vliv na přijetí či odmítnutí vlastního těla mají představy o tělesné výšce, hmotnosti, barvě očí, o hlasu, obličejí a jeho tvaru, vlasech a jejich kvalitě, tvrdí Fialová (2012). Tyto představy mají tedy zásadní vliv, na jehož základě dochází ke ztotožnění se s tělem či jeho odmítnutím.

Druhou ze tří dimenzí je dimenze emocionální, která je spojena s hodnocením našeho těla. Tato dimenze je charakteristická mírou spokojenosti či nespokojnosti s jednotlivými částmi vlastního těla. Tím, jaký zaujímáme vztah k tělesné kondici, funkčnosti těla, výkonnosti i důvěře ve vlastní schopnosti, zároveň vnímáme i naše tělesné sebepojetí (Fialová, 2012). Behaviorální dimenze je poslední ze zmíněných tří dimenzí. Někdy bývá popisována jako složka činnostně regulativní a dle Stackeové (2014) je definována aktivitami, které ovlivňují náš tělesný vzhled. Můžeme mezi ně zařadit prvky přijatého životního stylu, pohybové a stravovací návyky s dietetickými zvyklostmi, péči o vzhled a tělesnou kondici (Fialová, 2012). Jak píše Stackeová (2014), specifické vnímání vlastního těla se odráží jako zásadní motivační činitel, ze které se může stát až vytoužená honba za jeho dokonalostí. Právě z toho důvodu někdy bývá podstoupení plastických operací a nejrůznějších tělesných korektur nejsnazší formou, jak se vyrovnat s výsledným obrazem svého tělesného „Já“.

McLeanová, Syed a kol. (2015) zdůrazňují důležitost role fyzického vzezření v celkové psychologické adaptaci lidí, tedy v celkovém duševním zdraví. Především vztahům mezi body image, sebehodnocením a poruchami příjmu potravy se v tomto smyslu dostalo velké výzkumné pozornosti. Žádoucí či adaptivní je být nositelem tzv. pozitivního body image, které je americkou národní asociací pro poruchy příjmu potravy (NEDA) vymezováno jako přesná percepce a ocenění vlastního těla, včetně spokojenosti s vlastním tělem a pocitů hrlosti. Jedinci disponující pozitivním body image rozumí, že tělesný vzhled není určujícím faktorem hodnoty dané osoby jako člověka, a nevěnují zbytečně mnoho času obavám ze správného stravování a své tělesné hmotnosti.

### **2.2.2 Tělo jako základ vlastní identity**

Fialová a Krch (2012) tvrdí, že identitu jedince chápeme jako prožívání toho, čím člověk je, tedy vlastní jedinečnost, autentičnost a konzistentnost v čase a prostoru. Identita se neustále aktivně přetváří a vyvíjí, neexistuje sama o sobě. Je závislá na společenském, kulturním, historickém kontextu, a na společensky uznávaných hodnotách. Uvědomění vlastní identity lze chápat jako nikdy nekončící proces v jehož výsledku dochází k sebeuvědomění jednotlivce na základě jeho vlastního hledání, rozhodování a určování si toho, čím ve světě je (Fialová & Krch, 2012).

Identita neodmyslitelně souvisí s tím, jak vnímáme sami sebe, ale zároveň i s tím, jak nás vnímají ostatní (Šanderová, 2011). Jenkins (2004) nabízí dva směry nahlížení na koncept identity, a to na identitu osobní a identitu sociální či kolektivní. Na osobní identitu nazíráme jako na jedinečnost jedince, jeho osobní esenciální odlišnost od ostatních osob. Oproti tomu identitu sociální vnímáme jako představu, kdy je svět složen z jednotlivých dílčích segmentů, které dohromady tvoří celek a se kterými se daní jedinci identifikují (Šanderová, 2011). K tvorbě vlastní identity nemůže docházet bez přispění dalších aspektů jako je věk, sociální status, kulturní prostředí, politická příslušnost, pohlaví... Nejde tedy o proces, který by byl uskutečnitelný v sociálním či kulturním vakuu (Šanderová, 2011).

Jak uvádí Fialová a Krch (2012), naše tělo je prostředkem k sebeexpresi a k interakci se světem, díky čemuž je klíčem k pochopení celého „já“. Každý člověk je vlastníkem svého originálního těla, ve kterém žije a pomocí něhož se prezentuje ostatním (Kastová, 2012). Tělem žijeme, prožíváme, sbíráme zkušenosti a zároveň je i obrazem našich emocí uvnitř nás, toho, co prožíváme, toho, co nás formuje. Tělo také představuje i místo, ve kterém spočíváme a nástroj, pomocí kterého se také fyzicky setkáváme s druhými lidmi. Náš vnitřní svět se prostřednictvím těla střetává se světem vnějším a na základě rozličných interakcí jsme schopni svou tělesnou schránku i reflektovat. Tělo tedy výrazně ovlivňuje naše sebedefinování (Fialová & Krch, 2012).

K tomu abychom se druhým předvedli a abychom mohli být identifikováni, se nejdříve musíme představit naší tělesností. V dnešní době svá setkání můžeme realizovat i jiným kontaktem než fyzickým, kupříkladu virtuálně. Přesto ta klíčová setkání probíhají pouze v tělesné rovině. Tělo tvoří tedy i nadále dominanci základu lidského bytí (Kastová, 2012).

Vnímání identity je běžná záležitost každého člověka. Jedná se o věc, kterou si začínáme uvědomovat již v raném dětství (Finkelstein, 2007). S přibývajícím věkem pak přirozeně dochází ke změnám pocitu vlastní identity, kdy tyto změny často pramení právě z těla a jeho vnímání (Kastová, 2012). První velká a patrně i nejvýznamnější transformace přichází v období adolescence, neboť tělo prochází řadou změn. Tyto změny, od změny vzhledu po vývoj jedincova ega, mohou buď přispět k vývoji vlastní identity, nebo k její krizi (Fialová & Krch, 2012).

Často se můžeme setkat s vnitřní disharmonií, kdy se tělu odcizíme a pak si k němu opět nacházíme nový důvěrný vztah. Kastová (2012) tvrdí, že tělo je přirozenou základnou vlastní identity, která se neustále mění, přetváří a modeluje. Zkušenosti spojené s těmito tělesnými změnami, či tělem, které neodpovídá současnému ideálu krásy, mohou končit ztrátou jistoty v oblasti vlastní identity. Jestliže naše tělo prochází změnami, musí se měnit také vnitřní obraz našeho těla, a tím je v ohrožení rovněž náš pocit identity. V současné době nelze pochybovat o skutečnosti, že tělo je centrálním bodem vyjádření identity a současně i místem jejího ujištění (Kastová, 2012).

### **2.2.3 Význam těla pro celkové sebepojetí**

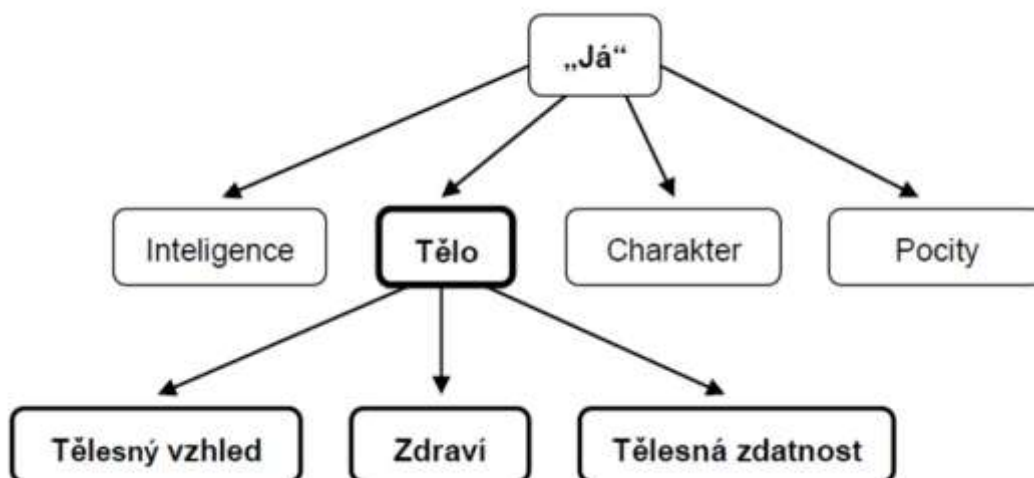
Podle Fialové (2007) byly postupem času vyvinuty dva protikladné přístupy k tělesnosti a vnímání lidského těla. První z nich – naturalistický přístup, spočívá v chápání těla jako ryze biologického organismu. Proti tomuto tvrzení se ohradila skupina sociálních konstruktivistů, kteří vnímání těla zredukovali na pouhé působení sociálních faktorů a tvrdí, že by tělo mělo být chápáno jako výhradně žitá zkušenost. Fialová (2007) však s těmito tvrzeními nesouhlasí a říká, že ani jeden z předkládaných konceptů nedokáže skutečně zhodnotit opravdový význam lidské tělesnosti. Na poli vědeckého zkoumání je tedy současným trendem propojit a vytvořit ucelenější koncept toho, jak by mělo být lidské tělo vnímáno.

Dá se říci, že lidské tělo reprezentuje příklad fenoménu, který nelze exkluzivně zařadit ani do sociálního světa ani do světa přírody. Vnímat tělo jako presociální biologický fenomén nebo se na něj dívat jako na postbiologickou sociální entitu, by bylo chybou (Fialová, 2007). Dle Fialové (2007) jsou představy o vlastním těle důležitou a nedílnou součástí osobního modelu skutečnosti každého člověka.

Tyto představy nás neustále provází a nutí k poznávacím, citovým a kontrolním stanoviskům. Autorka dále předkládá následující poznatky zahraničních výzkumů zabývajících se otázkou tělesného sebepojetí: Tělo je naší vizitkou, vypovídá o našem pohlaví, věku, zdravotním stavu, společenském postavení či příslušnosti k rase. Postoj k vlastnímu tělu podmiňuje naše chování i vztah k ostatním lidem. Hodnocení vlastního těla je významné pro sebehodnocení a psychickou pohodu. Tělesná hmotnost je základní složkou tělesného sebepojetí. Zvláště u žen aktuální či domnělá otylost a touha po štíhlé postavě často nezávisí na skutečné hmotnosti. Přílišné prožívání těla může z důvodu vysokých nároků na ideální postavu působit destruktivně. Současný ideál lidské postavy prezentovaný médii se orientuje na tělesný typ, který pro většinu obyvatel nereálný. Nepodložená touha po štíhlosti vznikající především na základě působení médií, vede k nárustu množství stravovacích poruch. V důsledku pohodlnějšího a konzumního způsobu života se současně rozšiřuje obezita, která významně ohrožuje zdravotní stav obyvatel ve vyspělých zemích. Vývoj tělesného sebepojetí v našich životech směřuje od oceňování zdatnosti v mládí k významu vzhledu v mládí a středním věku až k péči o zdraví ve starším věku (Fialová, 2007).

#### **2.2.4 Složky body image**

Jak lze chápat z výše uvedeného, naše tělo je hlavním prostředkem sebevnímání i sebepochopení a není pochyb, že i klíčovým prvkem interakce s okolním světem. Představa, kterou každý jedinec chová o svém těle, je však určitou měrou udávána sociální zkušeností a proměňuje se. Je vždy otevřená novým informacím, a i navzdory své proměnlivosti je tělesné sebepojetí považováno za primární složku struktury osobnosti (Kastová, 2012). Dle Fialové (2012) mezi základní složky tělesného sebepojetí řadíme tělesný vzhled, zdraví a zdatnost.



**Obrázek 2.** Struktura sebepojetí dle Fialové (Fialová, 2012, 29)

#### 2.2.4.1 Vzhled

Společnost v současné době spatřuje ve vzhledu člověka jeden ze signálních faktorů společenské percepce. Fyzický vzhled je nepostradatelnou součástí životního stylu každého z nás a podle Fialové (2012) je to právě vzhled, který má největší vliv na celkové sebepojetí. Náš vztah k vlastnímu tělu a chování cílené na něj jsou do značné míry zapříčiněny společenskou vrstvou, které jsme součástí, a jejími kulturními zvyklostmi. Stěžejní je otázka životního stylu a hodnot, které zastáváme. Právě ony se totiž nemalou měrou podílí na vzhledu těla a našeho vztahu k němu (Fialová & Krch, 2012). Pokud mluvíme o přirozené povaze vzhledu, víme, že primáti obecně jsou vizuálně orientováni.

Rozšířit tuto myšlenku o vlastní pohled a naznačit, jak zavádějící může být nahlížení současného člověka na vlastní vzhled a jak důležitá je tato skutečnost v každodenním životě jedince, se rozhodla Nina Jablonski, která tvrdí, že člověk není pouze vizuálně orientován, ale je vizuálně přímo posedlý (Jablonski in Berry, 2008.) Tím se rozumí, že vzhled převzal dominující postavení v naší sociální percepci. První dojem, který na nás druhá osoba udělá, ovlivňuje, a to často nevědomě, naše následné interakce (Berry, 2008). Mnoho lidí posuzuje druhé právě pomocí vizuálních vjemů, tedy jejich vzhledu (Willerton, 2012). V jakém pořadí jsou jednotlivé tělesné rysy nejčastěji posuzovány, uvádí Böserová (2011). Prvním rysem bývá rasa, poté věk, výška, výraz obličeje (zde jsou důležitým aspektem oči a vlasy), oblečení



a naposled i pohyb spojený s celkovým držením těla. Podle důležitosti, kterou přikládáme jednotlivým rysům, si vytváříme obraz o člověku a jeho: atraktivnosti, úrovni vzdělání, osobnosti a temperamentu, kultivovanosti, úspěšnosti, finanční situaci, výchově, morálních hodnotách, sociálním postavení a rozhodovacích pravomocích (Fialová 2012). Co se našeho vzhledu týče, existují věci, co nemůžeme měnit – výška, črty tváře, barva hlasu, a věci, které měnit můžeme – oblečení, účes, hmotnost... (Leško, 2008).

Důležitou roli zde také sehrává aktuální móda a otázka trendů. Berry (2008) tvrdí, že hlavním cílem nepřetržitě se měnící módy je udržovat lidstvo v neustálé nespokojenosti. Současný konzumní svět předpokládá, že každý spotřebitel vyžaduje to nejnovější, nejmladší, nejlepší zboží dostupné na trhu. Pokud se necítíme mimořádně atraktivně, prožíváme pocity nedostatečnosti. Právě na tomto konceptu našeho chápání pracují veškeré módní řetězce, které na nás neustále vyvíjí mocný tlak: musíme vypadat nejlíp, jak je to jen možné a jak od nás druzí očekávají. Takto zakódované chápání vzhledu a atraktivity se váže k mnohým z nás. Paradoxem je, že dokonce ti, kteří jsou druhými považováni za velmi atraktivní, jsou se svým vzhledem a sami se sebou často nespokojeni. K tomuto postoji jsme vychováni společností a naše chování pramení z naší věčné nespokojenosti sami se sebou, vede k touze po neustálém vzhledovém zdokonalování se (Berry, 2008). Otázkou však zůstává, zda je pro nás možné získat absolutní kontrolu nad svým tělem – jeho jednotlivými rysy, které jsou nám dány určitou tělesnou predispozicí. Obecně se dá říci, že ženy kladou na vzhled větší důraz než muži. Ženy se svým vzhledem zabývají intenzivněji a jsou ochotny mu věnovat více svého času a financí. Co se mužského vzhledu týče, v něm hraje nejdůležitější roli výška postavy, kterou sami muži považují za základ mužské krásy. Naproti tomu vzhled ženy byl odjakživa spojován s půvabem, ke kterému se lze dopracovat a který vydrží déle než krása. K půvabu řadíme také tělesný a duševní soulad, chůzi, ladnost pohybů, způsob vyjadřování, vzdělanost či duševní vyspělost a celková osobnost ženy (Fialová & Krch, 2012).

Většina lidí se snaží vlastní vzhled aktivně dotvářet, díky čemuž dotváří ucelený obraz osobnosti, který je následně hodnocen a předznamenává tak i budoucí reakce okolí. Péče o vlastní vzhled je skrz populaci značně různorodá. Důležitým faktem zde ovšem zůstává, že se neustále mění a zároveň vyvíjí během celého života. Je prokázáno, že mladí jedinci nebo jedinci nejistí sami sebou se o svůj vzhled zajímají více. Sebeobraz takových osob je velice

závislý na reakcích druhých. Více o svůj vzhled pečují i lidé, kteří se nějakým způsobem sociálně proměnili, začlenili do nové skupiny (Fialová, 2006).

Stárková s Luňáčkovou (2004) ve svém výzkumu uvádí, že muži často kladou velký důraz na vzhled partnerky, neboť ženskou krásu rádi obdivují. Vzhled je pro ně častěji důležitější než schopnosti, kterými daná žena disponuje. Naproti tomu ženy považují vzhled partnera za méně významný. Zajímavým zjištěním výzkumu byla i skutečnost, že dívky trpící určitou nemocí nejčastěji upřednostňovaly muže s atletickou postavu, která z historického pohledu představuje ideální mužskou figuru. To by mohlo vypovídat o jejich vlastní touze přiblížit se dokonalému ideálnímu obrazu sebe sama. Vzhled hraje důležitou roli zejména ve fázi seznamování, kdy jde o klasické vzájemné „vábení“, které zná celá živočišná říše (Stárková & Luňáčková, 2004).

#### **2.2.4.2 Zdatnost**

Zdatností se rozumí schopnost těla fungovat optimální účinností a hospodárností (Fialová, 2001). Z odborného hlediska lze zdatnost rozdělit na zdatnost obecnou a tělesnou.

Obecná zdatnost bývá popisována jako fenotypově podmíněná, do různé úrovně rozvinutá dispozice vyrovnat se s aktuálními nároky. Je to schopnost/dovednost odolávat aktuálním vlivům prostředí, za využití homeostatických regulačních mechanismů (Klimtová, 2005). Zdatnost tělesná, jež spadá do již zmíněné zdatnosti obecné, je z hlediska tělesného sebezpojetí chápána jako celková výkonnost a funkčnost vlastního těla (Fialová & Krch, 2012). Klimtová (2005) tvrdí, že tělesná zdatnost je dále definována jako způsobilost energicky vykonávat každodenní úkoly, využívat s potěšením volný čas, vzdorovat stresu, snášet jej a přežívat v náročných podmínkách, které by jinak nezdatný jedinec musel opustit. V současné době je tělesná zdatnost definována jako zdatnost zdravotně orientovaná. Podle Čevely, Čeledové a Dolanského (2010) je v komplexním pojetí tělesná zdatnost udávána zdatností svalovou silou, zdatností aerobní, tedy vytrvalostní a celkovou pohyblivostí a koordinací. Pohyblivost je ovlivňována flexibilitou kloubů, šlach a vazů, určována celkovou nervosvalovou souhrou.

Každá z výše jmenovaných složek má pro výslednou zdatnost svou nezastupitelnou roli. Složka vytrvalostní, která by měla být majoritně zabezpečena pravidelně prováděnou

pohybovou aktivitou aerobního charakteru, je pro zdraví jedince a udržení jeho zdatnosti zásadní (Čeledová & Čevela, 2009).

Pokud si uvědomíme význam tělesné zdatnosti pro naše fyzické i psychické zdraví a pokusíme se o udržení své kondice v rámci našich možností, budou naše těla lépe fungovat i vypadat a my se budeme cítit energicky a spokojeně. Ke každé době patří její specifický ideál krásy a zdatnosti, který možná není dosažitelný pro všechny, ale jemuž se všichni mohou pokusit alespoň přiblížit (Fialová, 2001).

### **2.2.4.3 Zdraví**

Kalábová (2011) vnímá lidské zdraví jako velice zajímavý fenomén. Již staří Řekové rozuměli pojmu zdraví jako rovnováze mezi člověkem, společností (polis) a kosmem, kdy kosmos vnímáme jako určitý řád. Zdravý jedinec je podle nich takový člověk, který svou vlastní existenci udržuje v řádu a dokáže naplno prožívat radost z vlastního bytí, z nebe nad hlavou, louky a ticha. Lidské zdraví je základní a nejdůležitější podmínkou toho, aby člověk mohl svůj život prožít v pohodě a štěstí, a aby dokázal plně rozvinout a uplatnit všechny své tvořivé schopnosti. Naproti tomu člověk, který je nemocný, je postihnut neschopností realizace v přirozenosti pohybu. Potýkat se na životní cestě s nemocí znamená ztrátu možnosti přirozenosti, a tedy i ztrátu zdraví (Kalábová, 2011).

Zdraví je stav, který nám na jedné straně umožňuje poznávat vlastní cíle a uspokojovat své potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se s vlastním prostředím. V tomto smyslu je možné zdraví chápat pozitivně jako rezervu tělesných a duševních sil a jako schopnost přizpůsobení se měnícím se podmínkám (Kalábová, 2011). Zdraví se týká každého z nás a je tím nejcennějším, co máme. Právě proto bychom o něj měli pečovat a soustavně ho udržovat (Nováková, 2011). V kontextu současného společenského smýšlení je zdraví považováno za jeden z primárních veřejných zájmů. Podle Drbala (2001) je zdraví občanů prvořadým fenoménem, který udává jak kvalitu života jedince, tak i výkonnost ekonomiky a kvalitu a intenzitu celkového společenského rozvoje. Drbal dále poukazuje na poznatek, že na zdraví by mělo být nahlíženo nejen jako na hodnotu samu o sobě, ale především jako na hodnotu nedocenitelnou (Drbal, 2001).

Jak uvádí Nováková (2001), jenž se společně s Centrem pro výzkum veřejného mínění

podílela na několika výzkumech zabývajících se hodnotovou orientací občanů české republiky, z jejichž výsledků vyplynulo, že zdraví je považováno za velice důležitou hodnotu a všichni dotázaní jí přikládají obecně velký význam. Toto zjištění potvrzují i Preissová-Krejčí a Čadová (2005), jež prezentují výsledky výzkumu hodnotové orientace českých adolescentů (n=857), kteří položku zdraví označili jako hodnotu naprosto prvořadou. Člověk, který je zdravý, se raduje ze života a pracuje i odpočívá intenzivněji. Jde o stav, který zahrnuje tělo a psychiku člověka (Nováková, 2011).

### **2.2.4.3.1 Vymezení pojmu zdraví**

Pojem zdraví není z odborného hlediska vůbec snadné charakterizovat a nazírání na něj se může u každého jednotlivce značně lišit. Pojem být zdravý se jeví zcela jasně, každý ho chápe, kdekdo mu rozumí, většinou však jenom intuitivně, aniž by přemýšlel, v čem vlastně tato hodnota spočívá (Kalábová, 2011). Definovat zdraví tak, aby ho přijala celá společnost, může být značně komplikované. Zdraví lze chápat jako stav spojený s vnímáním kladných pocitů (radosti ze života, z lásky, výkonnosti, harmonie...) bez působení negativních stavů jakými mohou být bolest, nevolnost, úzkost a další. Takto všeobecná definice však nemá takřka žádnou vypovídající hodnotu. Pokud vnímáme zdraví pouze jako stav za přítomnosti nemoci a potíží, zaměříme se jen na užší část této problematiky. Odlišnou představu o tom, co je to zdraví, má lékař, psycholog, sociolog, nebo běžný člověk (Nováková, 2011). Názorová různorodost v definování zdraví ovšem hraje zásadní roli.

Dle Novákové (2011) zdraví dále představuje schopnost člověka vyrovnat se s požadavky vnitřního a vnějšího prostředí bez poruchy jeho životních funkcí. Na toto pojetí navazují i Janečková & Hnilicová (2009), jež zdraví reflektují jako aspekt dynamické rovnováhy člověka a prostředí, když tvrdí, že zdraví jednotlivce se mění a osciluje na kontinuu mezi stavem úplného zdraví a smrtí. Zdraví může být v kterémkoliv okamžiku života poškozeno, ať už náhodou, nebo v důsledku volby (Janečková & Hnilicová, 2009).

Nyní uvedme nejčastěji citovanou definici, jejíž tvůrcem je Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation, WHO), která definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady“ (WHO, 2011). Tato progresivní definice se stala důležitým mezníkem v nazírání na celou problematiku zdraví

jako na oblast, kde důležitý není jen aspekt biologický, ale i sociální složka zdraví a nemoci. Cenným poznatkem je, že definice klade důraz na celistvost jako na hlavní aspekt zdraví vůbec. Zároveň je díky své jednoduchosti a stručnosti lehce zapamatovatelná a poukazuje na zdraví jako na kladnou, obecně žádanou hodnotu (Křivohlavý, 2001). Drbal (2001) svým pojetím zdraví sice souhlasí s těmito slovy, ale je přesvědčen o tom, že na zdraví se kromě sociálních vlivů v nemalé míře podílí i charakterové vlastnosti každého z nás. Tvrdí, že přihlédneme-li ke všem zmíněným aspektům, mělo by se zdraví charakterizovat dobrým tělesným, duševním a sociálním stavem, který je ovlivnitelný a jehož znaky jsou intaktní regulační pochody, optimální schopnost organismu přizpůsobovat se vnějším vlivům a změnám vnitřního prostředí, nesnížená výkonnost, stejně jako subjektivní dobré rozpoložení (Drbal, 2001).

David Seedhouse (2001) uvádí, že každý člověk má určité tělesné a intelektuální potenciály, které může on sám i díky podmínkám ve kterých žije určitým způsobem aktualizovat. Podle něj tedy optimální zdravotní stav určité osoby závisí na stavu souboru podmínek, které jí dovolují žít a pracovat tak, aby byly využity její realisticky zvolené a biologické možnosti— potenciály (Seedhouse, 2001).

#### **2.2.4.3.2 Bio-psycho-sociální model zdraví**

Bio-psycho-sociální přístup ke zdraví představuje model přístupu k člověku, kdy se na lidskou bytost díváme jako na bytost celistvou, ne pouze jako na soubor částí a procesů (Vosečková & Hrstka, 2007). Pojem zdraví, který se ve svém původním kontextu vykládal jako celek, nyní tedy znovu nabývá na síle a objevuje se ve směru, který pojímá zdraví a péči o něj z podstatně širšího hlediska (Křivohlavý, 2001). Tento směr se nazývá holismus a jeho autorem je G. Engel. Svým pojetím poukazoval na skutečnost, že biomedicínský model zdraví, jež vyzdvihuje biologické faktory na úkor všech ostatních aspektů zdraví, je v dnešní době již překonán. Jeho klíčovou ambicí bylo, aby význam psychosociální roviny zohlednila i společnost a vytvořený model zdraví se tak stal úplným (Pelcák, 2013). Podle Pelcáka (2013) organismus člověka není geneticky determinovaný stroj, ale sebeorganizující se struktura, v níž se řád projevuje prostřednictvím fluktuací (kolísání). Funkci této struktury nelze pochopit z rozboru aktuálního stavu, ale ze sledování individuální historie.

Časté interakce s okolím udržují celý systém v nepřetržité nestálosti. Proto při postižení jedné části celku zákonitě dochází i k poruchám jiných částí, ne-li rovnou celého systému (Dušková, 2012).



**Obrázek 3.** Holistické chápání člověka (Mastiliaková, 2007, 11)

### 2.2.4.3.3 Determinanty zdraví

Termínem determinanty zdraví se rozumí faktory, které působí na lidské zdraví a mohou jej ovlivnit jak negativně, tak i pozitivně, kdy se tělo přizpůsobuje změnám a stává se odolnější vůči nemocem (Marková, 2012).

K negativnímu působení dochází tehdy, když dojde k překročení adaptačních mechanismů. Jestliže tyto faktory nadále přetrvávají a působí na lidský organismus jako zátěž, nazýváme je stresory, které dále lehce způsobí sníženou tělesnou odolnost, na jejímž základě člověk snáze podléhá působícím stresorům či nemocem (Šťastný, 2006). Tuto obecně vnímanou definici rozšiřují Janečková a Hnilicová (2009) o další důležité aspekty, které mají vliv na výsledné lidské zdraví. Zásadní roli zde sehrála tzv. Lalondova zpráva z roku 1974, po které byla spuštěna celá řada rozsáhlých vědeckých výzkumů zabývajících se problematikou působení velkého množství determinant na zdraví. Zpráva říká, že determinanty zdraví je možné popsat jako osobní, společenské a ekonomické faktory a faktory životního prostředí,

kteřé na sebe vzájemně působí a zároveň výrazně ovlivňují a určují zdravotní stav člověka, skupiny lidí nebo společnosti (Janečková & Hnilicová, 2009). Na zdraví začalo být nahlíženo jako na výsledek vztahů lidského organismu a řady sociálně-ekonomických, biologických, fyzikálních i chemických faktorů životního a pracovního prostředí, ale také jako na výsledek způsobu života jak jedinců, tak i sociálních skupin (Janečková & Hnilicová, 2009).

Marková (2012) tvrdí, že kompletní systém determinant ovlivňujících lidské zdraví je ve své podstatě velice složitý a proměnlivý, a poznání a pochopení všech klíčových faktorů je prvořadý krok v péči a prevenci zdraví.

Podle Šťastného (2006) lze všechny determinanty zdraví z hlediska jejich působení rozdělit na determinanty přímé a determinanty nepřímé. Přímými determinanty se rozumí naše genetická výbava, kterou získáváme již na počátku ontogenetického vývoje od obou rodičů při splynutí jejich pohlavních buněk (Machová & Kubátová, 2009). Tyto faktory nejsme schopni nijak ovlivnit. Nepřímé determinanty sice nepůsobí na náš organismus a zdraví přímo, ale i přesto ho zcela jistě ovlivňují, zvláště pak z kontextu pohledu zdraví celé populace. Machová a Kubátová (2009) pojmenovávají tyto determinanty jako vnitřní a vnější.

Marková (2012) uvádí, že do formování zdraví významně zasahují čtyři základní činitele, jenž bývají mnohými autory označovány za faktory přímé. Jsou jimi genetická výbava, životní styl, životní prostředí a zdravotní péče. Genetická výbava předurčuje náchylnost ke specifickým nemocem a pravděpodobnost jejich vzniku. Genetickou výbavou je dále dána úroveň intelektových schopností jedince i jeho predispozice spojené s rizikem získání specifické vývojové vady. Velice důležitou roli hraje zdraví mezi muži a ženami, podílí se na kvalitě a délce života a na celkové odolnosti lidského organismu jako takového (Janečková & Hnilicová, 2009).

Dufková a kol. (2008) prezentuje životní styl jako způsob, jakým lidé žijí – tedy bydlí, chovají se, stravují se, pracují, vzdělávají se, cestují, vzájemně komunikují, spotřebovávají, jednají, rozhodují se, vyznávají a dodržují určité hodnoty, starají se o duši atd. Životní styl je klíčovým faktorem úrovně lidského zdraví. To, jaké bude naše výsledné zdraví, se odvíjí od naší individuální životní úrovně, způsobu života, stravovacích návyků a postoji ke zdraví jako takovému. Důležitou roli zde mimo úroveň vzdělání, péče o vlastní zdraví a sexuální

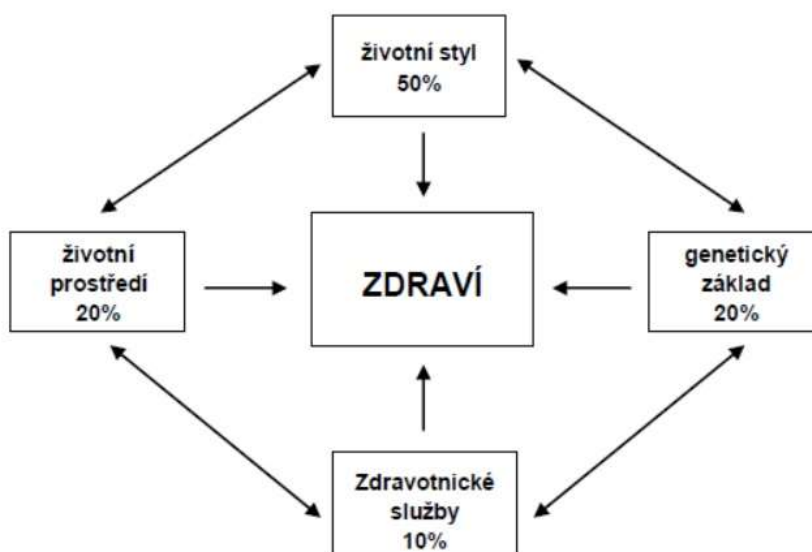
chování hraje i postoj k pravidelné, zdraví prospěšné, pohybové aktivitě. Dále nelze opomíjet rizikové aspekty, jakými jsou kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nedostatek spánku, stres, drogové závislosti a další negativní prvky mající na naše zdraví mnohdy až devastující vliv (Marková, 2012). Dle výsledků dlouhodobého mezinárodního srovnávacího projektu ESPAD, je v České republice oproti ostatním zemím velmi vysoký podíl kuřáků a z hlediska roční spotřeby cigaret na osobu se každým rokem tradičně řadíme mezi prvních pět států Evropy (Dosedlová, Fialová, Kebza & Slováčková, 2008). Kalman et al. (2011) říká, že chronická neinfekční onemocnění, tedy onemocnění, která jsou hlavní příčinou úmrtí ve světě a nepopíratelně souvisí s životním stylem, si celosvětově ročně vyžádají více než 9 milionů obětí mladších 60 let. Ztráty způsobené ve zdravotnických a sociálních systémech jednotlivých zemí, které tato onemocnění dále způsobují, jsou obrovské.

Janečková & Hnilicová (2009) dalším významným činitelem podílejícím se na výsledném zdraví shledávají faktory prostředí. Podmínky prostředí, v němž žijeme, ať už hovoříme o prostředí fyzickém, pracovním nebo sociálním, jsou toho elementárním předpokladem a v podstatě dotvářejí individuální způsob života každého z nás, který, jak již víme, je tou nejdůležitější determinantou mající vliv na naše zdraví. V tom nejširším slova smyslu sem patří klimatické podmínky spojené s úrovní životního prostředí dané lokality. Primárními ukazateli kvality životního prostředí bývá úroveň bydlení, charakter lokality, čistota ovzduší, hluk, sluneční záření, elektromagnetické a radiační záření, podmínky na pracovišti, kvalita zdroje pitné vody a její zásobování. Do zdravotní péče kromě zdravotnického systému a jeho politiky, celkové úrovně zdravotnictví a dostupnosti lékařské péče dané země, zahrnujeme i míru rozvoje medicíny a lékařské techniky (Janečková & Hnilicová, 2009).

Společnost Health Consumer Powerhouse (HCP) v roce 2013 prezentovala výsledky výzkumu Euro Health Consumer Index, jenž se zabýval porovnáním úrovně zdravotnické péče mezi 35 zkoumanými zeměmi. V celkovém žebříčku se Česká republika umístila na 15. místě, čímž se stala nejlépe hodnocenou zemí střední a východní Evropy. Dle testu je celková úroveň české zdravotní péče hospodárná a vyznačuje se přiměřenou dostupností i omezenou čekací dobou. Systém zdravotních služeb lidem nabízí i širokou škálu služeb (HCP, 2013). Mezi nedostatky české zdravotní péče patří fakt, že pacient disponuje stále poměrně slabým postavením, zejména co se informací o zdravotní péči týče, a země nedosahuje příliš dobrých výsledků v oblasti preventivní medicíny (HCP, 2013).



Aby docházelo k efektivnímu fungování zdravotnického systému, je zapotřebí jistá míra předvídatelnosti, stability a vnitřního řádu. Dále musí vykazovat patřičnou míru inovativnosti i otevřenosti, a v neposlední řadě i adaptability, kvůli neustálému vývoji a proměnlivosti vnějších podmínek jeho fungování (Janečková & Hnilicová, 2009). Následující schéma ukazuje míru vlivu přímých determinant, jenž se podílejí se na kvalitě výsledného zdraví.



**Obrázek 4.** Vzájemné vztahy mezi zdravím a jednotlivými determinantami (Machová & Kubátová, 2009, 38)

Jak je patrné, životní styl zastává mezi determinanty lidského zdraví s minimálně 50 % vlivem naprosto dominantní pozici. I přes skutečnost, že kvalita životního stylu takto výrazně působí na výsledné zdraví, je podle Markové (2012) společností jeho vliv na zdraví nadále opomíjen. Biologické determinanty týkající se naší genetiky a kvality prostředí, ve kterém se pohybujeme, se na celkovém zdraví podílí z 20 %. Přestože se mnozí lidé domnívají, že dobré zdravotnictví se rovná dobrému zdraví, ve skutečnosti systém zdravotní péče s jeho efektivitou, kvalitou a dostupností ovlivňuje zdraví populace pouze nanejvýš z 10 % (Marková, 2012). Jak uvádí Šťastný (2005), pro zdraví populace mohou zdravotníci ve svém poli působnosti udělat mnohé, ale jejich celkový vliv na výsledný zdravotní stav bude stále velice omezený. Z toho vyplývá, že primární vliv na naše zdraví tak nemají faktory zdravotní péče, ale ty ostatní, které můžeme především právě my sami ovlivňovat. Na tuto skutečnost poukazují i Janečková a Hnilicová (2009), které říkají, že by každý měl získat kontrolu nad podmínkami svého života a zbavit se představy, že za jeho výsledný zdravotní stav nese

zodpovědnost především stát a rozvoj zdravotnických služeb. Tendence k takovému smýšlení popsal Šťastný (2006), který tvrdí, že k zásadnímu posílení tohoto postoje došlo v období socialismu.

Právě Šťastný (2006) upozorňuje i na další z mnoha nepřímých determinant působících na naše zdraví. Mezi ně řadí např. politicko-ekonomický systém, kulturní tradice, sociální prostředí a jeho stratifikaci, hierarchie hodnot, demografickou situaci i roli jednotlivce. Zároveň podotýká, že nepřímé determinanty zdraví působí jak na tvorbu politického klimatu, tak i na právní normy ovlivňující zdravotnický systém (Šťastný, 2006).

#### **2.2.4.3.4 Podpora zdraví**

Podporu zdraví bychom dle Kernové (2006) mohli chápat jako proces, díky kterému můžeme zvýšit kontrolu nad jednotlivými determinantami vlastního zdraví a tím přispět ke zlepšení našeho celkového zdravotního stavu. Naprosto zásadní roli zde opět hraje faktor našeho životního stylu, který je ovlivnitelný především naším individuálním chováním a postojem ke zdraví jako takovému. Vlastní odpovědnost ke zdravému a aktivnímu životnímu stylu, který vede ke kvalitnějšímu životu i lepšímu zdraví, je ve srovnání s oblastí zdravotnictví a jeho politik naprosto dominantní (Kebza, 2005).

I když je individuální přístup skrze životní styl v otázce podpory a udržení zdraví zásadní, je zároveň nezbytné, aby k němu byly zajištěny i vhodné podmínky. V současnosti na nás působí nespočet podnětů, na které jsme neustále nuceni reagovat. Tyto vlivy mohou svým působením u jedince vyvolávat pocity úzkosti, znepokojení a dlouhotrvající zátěže, která se dále promítá do všech sfér jeho života (Vondruška & Barták, 2002). Pokud na člověka působí napětí příliš často nebo trvá příliš dlouho, stává se náchylnější k výskytu celé řadě obtíží, kterými mohou být infekce, diabetes, vysoký krevní tlak, infarkt, deprese či agresivita (Wilkinson & Marmot, 2005). Z tohoto důvodu je naprosto zásadní vytvořit rovnováhu mezi prací a odpočinkem, a tím odstraňovat fyziologické příčiny stresu a podpořit optimální zdraví (Mastiliaková, 2011). Nastolení takové rovnováhy je otázkou zdoluhavého procesu dobře zvládnuté praxe několika technik, které se v budoucnu jistě stanou přirozenou součástí našeho životního stylu. Mastiliaková (2011) nastiňuje tento koncept sedmi základních bodů, na které by měla být naše pozornost zaměřena. Jako první Mastiliaková radí pečovat o naše

slabé stránky, což znamená především uvědomit si vlastní genetickou křehkost, potenciál, geneticky dané predispozice i podmínky, ve kterých žijeme. Dále bychom se měli naučit se mít rádi a nepodléhat vlastním negativním zpětným vazbám, kterým se sami často vystavujeme, protože je těžké o sebe pečovat, pokud se sebou nejsme sami spokojeni. Další rada je udržovat rovnováhu mezi prací a odpočinkem, a to zejména její aktivní formou. Čtvrtá rada říká, že bychom měli jíst zdravě a uvědomovat si, jak velkou důležitost má v našich životech právě potrava. Pátou a šestou radou je rozvíjet mezilidské vztahy a zlepšovat svou sounáležitost s prostředím, ve kterém žijeme. Poslední doporučení radí zamýšlet se nad vlastním sebevyjadřováním, protože nejlépe se budeme cítit tehdy, když naše chování bude přirozené a z naší podstaty i jedinečné.

I přesto, že se naše zdravotnictví v oblasti zdraví v mnohých směrech vyrovnává západoevropským standardům, stále se zde vyskytují určité varovné signály. Jako příklad můžeme uvést nedostatek tělesné výchovy na českých školách nebo špatnou prevenci v oblasti užívání tabákových a alkoholických výrobků. Na tuto skutečnost upozorňují i Vondruška a Barták (2002) kteří říkají, že zdravotní stav občanů České republiky je charakteristický především vysokou frekvencí kardiovaskulárních onemocnění a nádorových onemocnění. V důsledku toho střední délka života v Čechách zaostává za předními evropskými zeměmi průměrně o 6 – 7 let. Prevence je tedy jedním z velice důležitých aspektů ochrany a podpory zdraví a zároveň základní složkou tvorby zdravotních politik, jejich strategií a programů (Kalman et al., 2011). Výsledky zdravotní politiky pak do značné míry závisejí na tom, jak moc se daří ovlivňovat zdraví populace také aktivitami, které nesouvisí se zdravotnickým sektorem (Janečková & Hnilicová, 2009).

### **2.2.5 Determinanty body image**

Jako determinanty body image nazýváme proměnné, které větší či menší mírou určují body image u konkrétního člověka. Zatímco výše uvedené teorie prezentují ucelené koncepce formování body image, odborná literatura hovoří o poznacích o vlivu dílčích proměnných. Cash, Smolaková a kol. (2011) v této souvislosti mluví o pohlaví (respektive o genderu), maskulinitě, obezitě, sportovní aktivitě, věku a lidech, kterými se jedinec obklopuje.

Co se pohlavních rozdílů týče, celkově se zdá, že v oblasti body image západní kultura

znevýhodňuje ženy. Cash a kol. (2012) mapují historii mezipohlavních odlišností ve spokojenosti s vlastním tělem. Autoři hovoří např. o meta-analýze, podle níž před 70. lety minulého století neexistoval žádný významný rozdíl mezi muži a ženami. Ten se začal objevovat v 80. letech a v 90. letech se ještě navýšil tím, že ženy vždy byly a jsou ve srovnání s muži s vlastními těly méně spokojené.

McLeanová, Syed a kol. (2015) poukazují na skutečnost, že sociokulturní tlak na dívky se objevuje již ve velmi raném věku. Příkladem mohou být panenky s vysokými podpatky určené pro kojence již od narození. Obsahovou analýzou produktové nabídky e-shopů bylo zjištěno, že nabídka produktů pro dívky ve věku od 8 do 14 let obsahovala vysoký podíl sexualizovaného oblečení, tj. oblečení, které zdůrazňuje štíhlost a sexuálně přitažlivé tvary udávané ideálem euroamerické kultury (Gunter, 2014). Nespokojenost s vlastním tělem je ovšem rozšířená i mezi adolescentními chlapci, kdy mezi negativní důsledky patří snížená sebeúcta, deprese a nadměrné užívání potravinových doplňků nebo dokonce užívání zakázaných látek, tedy syntetických anabolických steroidů. McLeanová, Syeda a kol. (2015) tvrdí, že hračky pro chlapce se začaly orientovat na vyobrazení muskulatury mezi 60. a 90. lety 20. století.

Negativní postoj k vlastnímu tělu se poměrně očekávatelně často projevuje u osob s nadváhou či obezitou a vědci si proto podle Cashe, Smolakové a kol. (2011) položili otázku, zda negativnější body image u dospívajících povede k větší motivaci k zdraví prospěšnému chování, jako např. sportovní aktivitě, úpravě jídelníčku nebo životosprávy obecně. V rámci longitudinálního projektu EAT bylo na základě provedených analýz konstatováno, že nižší spokojenost s vlastním tělem, tedy negativní body image, může vést naopak k ještě horší péči o sebe sama. To znamená, že chování pozitivní body image je evidentně důležitý pro všechny skupiny. Prezentace mužů v masových médiích je různorodá a nelze např. tvrdit, že všichni marketingově prezentovaní muži mají více vyvinutou muskulaturu. Ani mediálně známí sportovci, s ohledem na jejich sportovní zaměření, nevykazují vždy nadměrný svalový rozvoj. Dle Cash a kol. (2012) jsou sociokulturně stanoveny typicky mužské a typicky ženské sporty. Sportovci v „genderově typických“ sportech (např. silové sporty pro muže, sporty s uměleckými prvky pro ženy), jejichž postava odpovídá kulturním ideálům, obvykle vykazují pozitivní body image. Jako naprosto klíčové determinanty tělesného sebepojetí pak studie

uvádí jedincův věk a lidi, jimiž je obklopen. Podrobnějšímu popisu těchto faktorů se věnují následující odstavce.

### **2.2.5.1 Významní druzí**

Grogan (2000) ve své publikaci uvádí, že to, jak se vnímáme a cítíme ve svém těle, je významně ovlivňováno lidmi, v jejichž společnosti se vyskytujeme: rodina, partner/ka, spolužáci, přátelé, kolegové apod. Řeč je o lidech, se kterými máme užší vztah a v jejichž blízkosti se často vyskytujeme. Výzkumy kupříkladu ukazují, že ačkoliv ženy, snažící se zhubnout, mnohdy tvrdí, že tak dělají především kvůli sobě, ve skutečnosti je tomu právě naopak a hlavní motivací jsou právě jejich nejbližší.

### **Členové rodiny**

Stejně jako v případě utváření naší osobnosti, i v body image je rodina jedním z hlavních faktorů (Fialová & Krch, 2012). Výzkumy potvrzují, že rodinné zázemí, které je milující a dítěti poskytuje pochopení a podporu, má pozitivní vliv na jeho body image. Na druhou stranu častá kontrola a kritika ze strany rodičů se může negativně odrážet v pozdějším tělesném sebepojetí jedince (Wilhelm, 2006).

Rodina, v které se otázka jídla, pohybu a hmotnosti řeší často, nebo ve které rodiče například dodržují různé diety a více se zabývají vlastním vzhledem, dochází u dětí k častější konfrontaci s pochybováním o vlastním vzhledu (Haworth-Hoepfner, 2000). I zdánlivě neškodné škádlení a popichování ze strany rodičů ohledně stravovacích či pohybových návyků může mít na dospívající děti velký vliv. Řeč je především o přílišné kritičnosti a nespokojenosti v rámci tělesného sebepojetí, která může vést až k poruchám příjmu potravy. Nic na tom nemění ani fakt, že rodiče často v dobrém mínění chtějí dětem pouze pomoci k udržení štíhlé postavy a zařídit jim tak co nejjednodušší vstup do života (Curtis & Loomans, 2014). Nutno však podotknout, že podobně jako přílišná péče a kontrola ve výchově, tak i zanedbávání, nezáměr či zneužívání ze strany rodičů může mít negativní dopad na body image ratolestí (Wilhelm, 2006). Míra vlivu rodiny a jejího zázemí na sebehodnocení a sebeúctu jedince je tedy naprosto evidentní. Zdravě podporující rodina by měla tlumit nároky

a kritičnost společnosti ohledně vzhledu, a napomáhat tak dítěti v budování pozitivního body image a celkovém přijetí jeho tělesnosti (Hardit & Hannum, 2012).

## **Osoba partnera**

Nejenže náš životní partner má velký vliv na naše tělesné sebepojetí, ale zároveň naše tělesné sebepojetí ovlivňuje volbu našeho partnera. Tomuto vzájemnému vlivu dle výzkumů více podléhají spíše ženy, jelikož zejména u nich je v představě větší partnerské atraktivity patrná motivace zhubnout či udržet si štíhlou postavu (Grogan, 2000). Tato motivace bývá často ještě umocňována, pokud jejich partner odpovídá společností uznávanému ideálu o konstituci mužské postavy. Studie z roku 2013 (Markey & Markey) tento fenomén potvrzuje, když dle jejich výsledků zkoumané ženy mající štíhlejšího partnera, než jsou ony samy, vykazovaly větší míru nespokojenosti v oblasti body image. Další výzkumy zabývající se důležitostí vlivu partnera v body image poukazují na všeobecnou tendenci lidí hledat si podobně atraktivní protějšek kvůli potřebě zachování si co nejlepšího tělesného sebepojetí. To koresponduje i s teorií “párového body image“, která říká, že změna body image u jednoho v páru evokuje změnu i u toho druhého (Markey & Markey, 2013). Zajímavým zjištěním studií také je, že přílišná snaha o změnu postavy partnera bývá často znakem vztahové nespokojenosti (Sheets & Ajmere, 2005).

## **Přátelé**

Vliv přátel a vrstevníků na tělesné sebepojetí jedince je neopomenutelný v každé fázi jeho života. Přátelé jsou totiž jakýmsi odrazovým můstkem pro námi nazírané hodnoty a zároveň jsou i těmi, s kým se neustále srovnáváme a odvíjíme si tak od nich svou tělesnou spokojenost a sebedůvěru (Grogan, 2000).

Rozhovory s přáteli jsou také všeobecným mechanismem, prostřednictvím kterého si vymezujeme náš pohled na sebe sama a od něhož odvíjíme nahlížení na tělesnou normalitu. Tyto rozhovory mezi přáteli jsou označovány jako tzv. “fat-talks“. Jejich tématem je hmotnost a vzhled a jsou spíše negativní s kritickým zabarvením. Často v nich bývá diskutována nespokojenost s vlastní tělesnou hmotností, nutnost zhubnout, různé diety apod. Tyto rozhovory tak mohou zapříčiňovat či prohlubovat negativní pohled na vlastní tělo,

zejména pokud slyšíme tuto sebekritiku od osoby, která je dle našeho mínění atraktivnější, než my sami (Curtis & Loomans, 2014). Naopak přátelská podpora a pochopení v rámci striktního nenásledování médií překládaných a často neuskutečnitelných trendů vzhledu mohou pomoci eliminaci negativního smýšlení o vlastním těle (Curtis & Loomans 2014).

### **2.2.5.2 Věk**

Ačkoliv otázka tělesného sebepojetí bývá skloňována především v souvislosti s obdobím dospívání a adolescence, klíčovou roli hraje ve všech obdobích našeho života. Body image je totiž v každé životní fázi součástí našeho celkového nazírání na sebe sama. Rozdíly mezi jednotlivými fázemi jsou především v kladení důrazu na odlišné dimenze tělesného sebepojetí (Grogan, 2000).

### **Dětství**

Podle Fialové & Krcha (2012) pro nás prvních pět let života fyzický vzhled nehraje velký význam a důraz klademe spíše na dovednosti, neboť tělo s rozvíjející se motorikou je nástroj, pomocí kterého poznáváme okolní svět. Způsob vnímání sebe sama batoletem lze popsat skrze „Jsem to, co udělám.“ a u jedince mladšího školního věku jako „Jsem to, co dovedu.“. Obraz vlastního těla je tedy přijímán především skrze dovednosti a výkony, a tak v případě určité neobratnosti tělesné sebepojetí dítěte trpí (Fialová & Krch, 2012). Zároveň jsme si ale již v tomto období vědomi prototypů tělesných ideálů, které jsou nám předávány prostřednictvím pohádek či hraček. Dívčím je ženský ideál nesoucí poselství o štíhlosti a vysoké postavě zprostředkováván prostřednictvím panenek Barbie a krásných pohádkových princezen. Chlapci se zase vzhlíží v udatných princích či neohrožených policistech a hasičích, jejichž poznávacím znamením je vysoká svalnatá postava se silnými pažemi a širokými rameny s úzkým pasem (Wilhelm, 2006). Grogan (2000) pak v návaznosti na téma uvádí, že nespokojenost se svým tělem se u dívek objevuje už kolem osmého roku života, přičemž některé další výzkumy hovoří o ještě nižší věkové hranici.

## **Dospívání jako kritické období v utváření body image**

Období mezi 11. a 18.–20. rokem života je označováno jako období dospívání, které je pro body image naprosto zásadní a zlomové. Charakteristikou této životní etapy je spolu s vedením rozhovorů týkajících se vzhledu také silná tendence k srovnávání. Zároveň se jedná o období, v němž je lidská psychika obzvláště citlivá na kritiku a výsměch okolí. Zcela klíčovým faktem je, že si během těchto let vytváříme vlastní identitu, tzn. utváříme si vztah sami k sobě, učíme se vědět o našich silných a slabých stránkách, vymezujeme se vůči okolí a formujeme naše ideové představy a názory. Období dospívání je též příznačné zvýšenou touhou po afiliaci a kontaktu s okolním světem (Říčan, 2009).

Během této životní fáze dochází k viditelným tělesným změnám a celkové transformaci dětského těla na dospělé. To s sebou přináší kromě mnoha fyziologických změn také změny v psychice. V rámci těchto změn však může být v současném světě identifikace velice obtížná, a to především kvůli normám a standardům, které jsou prezentovány médií a ke kterým dospívající jedinci mnohdy nekriticky vzhlíží. Obzvláště důležité postavení zde mají významní druzí, kteří mají moc pomáhat tlumit vliv neautentických obrazů modelek a modelů a poskytovat reálnější pohled na tělesný standard.

Vzhled se v dospívání stává jednou z nejdůležitějších dimenzí tělesného sebepojetí, zatímco ostatní dimenze, zejména zdraví, nebývají během tohoto období příliš akcentovány (Fialová & Krch, 2012).

## **Dospělost**

Po absolvování období dospívání, při kterém tělesné sebepojetí jedince prošlo velkou prověrkou, nastupuje období mladé dospělosti (20–30 let), jehož zvládnutí není v tomto kontextu o moc jednodušší. Jedná se o fázi života typickou kladením vysokých nároků na jedince, který navíc nově prochází zásadními životními změnami, kterými jsou například vstup do zaměstnání, manželství či rodičovství (Vágnerová, 2004). Člověku s úbytkem volného času chybí i prostor věnovat se pohybovým aktivitám, což se může promítnout i do jeho fyzické kondice a vzhledu, a tím pádem i do body image. U žen bývá nejvýznamnější změnou mající zásadní vliv na jejich body image těhotenství a následné mateřství. Muži se především ve střední dospělosti (30–60 let) zpravidla setkávají se zaznamenáním klesající



fyzické výkonnosti. V tomto období se též začínají objevovat první zdravotní obtíže, které navíc nově konfrontují jedince i s otázkou jeho zdraví a tělesnosti, kterou si doposud spíše neuvědomoval (Fialová & Krch, 2012).

Během dospělosti jedinec postupně začne vnímat všechny složky svého tělesného sebepojetí – vzhled, zdatnost i zdraví, na jejichž základě odvíjí svůj tělesný sebeobraz. To má s největší pravděpodobností za následek časté pocity nedostatečnosti a negativní body image, který je v rámci dospělého obyvatelstva plošně zaznamenáván (Fialová & Krch, 2012). Jak již bylo řečeno, v dospělosti se do tělesného sebepojetí promítá také vliv partnera a jeho body image.

## **Stáří**

Se stářím přirozeně přichází i významný úbytek fyzických i psychických sil. To bývá zákonitě promítáno do pojetí body image, zatímco důležitost dimenze zdraví je akcentována. To však ale neznamená, že vzhled a výkonnost již nehrají významnější roli (Fialová, 2001). Dle Lewis a Cachelin (2001) dochází u žen nad 65 let k podobné nespokojenosti s vlastním tělesným vzhledem jako u žen středního věku. Nehledě na pohlaví se také objevuje strach z projevů stárnutí. Další výzkumy však přichází se zjištěním, že navzdory nespokojenosti s tělem, která se u žen s postupem věku příliš nemění, jsou mladší ženy více aktivní ve snaze být štíhlejší (Lewis & Cachelin, 2001). Řada odborníků se na druhou stranu přiklání k tvrzení, že od určitého věku má člověk tendenci být méně kritický ke svému tělesnému vzhledu i vzhledu ostatních. V této souvislosti bývá diskutována stoupající tendence ke spokojenosti s vlastním tělem, čemuž nasvědčuje i zjištění výzkumu, kdy poprvé mezi mužskou populací převažuje názor (59,6 %), že atraktivita u partnerky není tak důležitá, a že u obou pohlaví roste s přibývajícím věkem preference plnoštíhlé postavy (Koudelka, 2009).

### **2.2.6 Zdravý životní styl jako cesta k dosažení pozitivní body image**

Jako velice efektivní nástroj v dosahování pozitivního tělesného sebepojetí se jeví dodržování zdravého životního stylu, jehož cílem by mělo být snižování zatížení lidského organismu, kterého lze dosáhnout správnou stravou, cvičením, eliminací stresu či relaxací.

Wellness má za úkol vytvořit podmínky pro spokojené žití, přičemž jeho cílový stav well-being (cítit se dobře) je založen na dobré fyzické a psychické kondici. Hlavním cílem hnutí wellness je tedy především nasměrování populace ke kvalitnímu a plnohodnotnému životu v moderním světě, přičemž jeho základním předpokladem je, aby se lidé cítili dobře a aby svým aktivním přístupem k životu co nejvíce zpomalili proces stárnutí.

Například pohybové aktivity jsou z hlediska wellness spíše rekreačního rázu, jenž nevyžaduje maximální výkony a jehož hlavním cílem je cítit se při jejich vykonávání dobře a prospět tak svému zdraví. Fořt (2005) mezi pozitivními vlivy wellness uvádí kromě nižšího rizika rozvoje oběhových chorob, zvýšení obranyschopnosti a dalších benefitů, i uspokojení z vlastního image a vyšší sebedůvěru. Stejně jako všechny ostatní pozitivní účinky, i budování pozitivního tělesného sebepojetí je podmíněno dodržováním zdravého životního stylu, jehož jednotlivé složky jsou popsány níže.

### **2.2.6.1 Pohyb**

Dle Kukačky (2009) je pohyb základním projevem života, přičemž druh a množství pohybu, který provádíme, je rozhodujícím činitelem, na němž závisí naše nálada, duševní i fyzický výkon a celkový zdravotní stav. Autor konstatuje, že zatímco naši předkové měli pohybu dostatek, nám se kvůli současným moderním technologiím pohyb ze života pomalu vytrácí. To má za následek zlenivění a zpoždění společnosti, která ovšem začíná trpět nemocemi z nedostatku pohybu. Tělesná inaktivita s sebou nese negativní důsledky v podobě ztráty tělesné a duševní vytrvalosti, snížení svalové síly, selhávání oběhové regulace, snížení pevnosti kostí, kloubů a pojivové tkáně, přibývání na váze, omezení dechových funkcí, zúžení rozsahu působnosti endokrinních žláz, sníženou obranyschopnost organismu vůči infekcím a další (Praško a Prašková, 2001).

Nejlepším, nejbezpečnějším a ekonomicky nejméně náročným preventivním a léčebným prostředkem většiny civilizačních onemocnění jsou, spolu s přiměřeným příjmem energie, pravidelné cvičení a přirozená pohybová aktivita. Již několika studiemi bylo dokázáno, že pohybová aktivita dlouhodobého charakteru má vliv na prodloužení lidského života a snižuje úmrtnost na onemocnění spojená se sedavým způsobem života. Stejskal (2004) tvrdí, že lékařský předpis pohybové aktivity je stejně významný, jako aplikování jakéhokoliv jiného léku.

V rámci sekundární prevence má pohybová aktivita velký význam při léčení řady onemocnění. Jejím cílem je zlepšit zdravotní stav nemocného a dále předcházet klinickým projevům onemocnění. Například zatímco dříve byl pacientům s nemocným srdcem lékaři doporučován tělesný klid a odpočinek, dnes se ví, že mírné sportování a přiměřená tělesná zátěž mohou při chronickém selhávání srdce snížit pravděpodobnost úmrtí až o 35 procent. Při pohybové inaktivitě se stav ochablé srdeční svaloviny totiž ještě více zhoršuje a dochází k rozvoji onemocnění (Kukačka, 2009).

Z důvodu údajného oslabení imunitního systému v důsledku tělesné námahy, býval lékaři pohyb dlouho zamítán i pacientům trpícím rakovinou. Mnohé studie, zabývající se vlivem pohybu na onkologické pacienty však odhalily, že tyto obavy lékařů byly zcela neadekvátní. Výsledky totiž ukázaly, že u pacientů, kteří se dvě až tři hodiny týdně aktivně pohybovali, docházelo mnohem méně k recidivě nemoci než u pacientů, kteří se pohybu nevěnovali. Také se ukázalo, že v mnohých případech došlo díky pohybu ke zlepšení okamžitého stavu mysli a lepšímu snášení stavů po ozařování a chemoterapii (Meyerhardt, 2006).

Pravidelná pohybová aktivita, především aerobního charakteru, dále pozitivně působí i na dýchací systém, kdy v jejím důsledku postupně dochází ke zvýšení vitální kapacity plic a zlepšení funkční schopnosti dodávat organismu více kyslíku. To je důvod, proč je aerobní cvičení doporučováno také pacientům s nemocemi dýchací soustavy.

Pohyb je prospěšný i v boji s chorobami trávicího systému. Dochází při něm totiž ke zvýšené činnosti bránice, která svým pohybem působí na žaludek a nepřímo se tak podílí na jeho činnosti. Aktivní pohyb břišní stěny, ke kterému dochází při vykonávání pohybové aktivity, také ovlivňuje střevní peristaltiku a podílí se na urychlení posunu střevního obsahu, čímž se snižuje riziko městnání střevního obsahu v podobě zácpy.

Další velké studie prokázaly nižší výskyt cukrovky jedinců, kteří se aktivně zajímají o pohybové aktivity. Ukázalo se, že u pohybově aktivních jedinců je riziko vzniku cukrovky sníženo o 33 – 50 % (Nilsen a Vatten, 2001). Stejskal (2004) tvrdí, že pravidelná pohybová aktivita a vyrovnaní energetického příjmu a výdeje společně zvyšují účinnost inzulínu, díky čemuž se na něj buňky stávají citlivější a jeho celková produkce i spotřeba klesá.

Z výše uvedeného se dá konstatovat, že tělesná aktivita a pohyb, který může mít charakter sportovní, ale i pracovní, pozitivně ovlivňuje zdravotní stav populace.

### 2.2.6.2 Výživa

Kukačka (2009) je toho názoru, že mezi zdravím, ke kterému bychom měli směřovat a kvalitou výživy je velmi úzký vztah. Četné vědecké studie dokazují životní význam výživy, jak z kvantitativních, tak kvalitativních aspektů. Zjistilo se totiž, že více než 40 % veškerých civilizačních onemocnění je způsobeno dlouhodobým příjmem nevyhovující a nevhodné stravy. Dlouhodobě nízká kvalita výživy je bezprostřední nebo přinejmenším nepřímou příčinou poškození zdraví jedince. Pokud pacient včas nezmění způsob stravování a současně nevyužije možnosti nabízené léčebnou výživou a podáváním doplňků, je pro něj velice obtížné se vyléčit nebo alespoň stabilizovat svůj zdravotní stav.

Obecně je zapotřebí nemocem předcházet, ať jsou příčiny jakékoli. Mnoho faktorů, jež ovlivňují naše zdraví, nejsme schopni ovlivnit. Výživa je ale naštěstí tím faktorem, jehož ovlivnění máme ve své moci a můžeme ho tak využít pro podporu svého zdraví. Uvědomění si této skutečnosti a její praktické využití zůstává však na nás samotných. Pozitivní změny týkající se výživy v sobě vždy nesou těžkosti spojené s aktivním hledáním nových způsobů a prostředků. Důležité je si uvědomit, že ne vše, co je nám doporučeno, je pro nás skutečně zdravé, a každý jedinec musí hledat individuální způsob a styl výživy, který odpovídá aktuálním vědeckým poznatkům, a především je v souladu s jeho fyziologickými a genetickými dispozicemi (Kukačka, 2009).

Nejen u osob, u kterých se předpokládá určitá genetická zátěž, by se preventivním zaměřením životního výživy mělo zásadním způsobem snížit riziko vzniku některých onemocnění. Výmola (2007) předkládá následující doporučení preventivní výživy: Potraviny by se měly upravovat čerstvé a my bychom se měli snažit omezit nebo dočista vynechat z našeho jídelníčku uzeniny. Dále bychom se měli pokusit o omezení solení a pokrmy raději upravovat neagresivním kořením a bylinkami. Další radou je nekonzumovat připálené potraviny a nepřipravovat je na dřevěném uhlí. Přínosné je konzumovat alespoň dvakrát týdně luštěniny, obiloviny, brambory a rýži. Z mléčných výrobků bychom měli dávat přednost acidofilnímu mléku, měkkému tvarohu či nízkotučným jogurtům, zatímco cukr bychom měli omezit nebo úplně vynechat. Dalším doporučením je zajistit dostatečný přívod minerálů jako je hořčík, draslík, selen, vápník a chrom. Co se týče alkoholu, ten bychom měli konzumovat s mírou a přednost dávat kvalitnímu vínu. Samozřejmostí je také zajištění

dostatečného přísunu čerstvého ovoce a zeleniny a snaha si zajistit pestrý jídelníček s vyváženým složením živin.

### **2.2.6.3 Spánek**

Kukačka (2009) popisuje spánek jako období motorického klidu, kdy volní pohyby ustávají a k významné redukci dochází i u mimovolních pohybů svalstva s výjimkou dýchacích svalů. Stejně jako dostatek tekutin nebo přiměřené množství výživné potravy, i spánek je důležitou základní fyziologickou potřebou, jehož význam spočívá především v regeneraci centrálního nervového systému a doplnění energie mozkových buněk. Zejména gliové buňky doplňují zásoby energeticky vydatného cukru glykogenu. Mozkové buňky se zároveň zbavují zplodin metabolismu, zejména volných radikálů, které jinak mohou v buňkách poškozovat životně důležité molekuly včetně dědičné informace uložené v DNA. Při probouzení a usínání tyto buňky mění aktivitu velkého množství genů. Mnoho z nich se aktivuje s probuzením mozku a s jeho usnutím se opět deaktivují. Těmito mozkovými geny jsou řízeny tři základní procesy: Produkce energie pro práci nervových buněk, ochrana buněk proti následkům stresu a posílení vzájemného propojení nervových buněk, které je velice důležité pro učení a ukládání nově nabytých informací do paměti. Na druhé straně existuje početná skupina genů, které jsou naopak aktivní v noci a mají za úkol regenerovat nervové buňky, zejména opravovat jejich buněčné membrány (Petr, 2009).

V praxi to znamená, že nedostatek spánku nebo jeho špatná kvalita, se může projevit nejen pocitem únavy, ale i snížením pozornosti a zhoršením myšlení. Pokud jsou potíže se spánkem dlouhodobé, mohou se odrazit ve zhoršené kvalitě života a vést ke vzniku závažných duševních onemocnění. Prof. Šonka z Neurologické kliniky 1. Lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze 2 tvrdí, že ze všech dospělých obyvatel trpících problémy se spánkem, asi 80 % nikdy o těchto problémech nemluvílo s lékařem (Šonka, 2002).

Podle Praška (2009) se nedostatek spánku navíc projevuje zhoršenou výkonností, koncentrací a adaptací na nové situace. Nedostatečně vyspalý jedinec čelí podrážděnosti, horší náladě, snadno se unaví a jeho soustředění a výkonnost se snižují. Pokud je nedostatek spánku dlouhodobý, může působit jako neurotizující faktor nebo dokonce jako spouštěč

deprese. Dobrý spánek je tedy pro dobré zdraví, dobrou výkonnost a dobrou body image velmi důležitý.

Výzkumy zabývající se spánkem také dokazují, že při nevyspání dochází k výrazné změně hladiny hormonů cirkulujících v krvi, které jsou za normálního stavu ve velmi křehké vzájemné rovnováze. To se týká mimo jiné i hormonu leptinu, označovaného jako hormon sytosti, jehož zvýšená koncentrace upozorňuje tělo o dostatečném zásobení stravou, a hormonu ghrelinu, nazývaného hormon hladu, jelikož je produkován prázdným žaludkem. Nevyspání následně naruší mechanismy, které kontrolují chuť k jídlu ve prospěch nadváhy a obezity, což působí negativně na body image jedince (Petr, 2007).

#### **2.2.6.4 Relaxace**

Synonymem relaxace může být jakési hluboké uvolnění, za jehož pomoci se odstraňuje zbytečné svalové a nervové napětí. Při absenci relaxace trpí celý lidský organismus (zejména kardiovaskulární systém) a dle Výmoly (2008) bez ní nelze v dnešním uspěchaném světě prosperovat jak tělesně, tak duševně. Sám autor považuje nedostatečnou relaxaci a nekvalitní spánek za primární příčiny snížené výkonnosti a duševní i tělesné kondice.

Původním významem relaxace je fyziologické uvolnění svalových vláken, ale v dnešní psychologii rozumíme relaxaci nejen uvolnění fyzické, ale i psychické (Drotárová a Drotárová, 2003).

Praško (2003) říká, že když se člověk tělesně uvolní, impulzy přicházející z jednotlivých svalů do mozku se mění a postupně začne cítit i uvolnění psychické. Svalová relaxace má tedy významný vliv na celý nervový systém, kdy dochází k vyrovnání a vnitřnímu klidu.

Relaxace je též předpokladem udržení dobrého zdravotního stavu, jelikož oslabená psychika může být příčinou oslabení imunity a propuknutí nemocí. Právě oslabení a přetížení psychiky působí na imunitní systém, u kterého poté dochází k oslabení imunitních reakcí a k vytvoření předpokladů pro vznik choroby (Ďurina, 2008). Oblast medicíny zabývající se těmito vztahy – psychosomatická medicína, se však začala rozvíjet až v posledním desetiletí a jednoznačné nalézání příčin nemocí v psychické zátěži a přetěžování organismu zatím nelze předpokládat. Samotná relaxace je dle způsobu jejího provedení rozdělena na dva druhy – pasivní a aktivní.

## **Pasivní relaxace**

Navození příjemné nálady a vytvoření příjemných zážitků je hlavním znakem pasivní relaxace. Jako příklady Kukačka (2009) uvádí návštěvu divadla, kina, poslech hudby či sledování sportovního utkání. Stinné stránky této formy relaxace se zde nachází v podobě hypodynamického způsobu života, tedy dostatku zdravého pohybu. Tichanovský (2008) poznamenává, že prožitky sice naše myšlenky odvádí od našich starostí a problémů, ale silné prožitky těchto dějů mají schopnost vyvolat v nás napětí i další stresové situace.

## **Aktivní relaxace**

Aktivní relaxace, také označovaná jako dynamická, je spojena s aktivním pohybem, který může probíhat v podobě kolektivního sportu nebo jakékoliv jiné pohybové činnosti. Důležitým znakem je maximální pozornost a zaujetí aktivitou nebo hrou, kdy nemáme čas přemýšlet o starostech a problémech. Obecně by se dalo říci, že téměř všechny sporty provozované pro potěšení a na rekreační úrovni jsou jistým druhem relaxace (Kukačka, 2009). U pohybových aktivit, které jsou svým způsobem monotónní, jako například běh, jízda na kole, rychlá chůze a další, je zásadní umět se oprostit od vtíravých myšlenek. Jestliže se nám to nedaří a své každodenní problémy dále probíráme, nelze pak už hovořit o relaxaci (Tichanovský, 2008). Kukačka (2009) podotýká, že důležitou součástí těchto pohybových aktivit, především turistiky či vycházek do přírody, je naučit se vnímat své okolí a vidět krásu v horách, řekách, lesech, zvěři apod. Zároveň upozorňuje, že velkým nepřítelem relaxace v přírodě je hovor s tím, kdo jde s námi.

### **2.2.6.5 Stres**

Slovo stres je pochází z anglického jazyka a v překladu znamená zmáčknutí, stlačení. Obrazně se tím rozumí jakýsi tlak psychického charakteru. Život se neustále mění a tím od nás vyžaduje častou adaptaci. Pokud nás trápí problém nebo problémy, které překračují naši schopnost se adaptovat, dostaneme se k prožívání stresu, jenž je spojen s pocity úzkosti a ohrožení (Kukačka, 2009). V hovorové řeči se slovem stres pojmenovává jak samotná zatěžující nebo ohrožující situace, tak i označení příznaků, kterými na ně organismus reaguje (Praško, 2003).

Faktory mající na svědomí vyvolání stresu jsou všem známy, avšak nikdy není možné dopředu s jistotou určit jak, kdy, popřípadě zda vůbec budou na konkrétního jedince působit. Vnímání stresu je tedy velice subjektivní a reakce na takzvané stresory se také liší člověk od člověka. Jonáš (2005) však zároveň upozorňuje na kladné stránky stresu, jako na něco pro lidský život nezbytného. Tvrdí, že kdybychom měli vše jisté nebyli žádným způsobem stimulování ohrožením k adaptaci, upadli bychom do letargie a přestali mít zájem na zlepšování svého života a vývoji společnosti. Vědci z Michiganské univerzity navíc zjistili, že krátkodobý stres má pro nás pozitivní účinek, jelikož naše tělo je na něj připraveno a stres samotný trvá jen krátkou dobu, čímž zvyšuje obranyschopnost organismu. Opačný účinek má stres dlouhodobý, který může snižovat funkci imunitního systému až o 60 % (University of Michigan, 2002).

Dlouhodobý stres ovlivňuje celý organismus včetně všech tkání, které se stěží uvolňují a obtížně vylučují toxiny, v důsledku čehož pak mohou vznikat infekční ložiska. Koncentrace těchto toxinů vede k celkovému oslabení orgánů, ve kterých se následně mohou objevit onemocnění, mnohdy označovaná jako civilizační. Řeč je především o cukrovce, astmatu, alergii, bolestech a zánětlivých stavů kloubů, problémech s páteří, ale i rakovině (Jonáš, 2005). Dlouhodobý stres taktéž velice nepříznivě působí na srdeční a cévní systém, kdy prostřednictvím vegetativního nervového systému může působením emocí docházet k zužování cév nejen periferních, ale i věnčitých cév srdečních. Takto postižené osoby mají zpočátku kolísavý krevní tlak, ale silné emoční zážitky u nich v budoucnu mohou vést k závažným stavům ohrožení zdraví, například infarktu myokardu (Irmíš, 2000). Vedle cévního systému se v riziku nachází i systém trávicí. Psychická zátěž může být doprovázena zvracením, průjmem, zácpou, bolestmi žaludku, pálením žáhy, zvětšenou chutí k jídlu nebo naopak nechutenstvím a v případě dlouhodobého zatěžování a přepínání může vyvrcholit vznikem žaludečních vředů (Kukačka, 2009).

Důležitým poznatkem je, že rizikové faktory vyvolávající stres se sčítají a stresová situace tak může být vytvořena několika méně významnými stresovými faktory, které jedinec v podstatě ani neregistruje, a které by samy o sobě neznamenaly nebezpečí.

Kukačka (2009) ve své publikaci doporučuje hledat způsoby a prostředky, které by nám umožnily minimalizovat negativní emoce, jež je však zapotřebí zkoumat za účelem zjištění



jejich povahy a podmínek jejich vzniku. Zároveň podotýká, že jedinec, který se pravidelně věnuje pohybovým aktivitám, je schopen lépe čelit každodennímu stresu.

### **2.2.7 Tělo v historickém kontextu**

Představa o ideálním ženském a mužském těle, žádoucích křivkách a kráse se vytvářela již od počátku lidských dějin. Společností určená představa o tom, jak by měla žena a muž vypadat a jaká by měla být jejich „image“, byla vždy silně ovlivňována prostředím, ve kterém žili. V různých etapách lidstva měly faktory jako kulturní prostředí, náboženství, politická situace, pracovní prostředí či sociální klima vždy podíl na jednotlivých odlišnostech v nahlížení na lidské tělo (Grogan, 2008). Fialová (2007) tvrdí, že větší pozornosti se téměř vždy dostávalo spíše ženám a jejich tělesnému obrazu. Kromě již výše zmíněných faktorů, ideál krásy také ovlivňovala jak dobová estetika, tak i oceňované vlastnosti tehdejších žen, mezi které mohly patřit střídmost, plodnost či pohlavní přitažlivost.

Tato kapitola má za cíl přiblížit pohled na lidské tělo a jeho vnímání v průběhu dějin. Vzhledem k zaměření této práce je zásadní zaměřit se na období 20. století, které bylo velmi dynamické, ve sférách lidského života značně proměnlivé a z pohledu nahlížení na lidské tělo stěžejní (Švecová, 2014). Dle Grogan (2008) byl počátek dvacátého století úzce spojen s renesancí trendu štíhlé postavy. Ilustrace modelek v časopisech, které byly v pozdější době nahrazeny fotografiemi, zabezpečovaly následování tehdejších aktuálních trendů. Návrat ke štíhlému tělu mohl být podpořen nastupující myšlenkou vzniku konfekce s danými standardizovanými velikostmi, které předtím neexistovaly. Do té doby byly ženy odkázány na vlastní šikovnost, kdy si oblečení musely šít buď samy, nebo si je nechat vyrobit na míru. Těla, která neodpovídala soudobé módě, bývala opomíjena. Místo toho, aby byly šaty vyráběny na míru, musela se tehdejší těla přizpůsobovat rozměrům šatů.

Na začátku 20. století se do popředí zájmu mnoha žen dostává tzv. „Gibson Girl“, jejíž ilustrace, nesoucí jasné poslání ženské krásy a ideálních křivek byla vytvořena umělcem Charlesem Gibsonem (Švecová, 2014). Postava této „Gibson Girl“ byla atletického typu, štíhlá, vysoká, měla útlý pas, a přesto však plná ňadra a výrazné boky. Její vlasy byly vyčesané do drdolu, tak, aby daly vyniknout křivkám její šije. Bylo to vůbec poprvé, kdy oblečení odhalovalo kotníky a část dolních končetin, což představovalo, na tehdejší dobu,

velice ambiciózní počin. Byl to především objev kinematografie a rozvoj médií obecně, jež se zasloužily o následování aktuálních trendů a vydobytí si svého místa v povědomí soudobých. V souvislosti s rozvojem kinematografie se objevuje i nový styl odívání tzv. „Flapper“, který se největšího rozmachu dočkal po konci první světové války a rychle se ujal díky okolnostem, který byly přineseny poválečným obdobím (Grogan, 2008). Charakteristickým rysem tohoto stylu byla menší chlapecká postava, jež byla v té době prezentována světoznámými ikonami filmového plátna, jakými byly například Clara Bow či Mary Pickword. Zároveň se objevuje i kompresní spodní prádlo, které mělo pomoci docílit ideálních tělesných proporcí a štíhlých boků, které se u finalistek soutěže miss USA pohybovaly průměrně okolo 81-63-89 (Grogan, 2008). Pro ženy, jež pomalu začínaly trávit více času prací mimo domov, byl tento chlapecký styl oblékání velice praktický a zároveň byl symbolem změny v tradičním pojetí žen a jejich rostoucí emancipace (Švecová, 2014).



**Obrázek 5.** Představitelky stylu „Flapper“ (Ruggiero, 2012, 64)

V meziválečném období docházelo k návratu k plnějším tvarům, které měly evokovat vysoký životní standard a prosperitu majitelek těchto figur. I díky hvězdám z Hollywoodu, kterými



**Obrázek 6.** Marilyn Monroe  
(Ruggiero, 2012, 65)

byly například Jean Harlow nebo Mae West, se trend plných ňader vrátil a křivky se opět dostaly do módy. Neustále se rozvíjející módní průmysl reagoval zaměřením se na nový střih šatů, které by vyzdvihovaly ženské přednosti. Oproti předchozí dekádě se obvod hrudníku dívek soutěže miss USA zvětšil v průměru o celých 5 cm (Grogan, 2008). Společností nastavený trend štíhlého těla a plných ženských tvarů pokračoval i v padesátých letech, kdy se ve středu zájmu módního průmyslu objevuje dívka se štíhlými dlouhými nohama, vosím pasem a velkými ňadry. Tehdejší ideální postava se začala podobat postavě tvaru přesýpacích hodin. Obvod ňader a boků se ustálil na obvodu kolem 90 cm. Čekalo se, že ženy budou chtít vypadat tak, jako populární panenka Barbie (Švecová, 2014). Americká filmová herečka Norma Jean Baker Mortenson, která se po podepsání kontraktu se studiem 20th Century Fox přejmenovala na Marilyn Monroe, byla ztělesněním tohoto trendu. Poté, co herečka nafotila snímky pro časopis Playboy, se velice rychle ocitla na vrcholu své

slávy a stala se tak dokonalým symbolem ženské krásy a smyslnosti pro velkou část americké populace (Grogan, 2008).

V průběhu šedesátých let přišla zásadní změna, když módním světem otrásl příchod dietních zázraků typu nápoje Metracel. Diety se staly nezbytnou součástí běžného života a započala tak zlatá éra multimilionářského dietního průmyslu. (Švecová, 2014). Na titulních stranách módních časopisů se začínala objevovat britská modelka přezdíváná „Twiggy“, která díky svému hubenému, plochému tělu a hmotnosti jen stěží překračující hranici 40 kilogramů připomínala spíše adolescentní dívku a která se stala vzorem pro celou generaci mladých žen. Štíhlá postava se tak stala symbolem svobody a nekonvenčnosti a až do osmdesátých let se tento trend ideální ženské postavy nijak významně neměnil. Těla modelek byla prezentována

jako pevná, štíhlá, pružná (Grogan, 2000). K vytouženému získání takové postavy pomáhal mediální průmysl, který populaci nabádal k pravidelným návštěvám fit center a dodržování zdravé životosprávy.

Devadesátá léta minulého století přinesly nový náhled na ženskou krásu. Podle Grogana (2008) se do zájmu dostaly modelky typu tzv. „waif“, což volně přeloženo z angličtiny znamená sirotek či nalezenec. Charakteristickým rysem těchto modelek byla výrazná hubenost. Za ikonu této doby lze označit britskou modelku Kate Moss. Vyvrcholením této doby byla nastupující generace modelek tzv. „heroinového typu“, jejíž typickým znakem bylo výrazné černé líčení obličeje, vlasy bez lesku a extrémní štíhlost až vyhublost, která je shodná s jedinci závislími na užívání heroinu (Grogan, 2000).



**Obrázek 7.** Kate Moss, „waif“ styl  
(Grogan, 2000, 71)

Nové možnosti prezentování ideálu ženského i mužského těla se otevřely se vstupem společnosti do nového tisíciletí. Internet se stal nejvyužívanějším médiem generace mladých žen a mužů. Sociální sítě jako Facebook či Instagram si rychle získávají popularitu a stávají se jednou z nejvíce navštěvovaných webových stránek. Díky oblíbenosti těchto sociálních sítí byl výrazně podpořen obchodní zájem módních koncernů za účelem působení na vnímání ženských a mužských tělesných ideálů (Fardouly & Vartanian, 2015). Ženy bývají současnými americkými médii velice často prezentovány jako určité dosažitelné sexuální objekty. Pozice ženy jakožto sexuálního objektu se

stává součástí tzv. „heterosexuálního skriptu“ a díky rafinovanosti v prezentaci ženských těl v médiích jsou muži stále více a více citově angažováni (Švecová, 2014)

## 2.2.8 Podstata ideálu štíhlého těla

Pro dnešní dobu je typické spojení s významným působením kulturních vlivů a společenských norem, které se odrážejí mimo jiné i na způsobu, jak svá těla prožíváme.

Současné moderní pojetí ideálu krásy je však plné předsudků a otázka štíhlosti je právě jedním z nich. Štíhlé tělo se stalo jakýmsi symbolem úspěchu, který člověk pomocí něj veřejně prezentuje. S tím je úzce spjaté rozšiřování mýtů o ideální hmotnosti, které mnohdy mohou vést až k posedlosti vlastním tělem a jeho podobou (Fialová & Krch, 2012). Tento trend označuje Grogan (2008) jako *kult těla*.

V období adolescence dochází obvykle ke vzrůstu zájmu o vlastní tělo a pěstování kultu těla se tak často stává prioritní záležitostí, zejména pro svůj sociální význam. Přichází období, kdy se jedinec neustále hodnotí, srovnává se se svými vrstevníky a porovnává svůj vzhled se společností nastaveným tělesným ideálem. Pokud do tohoto ideálu zapadá, jeho sebevědomí je upevňováno, definuje se jeho přesné postavení ve skupině, prestiž v očích druhého pohlaví i vlastní identita (Zachárová & Šimíčková-Čížková, 2011).

Sarah Grogan (2008) vnímá spojitost mezi obecně platným vnímáním štíhlé postavy a jednotlivých rysů nebo vlastností osoby, jež touto „ideální“ postavou disponuje. Tvrdí, že štíhlost je spojována se zdravím, štěstím, mladistvostí, úspěchem a společenskou přijatelností. Štíhlost patří k ženskosti a půvabu. Pokud žena ztělesňuje společenský ideál, bývá okolím obvykle obdivována a uznána (Grogan, 2008). Brown a Slaughter (2011) přišli se zajímavým výzkumem, ve kterém se všichni jeho účastníci ve věku od 4 do 26 let shodli na tom, že atraktivní tělo je takové tělo, které je štíhlejší než obecně platný ideál. Z těchto poznatků vyplývá, že již u dětí předškolního věku je ideál štíhlosti prezentován a zůstává stabilní až do jejich dospělosti. Pokud má žena ideální křivky, je podle Grogan (2008) společností srdečněji akceptována a na rozdíl od ženy, která se svými tělesnými dispozicemi vymyká danému „standardu“, dostává i dostatečný obdiv od okolí. To samozřejmě působí na celkovou osobnost ženy, jelikož ve štíhlém těle se cítí dobře, což se stejnou reakcí, kterou přijímá od svého okolí, značně ovlivňuje, jakou k sobě daná žena chová úctu a důvěru.

Preferovaným cílem mužů je podle Grogan (2008) přiměřeně svalnatá postava, která zároveň splňuje i aktuálně přijímané parametry štíhlosti. Lidé trpící nadváhou bývají naopak spojováni s leností a nedostatkem vlastní vůle a sebekontroly. Navíc jsou takoví lidé

považováni za fyzicky neatraktivní, s nízkým stupněm sex appealu, a navíc jsou jim často kvůli jejich vzhledu přisuzovány i další negativní charakteristiky, které se ovšem od skutečnosti mnohdy velmi liší (Grogan, 2008).

Thomas Cash (2004) podotýká, že s dětmi, trpícími nadváhou je již od útlého dětství zacházeno odlišným způsobem než s jejich vrstevníky, kteří naplňují společensky uznaný koncept tělesnosti. Děti si často odmítají hrát s těmi dětmi, které mají nadváhu. Takové děti jsou svými vrstevníky hodnoceni a vyčleňováni z kolektivu jen díky společenství nastaveným předsudkům, které bohužel, jak už bylo zmíněno, přetrvávají až do dospělosti.

Stárková a Luňáčková (2004) upozorňují, že naprostá většina populace není spokojena se svou postavou, potažmo se svým tělesným sebepojetím. To je důvod, proč držíme diety, pravidelně se věnujeme pohybovým aktivitám a pečujeme o svůj zevnějšek. Lidstvo se zmítá v nepřetržitém hledání norem, které by mu napomohly dojít ke spokojenosti se sebou. Ne vždy se jedná jen o respekt vůči společenskému diktátu v oblasti tělesného vzhledu, ale důvodem usilování o štíhlost může být i ryze primitivní pocit – strach, zejména strach z obezity a zdravotních důsledků, které s sebou přináší (Stárková & Luňáčková, 2004).

Grogan (2008) vychází z poznatků psychologů a biologů, jenž se domnívají, že upřednostňování štíhlé postavy je jasně biologicky zdůvodnitelným jevem. První přístup vychází ze skutečnosti, že štíhlá postava bývá společností považována za zdravější než postava s nadváhou. Druhý přístup je podpírán skutečností, že idealizace štíhlosti je v současnosti spíše jakýmsi naučeným stereotypem, kde biologické argumenty hrají pouze okrajovou roli a největší úlohu zde sehrává kulturní prostředí, které udává, co je pokládáno za atraktivní a co ne (Fialová, 2001).

Existence ideálu štíhlého těla je poměrně krátká, avšak za posledních několik let byly požadavky kladené na obraz našich těl ještě zpřísněny (Fialová, 2001). Při pohledu do minulosti za vývojem trendu štíhlosti, zjistíme, že štíhlé tělo nebylo vždy spojováno se zdravím a ani v současnosti tomu tak všude není. Chudší kultury, u kterých může hubenost symbolizovat negativní faktory (například nemoc), na rozdíl od trendů západní kultury tíhnou spíše k oceňování tloušťky (Grogan, 2000). Například ve 20. letech minulého století byla přílišná štíhlost spojována s určitým neduhem, nejčastěji v souvislosti s rozšiřující tuberkulózou. Grogan (2008) dále uvádí, jak na extrémní štíhlost nahlízejí některé země

afrického kontinentu, kde být příliš štíhlý není známkou dobrého zdraví, ale naopak přetrvávající nemoci.

### **2.2.8.1 Paradox obezity**

The Wall Street Journal zveřejnil v roce 2010 studii New Yorkských odborníků, jejíž výsledky by mohly přimět některé lidi k přehodnocení svého tělesného sebepojetí. Výsledky studie říkají, že lidé s mírnou nadváhou jsou vystaveni menšímu riziku úmrtí než lidé s normální váhou, zatímco u lidí s nadměrnou obezitou je riziko úmrtí naopak výrazně vyšší. Jedná se o dosud největší výzkum, který dokládá takzvaný paradox obezity.

Studie byla vypracována vládou Spojených států amerických a vychází ze závěrů 97 šetření napříč kontinenty, která sledovala tři miliony lidí a 270.000 úmrtí. Vyšlo najevo, že lidé s tělesným indexem hmotnosti (BMI) v rozmezí 25 – 30, jež tvoří 30 % americké populace, mají riziko úmrtí o 6 % procent menší než lidé s BMI v rozmezí 18,5 – 25, které je považováno za normální “zdravou“ váhu. Výzkum navíc ukázal, že i lidé s BMI mezi 30 – 35 mají o celých 5 % menší riziko úmrtí než lidé mající BMI v normě. Sledováním další skupiny lidí s BMI hodnotou nad 35 však bylo zjištěno, že riziko úmrtí u takto obézních jedinců roste o 29 %. To, že lidé s mírnou nadváhou, trpící například srdečními chorobami, cukrovkou a dalšími chronickými onemocněními, žijí déle než lidé s normálním BMI mající stejné problémy, už ukázalo několik předchozích průzkumů. Vědcům však zatím není jasné, proč tomu tak je. Jedna z teorií tvrdí, že lidé s nadváhou mají oproti štíhlým jedincům výhodu metabolických rezerv nutných v případě, kdy kvůli nemoci není možné přijímat adekvátní stravu nutnou pro normální chod organismu (idnes.cz, 2012).

Prof. Věra Adámková z pracoviště preventivní kardiologie IKEM navíc tvrdí, že hubnutí na „předpisovou“ váhu neprospívá zdraví tak, jak si většina lidí myslí. Zastává názor, že index BMI a další hmotnostní tabulky, kterými se většina lidí slepě řídí, by měly být pouhými pomůckami, a že zdravé je mít 5–6 kilogramů nadváhy.

„Když k lékaři přijde pětadvacetiletá slečna a musí na operaci, sice má vzorové BMI, jenže já vidím, že se pořádně najedla kdysi dávno na základní škole, a je mi jasné, že nemá žádné rezervy. To o generaci starší člověk s pětikilovou nadváhou se bude po zákroku pravděpodobně zotavovat o dost lépe“, říká Adámková (idnes.cz, 2012)

### 2.2.9 Historie zkoumání body image

Na přelomu 19. a 20. století byla tematika body image zkoumána především neurology, kteří usilovali o vyjasnění problematiky fantomových bolestí. S. Fisher a S. Cleveland prosadili v průběhu 20. století bio-psycho-sociální přístup k problematice body image (Cash, Smolaková a kol., 2011). Výzkumníci zpočátku zaměřovali svou soustředěnost prakticky jen na patologii spojenou s body image. Obecně se jedná o jakékoliv vrozené či získané stavy, které nějakým způsobem pozměňují fyzický vzhled. (Danielsová, Gillenová, Markeyová a kol., 2018).

V druhé polovině 20. století F. Shontz obohatil neurologický a psychodynamický přístup k body image o poznatky z dalších různých oblastí, např. z Gestalt psychologie nebo kognitivní psychologie. V 90. letech minulého století a na přelomu tisíciletí se již objevilo mnoho nejrůznějších poznatků týkajících se body image a zřejmě nejvýznamnějším milníkem byl vznik odborného časopisu věnovaného body image, který pravidelně vychází od roku 2004 – *Body Image: An International Journal of Research* (Cash, Smolaková a kol., 2011). Antropologie, kognitivně-behaviorální přístup, evoluční přístup, genetika, neurověda, pozitivní psychologie, teorie sociální srovnání, sociokulturní teorie a další disciplíny mají z teoretického hlediska vliv na současný odborný diskurz o body image (Cash a kol., 2012). Danielsová, Gillenová, Markeyová a kol. (2018), hovoří o relativním vyčleněním či osamostatněním určitých směrů v rámci výzkumu body image. Příkladem takového směru je problematika pozitivního body image.

Dnešní doba nabízí zdravotníkům a dalším zainteresovaným osobám široké spektrum standardizovaných i nestandardizovaných diagnostických nástrojů, které je možné za účelem posouzení body image použít. Lze využívat i obecné nástroje, které slouží k posuzování proměnných, které mohou teoreticky souviset s body image. Jedná se např. o impulzivitu, osobnostní rysy nebo životní spokojenost (Hřebíčková, 2011). Příkladem specifického nástroje je škála Body Image Scale (Smolaková a kol., 2011). Dnes jsou k dispozici poměrně bohaté zkušenosti s terapií a prevencí negativního body image, kdy je uplatňován multioborový přístup (Ziserová a kol., 2018). Variabilita a pestrost v diagnostice body image samozřejmě nemusí být vždy přínosná. Metodologická nejednotnost může bránit nebo komplikovat porovnatelnosti jednotlivých studií a hodnocení jejich vypovídajících hodnot.



### **2.2.10 Body image napříč kulturami**

Grogan (2008) podotýká, že určitou podstatu u vnímání vlastního těla má i pohlaví, věk, sociální zařazení, etnicita a sexualita. Otázkou kulturních rozdílů ve vnímání hubenosti a plnoštíhlosti se již zabývalo a rozdíly potvrdilo mnoho výzkumů (Wykes & Gunter, 2005). Štíhlost je zejména v chudších kulturách považována za známku chudoby, podvýživy a infekčních chorob, a naopak zvýšenou tělesnou hmotnost lze chápat pozitivně jako na symbol zdraví, bohatství a blahobytu. Tuto hypotézu potvrzují výzkumy z 80. let z latinské Ameriky, Portorika, Indie, Číny a Filipín, které ukázaly, že v těchto uvedených kulturách je zvýšená tělesná hmotnost asociována s bohatstvím a zdravím. Další ze studií uskutečňovaných napříč kulturami v 70. letech ukázala, že japonští studenti tíhnuli k přisuzování více negativních stereotypů ke štíhlým tělům než k tlustším. Řada vědců na konci 90. let zaznamenala, že obyvatelé pacifické oblasti, jako například Fidži, vnímají tělesnou nadváhu pozitivně, jelikož jim symbolizuje zemědělskou odbornost a vysokou kvalitu péče. U žen jsou zase široké boky spojovány s plodností a rozložitější postava značí zdraví, atraktivitu a schopnost pečovat o druhé. Další studie prokázaly, že pokud se jedinec přestěhuje z kultury, kde společnost považuje za ideál plnoštíhlé tvary, do země, kde je vyznávána štíhlost, může u něj dojít ke změně vnímání onoho originálního ideálního tvaru těla (Grogan, 2008). Wykes & Gunter (2005) poukazují na nedávné výzkumy, které říkají, že touha po štíhlejší postavě se velice rychle rozšiřuje napříč mnoha kulturami. To platí zvláště u jedinců, kteří jsou v bližším kontaktu se západními kulturami, což je v současnosti díky internetu a sociálním sítím, až na pár výjimek, naprosto běžné. Jak prokázaly studie z let 2005 a 2006, problémy s body image a poruchami příjmu potravy se rozšiřují zejména u asijských dívek. Těmito studii bylo též zjištěno, že asijské muži upřednostňují ženy s výrazně nižším BMI než Britové a že asijské dívky, které se dříve o svůj vzhled tolik neobávaly, se nyní často snaží dosáhnout štíhlého ideálu po vzoru západních kultur. Grogan (2008) tvrdí, že tyto dívky dokonce cítí tlak ze strany vlastních rodin, které jim vštěpují, že by jako Asiatky měly být štíhlé, zejména pokud žijí v západních zemích. Wykes & Gunter (2005) poukazují na skutečnost, jak někteří autoři viní západní média za to, že i v zemích, kde nespokojenost s vlastním tělem a stravovací problémy byly dříve ojedinělé, dochází k výraznému rozšíření těchto problémů. Například studie z roku 2006 ukázala, že dospívající

dívky z Fidži mající za své osobní idoly modelky ze západních zemí, se začaly více zaobírat svým tvarem těla a rozvinuly si purgativní chování, aby si dokázaly udržet hmotnost pod kontrolou. Je tedy zcela nepochybné, že dřívější tělesný ideál plnějších tvarů v chudších zemích se díky užšímu kontaktu se západním světem a masovým médiím mění a připojuje se ke “kultu štíhlosti“.

## **2.3 MÉDIA A JEJICH DOPAD NA ZDRAVÍ JEDINCE**

Média a jejich všudypřítomnost jsou dnes již neodmyslitelnou součástí našich životů, a vymanit se jejich působení je v podstatě nemožné, nebo alespoň velice obtížné. Ať už se jedná o televizi, časopisy, sociální média či plošné reklamy v ulicích a podél cest, médii jsme doslova obklopeni.

Nezávisle na druhu, všechna média nám zprostředkovávají informace, které vnímáme, a ty tak působí na naše názory a hodnotový systém. Všechna tato sdělení disponují určitým obsahem, který může a nemusí mít přímý kontextuální vztah k postavě a tělesnému vzhledu. Mnohem důležitější, ač se to nemusí na první pohled zdát, je však forma jejich zpracování, která nám nenápadně podsouvá stereotypy a vzory pro hodnocení vzhledu pokaždé, když se v reklamě objevují lidé. Řeč je především o volbě modelů, herců a jejich vzájemných interakcích, skrze které se učíme způsobu uvažování o společensky očekávaných rolích mužů a žen (Grogan, 2017).

### **2.3.1 Manipulativní charakter médií ve vztahu k jedinci**

O vlivu médií na lidstvo se obecně diskutuje natolik, že jeho existenci chápeme jako samozřejmou. Otázkou však zůstává o jak velkém vlivu můžeme ve spojitosti s médii hovořit a jak velká je ve skutečnosti jejich moc ovlivňovat názory a postoje obyvatel prostřednictvím začleňování jimi prezentovaných hodnot. Další zajímavou otázkou je, zdali jsou doopravdy média a sociální sítě tím, co tyto názory a společenské hodnoty utváří, či je pouze reflektují. Odborníci napříč různými obory dosud nebyli schopni na tyto otázky jasně odpovědět. Shodují se však v tvrzení, že média jsou přinejmenším spolutvůrci a spolunositeli kultury a hodnot celé společnosti (Jirák & Köpplová, 2009). Určité odpovědi se nám může dostat i při pohledu na etnografickou a kultivační teorii, která poukazuje na reciproční vztah mezi

společností a médií, kdy na sebe obě tyto sféry působí a vzájemně se ovlivňují. Taktéž je empiricky dokázáno, že vliv, který mají média na názory a postoje lidí, je nejsilnější ve smyslu upevňování již existujících postojů. I přesto, že tedy nejde primárně o začleňování nových, neexistujících hodnot, je to právě díky vlivu spirálové spolupráce a vzájemného utvrzování mezi společnostmi a médií, že ze zpočátku bizarních a okrajových názorů mohou vznikat celospolečenské trendy, které poté hýbou hodnotami napříč celou společností (Jiráček & Köpplová, 2009).

Výzkumy se shodují, že míra manipulativního vlivu je určena druhem média, jež na jedince působí. Statisticky nejvíce lidé podléhají vlivu informací v obrázkové formě. Mezi nejvlivnější skupinu mediálních prostředků vztahujících se k internalizaci tělesného ideálu, tedy se schopností ovlivňovat tělesnou spokojenost jedince, patří časopisy, noviny, plošné reklamy apod (Cohen, 2006). Této skupině vévodí fotografie a videa, sdílené na internetu prostřednictvím sociálních sítí, kterými se důkladněji zabývá následující kapitola.

### **2.3.2 Sociální sítě**

Sociální sítě jsou dynamické platformy, které spojují miliony obyvatel napříč všemi kontinenty, díky čemuž mají nejen obrovský dosah, ale i vliv. Někteří autoři v současnosti hovoří až o historickém ústupu vlivu klasických médií, kterými jsou například televize, noviny, časopisy, plošná reklama atd., ve prospěch sociálních sítí, které se momentálně nachází na samotném výsluní mediálního světa. Této skutečnosti jsou si vědomy i právní subjekty, které sociální sítě využívají pro šíření své reklamy. Protože nejvíce využívanými sociálními sítěmi dnešní doby jsou Facebook a Instagram, rozhodl jsem se zaměřit pozornost této práce právě na tyto dvě platformy (Lee, 2014).

První z nich, Facebook, je velmi rozsáhlý společenský internetový systém, sloužící převážně k vytváření sociálních sítí, sdílení multimediálních dat, komunikaci mezi uživateli a zábavě. Přes 2 miliardy aktivních uživatelů z něj dělá největší společenskou síť na světě. Jestliže na něj budeme nahlížet ryze z hlediska role, kterou může sehrát v otázce body image, zahlcení uživatele personalizovaným obsahem příspěvků a reklam bude jeho nejvíce diskutovanou vlastností. Právě tím totiž dochází k poskytnutí takového materiálu, se kterým se uživatel může dále srovnávat. Mimo nesporně mnoho uživatelských výhod, které tato funkce přináší,

však může mít i nespočet negativních dopadů, a to především z hlediska negativního ovlivnění nálady, snižování sebedůvěry a sebeúcty, společně s tělesným sebepojetím (Steinfeld, Ellison, & Lampe, 2008).

Druhou, po Facebooku, nejpoužívanější sociální sítí na světě je Instagram, pro který platí do velké míry obdobné zákonitosti. Oproti Facebooku se liší tím, že je určen výhradně pro mobilní telefony a je založen zejména na sdílení fotografií. Také jeho uživatelé jsou mladší než uživatelé Facebooku: 90 % aktivních uživatelů na Instagramu je mladších 35 let, a 60 % je mladších 28 let. Z tohoto důvodu představuje ještě vyšší riziko negativního dopadu na body image jedince, než je tomu u Facebooku (Instagram, n. d.). Fotografie, videa, reklamy, memes apod., které jsou prostřednictvím těchto dvou sociálních sítí sdílené, jsou z velké části zaměřené na vzhled a atraktivitu člověka, jenž je intenzivně podmiňována fitness zdravým životním stylem. Avšak ten je zde častokrát vyobrazován zcela nereálně a plný mystifikací. K vidění jsou zde všudypřítomné reklamní fotografie mladých, vysportovaných, usměvavých modelek a modelů, jež konstruují společenskou normu atraktivity. Velice populární jsou na sociálních sítích také hubnoucí proměny „před“ a „po“ které bohužel reálně nereflktují vynaložené úsilí a čas a leckdy dokonce ani neukazují stejnou osobu. Dále zde nalezneme nepřeberné množství profilů propagujících všelijaké diety zaručující „zázračný hubnoucí účinek“, které jsou však velice mnohdy protichůdné a mystifikující a jejich dlouhodobým dodržováním dochází k nutriční podvýživě.



**Obrázek 8.** Ilustrace proměny před a po. Zdroj: Instagram, gym\_transformations

Velice často k vidění je také propagace systému stravování IIFYM (If It Fits Your Macros), kdy si jedinec důkladně váží a přesně zapisuje sněžené potraviny, které převádí na kalorie a hlídá si tak svůj denní kalorický příjem. Návody na správné sestavení kaloricky adekvátního jídla, jsou pak předmětem mnoha instagramových příspěvků. Faktor sportu je zde natolik uctíván, že člověk, který se denně nevěnuje běhu, plavání, posilování či cvičení jógy může pak snadno nabýt dojmu, že se naprosto vymyká „normě“ a že nebude nikdy schopen dosáhnout štíhlé, vysportované a perfektně symetrické postavy, kterou na Instagramu běžně vidá u instagramových modelů a modelek (Lee, 2014; Vogel, 2014). Vlivu takovýchto příspěvků na uživatele sociálních sítí se věnuje řada výzkumů. Výzkum z roku 2012 odhalil, že na náladu a sebepojetí uživatele má vliv již desetiminutové používání Facebook. Jedinci s vyšší tendencí sociálního srovnávání a nižší sebedůvěrou tak přirozeně zažívají prohloubení pocitů méněcennosti a nedostatečnosti (Forest & Wood, 2012). Další výzkum upozornil na existenci pozitivního vztahu mezi používáním Facebooku a internalizací kultu štíhlosti. Dle statistik aktivní uživatelé sociálních sítí zároveň pociťují mnohem vyšší potřebu zhubnout oproti méně aktivním uživatelům (Tiggemann & Slater, 2013). Ke stejným závěrům došel i A. R. Smith ve dvou svých studiích, jež pojednávaly o souvislosti mezi používáním sociálních sítí a tvorbou negativního body image se zhoršující se sebeúctou a



**Obrázek 9.** Příklad snídaně podle IIFYM  
Zdroj: Instagram/confessionsofadietitian

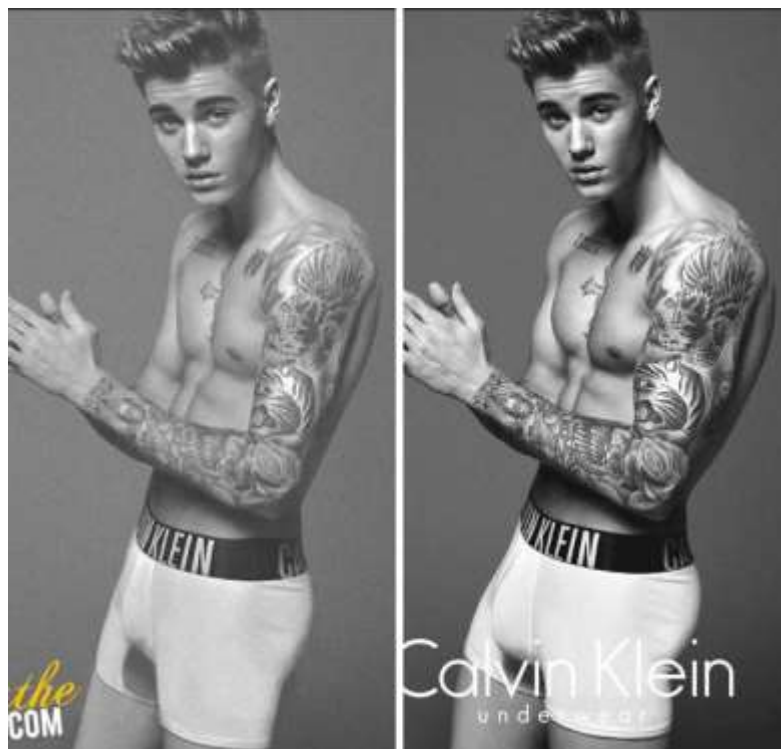
frekventovanějším výskytem bulimie či záchvatovitěho přejídání, když existenci tohoto vztahu potvrdil. Aktivní uživatelé sociálních sítí jsou také více všímaví k tělesnému vzhledu druhých, pozorují častěji své tělo, se kterým jsou také častěji nespokojeni. Smith ve svých výzkumech dále poukázal na tíhnutí uživatelů k ověřování si správnosti/normality svého chování prostřednictvím reakcí ostatních uživatelů. Autoři se shodují, že obrovská míra vlivu sociálních sítí na vnímání norem a hodnot obyvatelstva je nesporná (Smith, Hames, & Joiner, 2013, Hummel & Smith, 2015;).

Naprostou klíčovou nebezpečí používání sociálních sítí pak tkví zejména v nepřiměřené kritice k autentičnosti sdílených obsahů, především fotografií. Autoři je totiž často upravují a stylizují ve photo editorech za účelem obdržení co nejlepší zpětné vazby, v tomto případě v podobě velkého množství tzv. „lajků“ od ostatních uživatelů. Další nebezpečí spočívá v nekontrolovatelnosti sdíleného obsahu, protože zde neexistuje žádná autorita, která by testovala pravdivost, relevantnost a etičnost sdíleného obsahu, předtím, než ho autor vypustí do virtuálního světa. Běžně zde tak dochází ke sdílení příspěvků bez jakékoliv korektury či usměrnění, což může mít za následek mystifikace a ovlivňování uživatelů. Ačkoliv má každý uživatel možnost jakýkoliv nevhodný příspěvek nahlásit administrátorovi a požadovat jeho zablokování či odstranění, dosah této funkce je kvůli rychlosti reakce velmi malý. V naprosté většině případů tak dochází u nevhodných příspěvků k jejich libovolnému šíření virtuálním světem (Hu, Manikonda, & Kambhampati, 2014). Pro bezpečné denní fungování na sociálních sítích bez narušení sebeúcty a tělesného sebepojetí tak uživatel nutně potřebuje disponovat kritičností ke sdílenému obsahu, či spíše určitou dávkou mediálně-sociální gramotnosti. I přesto se však výzkumy shodují v tom, že ze všech způsobů mediálního působení mají právě sociální sítě ten největší účinek. Proč tomu tak je, je v současné době tématem mnoha výzkumů. Ukazuje se, že za jejich úspěšností by mohl stát takzvaný „the next door effect“, který spočívá ve využívání skutečnosti, že uživatelé sociálních sítí nahlížejí na své sociální prostředí jako na známé a přátelské. Pohybují se totiž v kybernetickém prostoru, ve kterém vědomě a dobrovolně „sledují“ své přátele, známé, oblíbené celebrity, značky apod. Sdílený personalizovaný obsah zprostředkovaný sociální sítí tak přijímají stejně, jako by jim ho doporučil jejich nejlepší přítel. Kritičnost a skepse, kterou lidé chovají k ostatním druhům médií, kterými jsou například televize, internet či noviny a časopisy, zde do velké míry chybí (Lee, 2014). Tento pocit jakési blízkosti je ovšem pouhou iluzí a do sdíleného obsahu se tak dostávají rozličné virální obsahy, které s námi a s našimi volbami nijak nesouvisí. Dokonce i informace sdílené našimi přáteli a blízkými, jsou stylizované a většinou neodpovídají realitě. To je zapříčiněno tím, že v dnešní době o sobě málokdo do virtuálního prostoru vypustí, byť jen „průměrné“, natož negativní informace. Velice často tedy sdílíme jen ty nejkladnější střípky našich životů, které bohužel neodpovídají realitě našeho každodenního života (Vogel, 2014).

### 2.3.3 Reklamy

Za zmínění určitě stojí také reklama a marketing, které jsou v dnešní době mnohem cílenější, sofistikovanější a mocnější než kdykoli předtím. Tvrdit, že je nevnímáme a že jsme vůči nim imunní, by bylo nesprávné. Výzkumy ukazují, že už půlroční dítě je schopno rozeznat jednotlivá loga společností. Reklamy a jejich dopad jsou pro nás tedy nevyhnutelné (Kilbourne, 2014).

V současnosti žijeme v době, kdy reklama prodává více než jen samotný produkt a vzhledem k vysoké konkurenci a nasycenosti trhu se bitva o zákazníky odehrává zejména na poli marketingových sdělení. Reklamy, a v nich samozřejmě i všichni účinkující, tedy musí dobře vypadat. Nejmocnější jsou v tomto případě grafici, jenž dokážou pomocí Photoshopu či jiného digitálního programu a jejich nástrojů hotové zázraky. Retuš jak předmětů, tak lidí není nic neobvyklého. Mužům se v digitálních programech navíc mnohdy uměle zvětšují svaly, rozkrok a nohy, ženám se zase zužuje pas a stehna, zvětšují se oči a rty, vyhlazují se vrásky, pupínky, jizvy a zesvětluje se jim pleť. Úprava vzhledu modelky na reklamní fotografii či videu tak zabere i desítky hodin práce. Za zamyšlení stojí i reklamy s malými dětmi, kdy jsou zejména malé dívky zobrazovány ve stejném stylu jako dospělé ženy. Ženy navíc bývají v reklamách vyobrazovány jako sexuální objekty, kdy jejich řeč těla zůstává pasivní, submisivní, zranitelná a velice odlišná od řeči těla opačného pohlaví. Objektivizace se však přesunula i na muže a chlapce, kteří jsou vždy prezentováni silně, tvrdě, dominantně a nezranitelně.



**Obrázek 10.** Reálná fotografie versus konečná reklama (Kampaň Calvin Klein 2015)  
Zdroj: <http://www.justinbieberzone.com/wp-content/uploads/2015/01/justinbieber-fake->

Je naprosto evidentní, že vyobrazení modelek a modelů v reklamách jsou vykonstruovaná a nereálná, a není tedy možné, aby v reálném životě takto někdo vypadal. I přesto však v soudobé společnosti dochází k poměrování s těmito obrazy a spotřebitelé věří, že po zakoupení daného produktu budou stejně krásní, štíhlí a šťastní, jako osoby vyobrazené v reklamě (Kilbourne, 2014).

### 2.3.4 Časopisy

Také v časopisech jsou k vidění nereálné obrazy modelů a modelek upravené pomocí retuše, avšak z hlediska vlivu na tělesné sebepojetí jedince je významný také obsah textů těchto časopisů. Přehlížen je zejména vliv ženských časopisů plných fotografií krásných žen a zaručených tipů pro rychlé zhubnutí. Stačí jen nahlídnout na titulní strany nejčtenějších časopisů pro ženy v České republice. Dle statistik Unie vydavatelů se nejčtenějšími časopisy pro ženy za třetí a čtvrté čtvrtletí roku 2018 staly “Chvilka pro tebe“ se 450 tisíci čtenáři na výtisk, “Blesk pro ženy“ s 446 tisíci čtenářů a “Vlasta“ s 231 tisíci čtenářů na výtisk (Unie vydavatelů, 2018). Časopis “Chvilka pro tebe“ je zaměřen spíše na luštění křížovek, životní



příběhy čtenářů a kulinářské recepty, zatímco “Blesk pro ženy“ mnohem více upírá pozornost na celebrity a všelijaké diety. To dosvědčuje i skutečnost, že i internetové stránky tohoto časopisu mají v hlavním navigačním panelu rubriku “Jak zhubnout“ (Jak zhubnout, 2018). I na titulní obálce časopisu “Vlasta“ si můžeme povšimnout nadpisu „Tipy, jak si udržují křivky ženy z různých koutů světa“. Společným znakem obálek všech časopisů je krásná a šťastně vypadající žena s bezchybnou pletí a postavou uprostřed.



**Obrázek 11.** Titulní strana časopisu Vlasta č. 52/2012

Zdroj: <http://media.vlasta.cz/photos/2012/12/19/9262-vlasta-522012-1.jpg>

Co se časopisů životního stylu pro ženy týče, nejoblíbenějšími z nich se v roce 2018 staly “Žena a život“ se 360 tisíci čtenářů, “Svět ženy“ s 357 tisíci čtenářů, a “Marianne“ se 181 tisíci čtenářů na výtisk. Mezi dívkami a mladými ženami do 39 let je nejoblíbenější časopis Joy se 127 tisíci čtenáři na výtisk (Unie vydavatelů, 2018). Titulní stránka časopisu “Žena a život“ z ledna 2018 jasně hlásá, že ústředním tématem tohoto čísla bude „Vaše nové tělo!“, zatímco číslo 03/2018 časopisu Joy přináší tajemství štíhlosti hollywoodských hereček. Jak je vidět na obrázku, obě titulní strany znovu ukazují krásné ženy – štíhlé modelky s dokonalou pletí bez nedostatků.



Obrázek 12. Titulní strana časopisu Blesk pro ženy č. 34/2018

Zdroj: [http://img.blesk.cz/img/1/gallery/1783052\\_titulka-titulni-strana-blesk-pro-zeny-casopis.jpg](http://img.blesk.cz/img/1/gallery/1783052_titulka-titulni-strana-blesk-pro-zeny-casopis.jpg)



Obrázek 13. Titulní strana Joy č.5/2018

Zdroj: <http://www.periodik.cz/predplatne/img/titulka.php?titul=3182>



Obrázek 14. Titulní strana časopisu Žena a Život č.7/2018

Zdroj: [http://www.bauermedia.cz/sites/default/files/imagecache/full/issue/1203/zz01\\_2015-01-07.jpg](http://www.bauermedia.cz/sites/default/files/imagecache/full/issue/1203/zz01_2015-01-07.jpg)

## 2.4 ZDRAVOTNÍ DOPAD NESPOKOJENOSTI S VLASTNÍM TĚLEM

To, jak jsme sami se sebou a svým tělem spokojeni, do značné míry ovlivňuje naše chování. Podle Fialové a Krcha (2012) jsou zde důležitým faktorem pocity, které k sobě jedinec chová, jak o sobě smýšlí a jak se domnívá, že o něm přemýšlí ostatní. Vliv, pramenící z pocitu vlastní hodnoty, se opírá o mínění ostatních osob, a jestliže dochází k pravidelným pozitivním potvrzením naší osoby a tělesnosti, jsou tyto pocity zdrojem velmi silných a příjemných emocí. Zajímavé zjištění přinesly výsledky studií, jež potvrdily, že způsob, jakým vnímáme vlastní tělo, není udáván skutečnou velikostí a tvarem těla, ale subjektivním hodnocením jednotlivce, co to představuje mít určitý typ postavy v dané kulturní skupině. Lze tedy říci, že nespokojenost existuje v kontextu subjektivního a společensky podmíněného způsobu nazírání na vlastní tělo (Fialová & Krch, 2012). Negativní body image bývá často srovnávána s tzv. poruchami body image, avšak pouhou nespokojenost s vlastním tělem nemůžeme chápat jako adekvátně platný argument dysfunkce nebo poruchy tělesného sebepojetí. Tyto poruchy jsou Thompsonem definovány jako přetrvávající nespokojenost spojená s vnímáním vlastního vzhledu, která se projevuje zhoršením našeho pracovního fungování a sociálních interakcí (Cash, Phillips, Santos, & Hrabosky, 2004). Lidé s negativním BI se cítí

nedostatečně, neatraktivně a nepříjemně, kvůli čemuž u nich často dochází k porovnávání se s jedinci, kteří na rozdíl od nich vlastnosti svého těla přijímají. Jedinci trpící touto poruchou nevidí své tělo takové, jaké skutečně je, ale vidí ho zkresleně, v důsledku čehož ho následně odmítají. To, že lidé nejsou s určitými částmi svého těla spokojeni je podle Nordqvista (2014) však běžně se vyskytujícím a zcela normálním jevem. U mužů tato nespokojenost vychází zejména ze subjektivního vnímání míry jejich mužnosti podle objemu jejich svalové hmoty. U žen za nespokojenost nejčastěji může problematická oblast stehen, hýždí, boků a břišní krajiny (Cash et al., 2004). Zpočátku zdravý zájem může časem přerůst až v posedlost, zdravá výživa v chronické diety, střídme cvičení v kulturistické budování svalů, užívání volně dostupných doplňků stravy v užívání steroidních hormonů, formování těla v chirurgické zásahy (Fialová & Krch, 2012). Nespokojenost s určitou tělesnou partií může vést k zobecnění a odmítnutí těla jako celku. Situace nabývá na závažnosti v momentě, kdy tyto stavy přetrvávají po dlouhou dobu neměnné, přičemž pocity s tím spojené mají neblahý vliv na celkovou osobnost jedince a posilují výhrady k vlastní osobě. Takto nemocný člověk vidí svou nedokonalost i ve všem ostatním, co s tělesností ve skutečnosti nemá nic společného. Osobnost člověka, jeho inteligence, schopnosti a dovednosti, jsou člověkem s negativním BI vnímány nedostatečně (Willet, 2007). Jako důsledek tohoto jevu může docházet ke ztrátě posledních zbytků sebevědomí a smyslu života. Myšlení a sociální vztahy jsou neustále doprovázeny pocitem nedostatečnosti a studu, jedinci se mění nálada a vytrácí se motivace něco se sebou dělat. S klesajícím zájmem okolí a ubývání sociálních kontaktů naopak vzrůstá sebelítost a dochází k posilování pocitů méněcennosti, které vedou k pasivitě. Přirozenou reakcí na tyto stavy je únik před světem (Fialová & Krch, 2012).

### **2.4.1 Poruchy příjmu potravy**

Dle Vágnerové (2004) lze poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) definovat jako stav, kdy jedinec k řešení svých emocionálních problémů používá jídlo a neustále jej pronásledují myšlenky na tělesnou hmotnost, fyzický vzhled, stravování a jídlo samotné. Obecně lze říci, že veškerá pozornost jedince trpícího PPP je věnována oblastem života týkajících se jeho tělesného vzhledu. Tyto oblasti se pro takového jedince stávají prioritou v rámci jeho sebehodnocení a sebedefinování. Většina oblastí, o které se jedinec dříve intenzivně zajímal

ztrácí na své důležitosti a dochází u něj tak ke znatelné změně jeho pomyslného žebříčku hodnot. Tělesná hmotnost a fyzický vzhled jsou nakonec pro takového jedince důležitější než přátelé, rodina, společenský život a další aktivity.

Krch (2002) tvrdí, že největší riziko pro vznik těchto vážných psychických onemocnění představují dospívající dívky, které nejsou spokojené se svým tělem nebo ty, které vykazují jistý nesoulad mezi jejich skutečným a upřednostňovaným tělesným vzhledem. Nejčastější formy PPP – mentální anorexie a bulimie, jsou bohužel obvykle se vyskytujícím jevem v případech nespokojenosti s vlastním tělem a u adolescentních dívek se mohou vyskytovat i jako reakce na tělesné změny, které s sebou období dospívání přirozeně přináší. Negativní sociální reakce, neúspěšnost, vysmívání se pro fyzický vzhled a nízký sociální status, který je chybně interpretován jako důsledek tělesné odlišnosti, podle Vágnerové (2004) výrazně zvyšují riziko vzniku patologického vztahu k vlastnímu tělu a jídlu jako zásadnímu prostředku k jeho ovlivnění.

K prudkému nárůstu PPP dochází v současnosti v zemích západního světa mezi dospívajícími dívkami a ženami do 30 let. Dle výzkumu uskutečněného americkou společností EPM Communications v roce 2000 bylo zjištěno, že celkem 49% dospívajících dívek zná někoho, komu byla diagnostikována PPP. Pokud bychom na problém nahlíželi v rámci České republiky, Krch (2002) uvádí, že přibližně každé dvacáté dospívající dívce (tj. 4 až 6% z celkové populace) je diagnostikována mentální bulimie a mentální anorexie necelému 1% adolescentních dívek. Právě mentální anorexie a mentální bulimie jsou v českém prostředí nejvíce rozšířené PPP, v následujících odstavcích si však přiblížíme i ty méně obvyklé.

#### **2.4.2 Mentální anorexie**

Záměrné snižování tělesné hmotnosti je hlavním příznakem přítomnosti mentální anorexie. Úbytek tělesné hmotnosti není zapříčiněn tím, že by anorektici neměli chuť k jídlu, ale důvod je takový, že odmítají potravu přijímat z vlastní vůle. Toto své jednání před ostatními popírají a celkem často si vymýšlejí i nesmyslné důvody, proč jíst nemůžou. Teprve dlouhodobé odmítání jídla vede ke vzniku nechutenství. Marádová (2007) uvádí, že odepírání jídla je často střídáno zvýšenou chutí na jídlo, což je nejspíše zapříčiněno adaptační reakcí

organismu. Během krátkého časového intervalu anorektici snědí velké množství jídla, což s sebou přináší následné výčitky svědomí, které v nich vyvolává potřebu svoji chybu napravit. Někteří se pokouší pozřené jídlo vyzvracet, jiní zase zpřísní dietní režim nebo navýší intenzitu cvičení. Toto chování je podobné tomu u mentální bulimie. Zásadní rozdíl je v tom, že tělesná hmotnost bulimiček bývá většinou v normě, zatímco anorektici se vyznačují velmi nízkou tělesnou hmotností (Krch, 2010). Jedna část anorektiků se se svým tělem chlubí a žijí v představě, že jsou dokonale hubení, zatímco druhá část se snaží co nejdéle svou vyhublou postavu držet v tajnosti, aby si jí nikdo z rodiny a přátel nevšimnul, a nemohl jim tak jejich hladovění překazit. Krch (2010) dále podotýká, jak moc jsou anorektici nedůvěřiví ke všem, kdo se je snaží přimět jíst. Nemocní nabývají dojmu, že jim tyto lidé chtějí sebrat jejich štíhlou postavu a „ovládat“ je. I přesto že jejich tělesná hmotnost často dosahuje jen smutných 75% normální tělesné hmotnosti zdravého člověka, pořád si myslí, že nejsou dostatečně hubení a připadají si tlustě. Takto nízká hmotnost má za následek nedostatek energie, který obvykle vede až k omdlívání.

### **Specifické typy mentální anorexie**

Rozlišujeme dva specifické typy mentální anorexie. Jedná se o nebulimický (restriktivní) a bulimický (purgativní) typ. Rozdíl mezi těmito typy je v tom, že u nebulimického typu u anorektiků nedochází k opakovanému přejídání, zatímco u bulimického typu ano. U bulimických anorektiček lze očekávat více psychických odchylek, od poruch nálad, přes emoční labilitu a sebepoškozování, až po závislost na alkoholu a drogách. To je důvodem, proč je u těchto pacientů léčba daleko komplikovanější a delší, navíc s rizikem opětovného objevení příznaků nemoci (relaps) (Krch, 2010).

### **Diagnostická kritéria mentální anorexie**

Krch (2010) ukazuje na projevy, které jsou oficiálním vodítkem pro diagnostikování mentální anorexie dle mezinárodní statistické klasifikace nemocí (MKN-10).

Prvním jasným ukazatelem může být tělesná hmotnost jedince, která je 15% pod normou určité věkové nebo výškové skupiny, nebo pokud jeho BMI dosahuje hodnoty 17,5 (kg/m<sup>2</sup>) a méně. U pacientů dochází k neodpovídajícímu vnímání svého těla za doprovodu neustálého

strachu z přibrání na váze i přesto, že jsou vyhublí až na kost. Úbytku váhy se pacient snaží docílit sám tím, že hladoví, vyvolává si zvracení, užívá laxativa, anorektika, diuretika či nadměrně cvičí. Dalším ukazatelem může být vynechání menstruačního cyklu u žen alespoň třikrát po sobě za předpokladu, že pro jeho vynechání neexistuje jiný důvod.

Pokud nemoc propukne ještě před pubertou, dochází ke zpomalení, často i úplnému zastavení projevů dospívání, kterými mohou být výškový přírůstek u obou pohlaví, vývoj prsou a vynechání menstruace u dívek a vývin genitálií u chlapců. K dokončení puberty dochází po uzdravení, pouze menstruace u dívek bývá zpožděna.

Pro konečné stanovení diagnózy mentální anorexie je žádoucí nejprve vyřadit možnost přítomnosti somatických nebo duševních poruch, jež by mohly být příčinou nechutenství, nízké tělesné hmotnosti a poruch přijímání potravy. Ke ztrátě tělesné hmotnosti totiž dochází například i u nádorových onemocnění nebo toxikománie (Krch, 2005).

### **Negativní důsledky mentální anorexie**

U pacientů trpících mentální anorexií nejčastěji dochází k srdečním komplikacím a nízkému krevnímu tlaku, což může vést k nepříjemným závratím či dokonce k úplné ztrátě vědomí. Postižení trpí častými bolestmi břicha doprovázenými střídavým průjemem a zácpou a problémy s ledvinami, které mají za následek otoky nohou. Nedostatkem vitamínů a minerálů dochází k řídnutí kostí, a tedy případné náchylnosti ke zlomeninám. Za dalšími zdravotní neduhy stojí zase zvracení, které je příčinou vzniku velkého množství žaludečních šťáv, které ničí zubní sklovinu, a může vést až k zánětu jícnu nebo ke vzniku vředů. (Nývltová, 2008). Anorektici jsou přecitlivělí na zimu a snáze u nich dochází k podchlazení. Mívají suchou pokožku, která je někdy zbarvená až do žluta a je náchylná k praskání. Kvůli nedostatku živin dále nemocní trpí lámáním, dokonce až vypadáváním vlasů. Dále trpí bolestmi hlavy, únavou, depresemi a nízkým sebevědomím, jsou náchylnější ke vzniku modřin, nebo u nich může docházet k růstu ochlupení na místech, na kterých se předtím neobjevovalo. Mentální anorexie má negativní vliv i na spánek postižených, který v důsledku častých nočních můr není kvalitní a může vést až k nespavosti (Krch, 2010).

Vyjma již zmíněného vynechání menstruačního cyklu, který anorektičky většinou přijímají kladně jakožto zbavení se nepříjemné věci, má mentální anorexie logicky vliv i plodnost. To

je zapříčiněno hormonálními změnami, ke kterým u nich dochází. I pacientky trpící mentální anorexií však mohou otěhotnět. Avšak hrozí zde reálné riziko nedonošení, nízké porodní váhy a v krajním případě i smrt dítěte. Jestliže samotný porod proběhne bez komplikací, následné rodičovství je pro pacientky velice náročné. Za to může častá přítomnost psychických problémů a problémů s navazováním mezilidských vztahů, které se projeví ke vztahu k dítěti (Vandereycken, Norré, Krch a kol., 2005).

### **Léčba mentální anorexie**

Hlavní roli při léčbě mentální anorexie hraje volba té správné léčebné metody. Ta se určuje podle míry závažnosti příznaků, které se u pacienta vyskytují. Velice častou formou léčby je ambulantní sociální služba, tzv. denní stacionář. Jedinci trpící anorexií se zde přes den zúčastňují různých seminářů a jsou hlídány jejich stravovací návyky, zatímco na večer odcházejí domů. Tato léčba je účinná spíše v případech lehčí formy mentální anorexie (Papežová, 2010).

Nestačí-li léčba pomocí denních stacionářů, je zapotřebí léčba ambulantní, kdy má pacienty na starost lékař, který kromě jejich celkového zdravotního a psychického stavu pravidelně kontroluje také jejich váhové přírůstky (Papežová, 2010).

Jestliže je zdravotní stav pacienta příliš vážný, je zapotřebí okamžitá hospitalizace. Problémem však často bývá odhadnout, jestli daný pacient hospitalizovat potřebuje či nikoliv. Krch (2005) shrnuje podmínky, jak nutnost lékařské pomoci určit: Pokud pacient trpí těžkou podvýživou a je nutné, aby u něj došlo k návratu normální tělesné hmotnosti, je hospitalizace nutná. Dalšími popudy k hospitalizaci je, pokud u nemocného dochází k nadměrnému zvracení či užívání projímadel a pokud nastanou jiné problémy spojené s negativními projevy, například poškození jícnu při zvracení. Posledním důvodem k hospitalizaci jedince trpícího mentální anorexií může být jeho psychický stav – Pokud je psychický stav pacienta natolik vážný, že má lékař pocit, že by u něj mohlo dojít k těžkým depresím vedoucím až k sebevražedným sklonům. S léčbou mentální anorexie pomáhají farmaka, jako jsou antidepresiva, antidopaminergika a anxiolytika, které mají pozitivní vliv na psychiku pacienta.



Velmi důležité je obnovení a zlepšení stavu výživy. Pokud však k tomuto obnovení dojde příliš brzy, může to mít za následek i zhoršení zdravotního stavu pacienta. Z tohoto důvodu je tedy důležité stravovací návyky obnovovat velice pomalým tempem (Nývtová, 2008).

### **2.4.3 Mentální bulimie**

Dle Marádové (2007) je mentální bulimie definována pocitem velkého hladu a s ním doprovázenými záchvaty přejídání s následným úmyslným zvracením. Lidé trpící touto chorobou také tíhnou k přehnanému kontrolování své tělesné hmotnosti, a to i v případech, kdy snědí pouze nepatrně více jídla, než je běžné u zdravých lidí. Je však známo, že bulimici dokážou pozřít i 10krát více jídla než zdraví jedinci. Přejídajícím záchvatům, kterými trpí, se bulimici snaží předcházet různými způsoby, jako jsou například nenakupování jídla, vyhazování potravin a ukryvání nebo znehodnocení jídla. Tyto zoufalé pokusy však nejsou nikdy účinné. Jakmile u bulimika dojde k potřebě přejíst se, jídlo si vždy okamžitě obstará nové. Pokud jsou v situaci kdy nové jídlo nemohou sehnat, jsou schopni dříve vyhozené jídlo vytáhnout z koše, či omýt potraviny znehodnocené saponátem a následně je sníst. K tomuto záchvatovitému přejídání dochází kvůli pocitu viny bulimika nejčastěji v soukromí (Cooper, 2014). Nejvyšší výskyt mentální bulimie lze pozorovat u osob mezi 16. a 30. rokem života. Nemoc jako taková se rozvíjí velice pomalu a nenápadně, poté však přejde do stádia, kdy se náhle stává velice nebezpečnou a velmi negativně zasahuje do života nemocného (Vágnerová, 2014). Nývtová (2008) uvádí, že dochází i k případům, kdy se v kombinaci s mentální bulimií vyskytne i mentální anorexie. Vágnerová (2014) dále uvádí, že ze všech nemocných se v průměru 30% zcela vyléčí, 40% se dále potýká s občasnými problémy a u zbylých 30% dojde k chronizaci potíží.

### **Specifické typy mentální bulimie**

Stejně jako u mentální anorexie, i u mentální bulimie rozlišujeme dva její specifické typy. U prvního, purgativního typu, dochází k pravidelným pokusům o vyvrácení potravy zvracením, nebo užíváním diuretik a laxativ. Druhý je typ nepurgativní, který vymezuje jedince se snahou svoji váhu redukovat přísnými dietami, hladovkami, popřípadě nepřiměřeným intenzivním cvičením (Vágnerová, 2014).

## **Diagnostická kritéria mentální bulimie**

Krch (2003) vymezuje diagnostická kritéria mentální bulimie ve třech bodech. Prvním z nich je neustálé přemýšlení o jídle, které následně vede k jeho nadměrné konzumaci v poměrně krátkém čase. Druhým bodem je naprosto nepřiměřený strach z obezity, doprovázený přehnanou kritikou ke vzhledu vlastní postavy. Posledním kritériálním bodem je, že po požití potravy jedinec cítí vinu a jídlo které snědl se snaží všemi všelijak vyvrátit (záměrným vyvoláním zvracení, užitím projímacích prostředků).

## **Negativní důsledky mentální bulimie**

Koutek (2008) tvrdí, že negativní důsledky mentální bulimie se velmi podobají těm, které provázejí mentální anorexii. Jde například o těžkou dehydrataci a narušení zubní skloviny v důsledku častého zvracení. Právě zvracení může mít také na svědomí zvětšení průušních uzlin, v důsledku čehož obličej vypadá širší a nemocní jedinci potom mají pocit, že přibrali na váze.

Velice běžné jsou také změny nálad závisející na aktuální schopnosti ovládnout se nad jídlem. Jediné, co bulimiky zajímá, je jídlo, a ostatnímu nepřikládají žádnou důležitost. Postupně přestávají jevit zájem o svou rodinu, přátele, partnera, sex apod. (Krch, 2003). Nývltová (2008) navíc uvádí, že je možné u bulimiků pozorovat rizikové chování. Hlavním problémem je neschopnost se ovládnout, která se mnohdy netýká jen jídla. Projevy rizikového chování u takovýchto jedinců tak můžou navíc být krádeže, nadměrná konzumace alkoholu atd.

## **Léčba mentální bulimie**

Obdobně jako v případě léčby mentální anorexie, v léčbě mentální bulimie hraje velkou roli psychický stav jedince, který je zapotřebí zlepšovat. Nejdůležitější je uvědomit si problém a veškerá rizika s ním spojená. Jestliže si nemocný nepřipustí, že trpí mentální bulimií, nemá žádnou šanci na úplné uzdravení. To samozřejmě platí i ostatních poruch příjmu potravy. Léčba je velmi podobná léčbě mentální anorexie, ať už ohledně realimentace, odborné lékařské pomoci či skupinových terapií. Každý pacienta dostává individuální léčbu, opírající se o přesnou diagnostiku jeho zdravotního stavu (Krch, 2003).

#### **2.4.4 Záchvatovité přejídání**

Záchvatovité přejídání souvisí s nekontrolovatelným přejídáním se stejně jako přechází dvě poruchy příjmu potravy. Stejně jako v případě anorexie a bulimie, i zde se vyskytují pravidelné záchvaty přejídání a následné pocity viny. Zásadní rozdíl mezi těmito poruchami je v tom, že jedinci postižení záchvatovitým přejídáním nepocítují potřebu potravy po požití vyvrátit, tak jako tomu je u bulimie. Často se ale v jídle omezují a někdy až hladoví. Na vině je opět neschopnost ovládnout se a uspokojit své potřeby něčím jiným než jídlem. Je známo, že jedinci trpící touto poruchou často trpí i nadváhou a obezitou. U postižených někdy dochází ke kompenzaci nadměrným navštěvováním fitness center. V těchto případech je velice těžké tuto poruchu včas diagnostikovat (Nývltová, 2008).

#### **Diagnostická kritéria záchvatovitého přejídání**

Existuje několik příznaků, podle kterých lze identifikovat jedince trpícího záchvatovitým přejídáním. Tito jedinci obvykle stále jedí, i když nemají hlad. Jedí podstatně rychleji, než je běžné u zdravých lidí. Jedí převážně v soukromí, protože na veřejnosti se ostýchají kvůli velikosti jejich porcí. Nepoznají, kdy jsou správně najedeni a jedí až do té doby, kdy je začne tlačit přeplněný žaludek. Posledním příznakem je, když se po přejedení dostavují pocity viny, deprese a nenávist vůči sobě.

Abychom mohli s jistotou říct, že se daný jedinec potýká s problémy se záchvatovitým přejídáním, musí k tomuto přejídání docházet 2x za týden po dobu alespoň šesti měsíců (Krch, 2005).

#### **Negativní důsledky záchvatovitého přejídání**

Negativními důsledky záchvatovitého přejídání jsou převážně nadváha a obezita. Ta s sebou přináší omezení pohybu, nadměrnou zátěž pro klouby a riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Krch, 2005).

#### **Léčba záchvatovitého přejídání**

Léčba je obdobná jako u mentální bulimie. Jestliže je jedinci diagnostikováno záchvatovité přejídání, je nezbytné kompletně přeměnit stravovací návyky a zlepšit jeho psychický stav (Krch, 2005).

## 2.4.5 Méně známé poruchy příjmu potravy

Následující poruchy příjmu potravy nejsou příliš známé a ani jejich výskyt není nijak častý. Jestliže však dojde k podcenění prvotních příznaků, či odmítání odborné pomoci, dokážou tyto poruchy jedinci zkomplikovat život naprosto stejně jako ty známější a v žádném případě nesmí být brány na lehkou váhu.

### **Bigorexie**

Bigorexie, též známá jako Adonisův komplex nebo svalová dysmorfie, je velmi vážná porucha s negativním dopadem na psychiku a společenský život postiženého. O této nepříliš známé poruše příjmu potravy, se v posledních letech začíná stále více diskutovat (Papežová, 2010). První zmínka o ni přišla v roce 1993, kdy však nesla jiný název, než který známe dnes. Popem, Katz a Hudson (1993) ji nazvali jako tzv. “reverzní anorexií”.

Shodně s ostatními poruchami příjmu potravy, i u bigorexie se jedná o zkreslené vnímání vlastního těla, přičemž bigorexií trpí převážně kulturisté. Jedincům trpícím bigorexií, i přes svalnatou postavu, připadá jejich svalstvo stále malé, nevypracované a slabé. Ze cvičení se jim postupně vytrácí veškerá zábava a zajímá je pouze vzhled. Snahu vypadat perfektně jsou tito jedinci schopni podpořit konzumací obrovského až nezdravého množství všelijakých suplementů, kterými jsou například spalovače tuku, kreatiny, doplňky pro zvýšení výkonu či anabolické steroidy. U bigorektiků jsou běžné i extrémní diety, ve kterých mnohdy váhu shazují i pomocí laxativ, diuretik, či zvracení. I z každodenních běžných činností se pro tyto jedince stává obrovský problém, jelikož naprostou většinu času věnují přípravám jídelníčku, tréninkových plánů či prohlížení se v zrcadle. Dochází i k ochlazení vtažů s rodinou a přáteli, protože jedinou prioritou je vždy pouze návštěva posilovny. I přesto, že bigorekticky neustále cvičí, za své tělo se stydí a ukázat ho na veřejnosti jim činí velký problém (Mosley, 2008). Papežová (2010) ve své publikaci uvádí, že podle studií 89% touží po tom mít o 14kg svalů více a vypadat jako nacvičení muži z fitness časopisů.

### **Diagnostická kritéria bigorexie**

Diagnostická kritéria byla stanovena profesorem a lékařem Harrisonem Popem (Pope, 1997) následovně. Prvním kritériem je, že jedinec trpí obsedantními myšlenkami a představami o

tom, nemá dostatečně svalnaté či štíhlé tělo. S tím je spojeno obsedantní dodržování výživového a cvičebního plánu, které jsou často sestaveny iracionálně a vynaložené úsilí neodpovídá vynaložené energii a času. Druhým kritériem je, že tyto myšlenky a představy vedou ke klinicky závažnému narušení společenských, pracovních či dalších důležitých sfér života jedince. Například jedinec často záměrně vynechává důležité společenské, pracovní či volnočasové aktivity, jelikož má nutkavé potřeby za každou cenu dodržet cvičební nebo dietní plán. Dále se takový jedinec často vyhýbá situacím, ve kterých by mělo dojít k odhalení jeho těla okolí, nebo tyto situace snáší s pocitem silné úzkosti. Jedinec trpící bigorexií také dále pokračuje v posilování, dodržování striktních diet nebo zneužívání anabolických steroidů i přesto, že si je vědom možných psychických a somatických poškození. Posledním, třetím, kritériem je, že primární zaměření tohoto chování a posedlosti spočívá v představě, že jedinec nemá dostatečnou muskulaturu nebo je příliš objemově malý.

### **Možné příčiny vzniku bigorexie**

Dnešní doba je pro lidi typická srovnáváním sebe a svojí postavy s ostatními lidmi v časopisech, na internetu, v televizi a podobně. To v některých jedincích způsobuje nutkání se měnit a touhu přiblížovat se aktuálnímu ideálu krásy. Tito jedinci se domnívají, že pokud budou často navštěvovat posilovnu a rozvinou si dostatečně mohutné svalstvo, ostatní lidé je budou respektovat a dostane se jim uznání (Griffiths & Murray, 2017).

Problémem je, že v tom, jak lidé sami sebe vnímají a jak je vnímá okolí, je mnohdy veliký rozdíl. Pokud nastane situace, kdy jedinec začne cítit nenávisť vůči svému tělu, začne zároveň nabývat dojmu, že se svým vzhledem nemůže být okolím nikdy přijat. Takových lidí, kteří jsou se svou postavou spokojeni a nechtěli by na ni nic měnit, je velice málo. Příčinami vzniku bigorexie mohou být i výjimečné situace jako například ztráta blízké osoby, ztráta zaměstnání, nevyhovující vztahy s rodinou, šikana či nemoc, kdy jsou návštěvy posiloven použity jako ochranný reflex (Papežová, 2010).

### **Negativní důsledky bigorexie**

Stejně jako všechny předchozí poruchy příjmu potravy, i bigorexie s sebou nese mnoho nepříznivých dopadů na lidský organismus.

Velice častým problémem v důsledku posedlosti sebou samým, je utlumení emocí a neschopnost je vyjadřovat. S tím souvisí i neschopnost či velice omezená schopnost navazovat sociální vztahy mimo posilovnu. Vztahy, které úspěšně navazují v posilovně jsou většinou pouze povrchní, čímž se ještě více prohlubuje jejich samota. Pro bigorektiky je též typické odmítání rad a názorů od ostatních osob, které se neshodují s jejich myšlením a názory. Také plánování budoucnosti je pro osoby trpící bigorexií velmi obtížné, jelikož se pohybují pouze v prostředí posiloven a běžnou realitu vnímají zkresleně. Z tohoto důvodu jsou schopni pouze plánování budoucnosti týkající se jejich posilování a stravy, přičemž plány týkající se běžného života pro ně často bývají nesplnitelné. Bigorektici nikdy nejsou se svým tělem spokojeni a neustále zintenzivňují tréninky, což je dostává do začarovaného kruhu, jelikož čím více svaloviny mají, tím více ji ještě chtějí mít. Svoji sílu si naprosto iracionálně zaměňují s mocí, když mají pocit, že díky mohutnějším svalům budou méně ohroženi. Nemocní se potýkají s každodenní ztrátou času přemýšlením nad vlastním tělem, které chtějí neustále zdokonalovat. Tyto myšlenky jsou tak intenzivní, že se časem pro jedince stávají vysilující. Neustálé kontrolování své hmotnosti a postavy pramení ze strachu ze selhání – tito jedinci intenzivně cvičí, protože prostě musí (Papežová, 2010).

### **Léčba bigorexie**

K léčbě bigorexie bývá nejčastěji využívána kognitivně behaviorální terapie (KBT). Nejedná se o terapii určenou pouze pro lidi trpící bigorexií, ale běžně je používána i u ostatních druhů poruch příjmu potravy. Hlavním úkolem terapie je zapojení vědomí a všech dalších procesů s ním spojeným. Pacient je záměrně vystaven nepříjemným či narušeným situacím, jejichž účelem je změnit u něj známky negativního myšlení a tím i celé jeho chování. Všechny tyto situace úzce souvisí s tělem jedince, jelikož právě tělo působí bigorektikům největší stres. Celá tato technika je odborně označována jako expozice (Veale & kol., 2001).

Dalším způsobem léčby bigorexie je kognitivní restrukturalizace. Tato terapie pracuje se zlými a zkreslenými myšlenkami, které mají vznik bigorexie na svědomí. Tato metoda se snaží o změnu automaticky tvořených, sociálně nežádoucích myšlenek a sebehodnocení. Princip léčby spočívá v tom, že se před pacientem co nejčastěji vyslovují pojmy jako “ideální“ a “dokonalá“ postava, které jsou jedinci nepříjemné a má s nimi problém pracovat.

Pozornost je v terapii dále cíleně zaměřena na ty části jedincova těla, se kterými je nejvíce nespokojený. Cílem je kompletní změna pacientova myšlení, která vede k výraznému zlepšení jeho zdravotního stavu. U jedinců trpících bigorexii je běžné perfekcionalistické myšlení, které se terapeut snaží všelijak zpochybňovat a tím ho eliminovat (Pope, 2005).

Další léčebnou metodou využívanou v boji s bigorexii je dialekticko behaviorální terapie (DBT). Ta byla původně užívána pro léčbu poruch osobnosti, později se však přišlo na to, že je účinná i v léčbě poruch příjmů potravy. Tato léčebná metoda se snaží vyřešit problém pacienta s ovládním svých emocí, když předpokládá, že narušené a negativní chování může být pouze způsob, pomocí kterého se pacient pokouší zvládnout nějakou těžkou životní situaci a vyrovnat se s ní (Pope, 2005).

Dalším způsobem léčby bigorexie je rodinná terapie. Jak už název naznačuje, u této metody hrají hlavní roli rodiče nemocného a jejich plná podpora, kdy za svou ratolest přebírají veškerou zodpovědnost a hlídají mu jeho stravu, i intenzitu cvičení (Murray & Griffiths, 2015).

## **Ortorexie**

Ortorexie je porucha příjmu potravy, kterou známe též jako posedlost zdravou výživou. Osoby trpící touto chorobou nekonzumují potraviny, které mají ve svém složení jakékoliv emulátory, aditiva či konzervanty. Jelikož se ale tyto látky vyskytují v naprosté většině dostupných potravin, množství přijaté potravy tak rapidně klesá. Potraviny, které jsou ochotni pozřít, přirozeně nepředstavují dostatečné množství látek a živin potřebných ke zdravému fungování organismu. Z tohoto důvodu je u jedinců trpících ortorexii běžná podvýživa. Stejně jako u ostatních poruch příjmu potravy, také ortorexie má zásadní dopad na sociální život jedince (Myslivečková, 2011).

## **Drunkorexie**

Drunkorexie je celkem neobvyklá porucha příjmu potravy, která se vyznačuje tím, že postižení jedinci, zejména dívky, se záměrně omezují v jídle jen proto, aby potom mohli vypít více alkoholu (Myslivečková, 2011). Kvůli vysokému množství kalorií obsažených v alkoholických nápojích, se obávají příbytku na váze a záměrně vynechávají jídla, aby jejich

energetický příjem zůstal v rovnováze. Jako u všech ostatních poruch příjmu potravy, i zde je opět příčinou nespokojenost s vlastní postavou a strach z přibrání na váze.

Alkohol, často požívaný na lačný žaludek, má velice neblahý vliv na organismus jedinců a velmi špatně se odbourává. Kvůli ztrátě zábran po požití alkoholu se dopady této poruchy týkají i psychické stránky pacienta (Eisenberg, Fitz, 2014).

#### **2.4.6 Zdraví ohrožující dietní extrémy**

V honbě za dokonalou postavou jsou někteří jedinci schopni obětovat téměř cokoliv, někdy paradoxně i samotné zdraví. Jedinci posedlí svým zevnějškem se s touhou docílit ideální štíhlosti často uchylují k extrémním způsobům. Krom v kapitole 2.5.5 již zmíněné *bigorexie*, kdy jedinec každodenně tráví dlouhé hodiny ve fitcentru posilováním a tvarováním své postavy, a *ortorexie*, tedy posedlosti zdravou výživou, mohou lidé své zdraví ohrozit i dodržováním špatně konstruovaných diet. Řeč je zejména o dietách, jejichž energetický příjem často nepřekračuje 800 kcal (3500 kJ) a ke kterým se v současnosti přistupuje jako k přísným nízkokalorickým dietám, které by měly být dodržovány výhradně pod drobnohledem odborníka (Hlúbik, Svačina, Sucharda a kol. 2014). Ke zrození trendu diet došlo někdy na přelomu 19. a 20. století. Romantismus nalézal zalíbení v étericky vypadajících bytostech, pannách s bledou tváří a vysokých, štíhlých mladých mužích. A stejně jako v současnosti, už tehdy byli lidé toužící po štíhlosti schopni zahodit svůj zdravý rozum a těmito zázrak slibujícími dietami se slepě řídit. Na ty nejzajímavější z nich se kriticky podíváme v následujících odstavcích.

#### **Fletcherismus**

Fletcherismus vymyslel na začátku 20. století ve Spojených Státech jistý Horace Fletcher a získal pro ni i tehdejší učence. Smýšlení bylo tenkrát jasné – Aby lidé byli štíhlí, bylo třeba, aby pozřeli co nejméně potravy. A tak Fletcher přišel s jednoduchou myšlenkou nepřirozeně dlouhého přežvykování potravy, kdy někdy šlo doslova jen o to vytáhnout z ní všechnu chuť a pak pevnou složku stravy vyplivnout, a jindy zase žvýkat sousto do té doby, než se strava stala tekutou. Zajímavým faktem je, že vedlejším cílem této myšlenky byla i snaha, aby se



lidé díky tomuto stravování zbavili potřeby častého vyměšování a na „velkou“ chodili jen jednou za dva týdny, a to zcela bez zápachu (Havlíček & Lamschová, 2010).

Rychlé hubnutí dodržováním této diety bylo zapříčiňováno takřka nulovým energetickým příjmem, kdy tělo trpělo nutričním nedostatkem s přidružením zdravotních problémů jako jsou závratě a bolesti hlavy, zažívací potíže a celková ztráta fyzické kondice. Úbytek tělesné hmotnosti se u takovýchto diet pohybuje v rozmezí okolo 2,5 kg za týden a délka jejich dodržování by v žádném případě neměla trvat déle než tři měsíce (Kissová 2013).

### **Octová dieta**

Octová dieta nebo dieta s jablečným octem, zažívala svůj největší rozmach na přelomu tisíciletí. Bylo totiž vědecky dokázáno, že kyselina octová aktivuje geny zodpovědné za spalování tukové tkáně. Ocet podporuje látkovou výměnu, zlepšuje trávení a omezuje hnilobné a kvasné procesy ve střevech. Ve zmíněné studii publikované v časopise *Journal of Agricultural and Food Chemistry* byla laboratorním myším do žaludku aplikována buď kyselina octová nebo voda. Všechny myši byly krmeny ve stejný čas stejnou potravou, přičemž u skupiny myši, kterým k ní byla přidávána kyselina octová, vědci zaznamenali o 10% menší nárůst tělesného tuku než u myši, které dostávaly pouhou vodu. To odstartovalo trend diet opírajících se o tvrzení, že když každý den přijmete dostatečné množství ideálně jablečného octa (lžící rozmíchanou ve vodě před každým jídlem), sníží se množství tuku ukládaného v rizikových partiích, jelikož ocet jeho část rozpustí. Octová dieta se těšila takové popularitě, že dnes je jablečný ocet dostupný i ve formě tobolek jako doplněk stravy (Havlíček & Lamschová, 2010).

Problém u octové diety není v tom, že by ocet nefungoval, ten vstřebávání tuků skutečně omezuje. Kámen úrazu se nachází v dávkování octa a době dodržování diety. Ocet, ve větším množství, málo ředěný a při dlouhodobém užívání škodí trávicí soustavě a způsobuje problémy jako naleptávání sliznice či chronické pálení žáhy a lidem, kteří už mají problémy se zažíváním, jejich potíže ještě prohloubí. Tato dieta by neměla být dodržována déle než dva týdny s tím, že po dvou týdnech je doporučována alespoň sedmi denní pauza s běžným jídelníčkem (Kissová, 2013).

## **Hollywoodská dieta**

Tato třídní dieta podle francouzské dietoložky France Aubry je také známá pod názvy „ovocná dieta“ nebo „dieta modelek“ slibuje ztrátu třech kilogramů tělesné hmotnosti během pouhých tří dnů. Podle pravidel této diety první den k snídani podáváme 250 g ananasu, ke svačině to samé, k obědu 1 banán, k druhé svačině opět 250 g ananasu a k večeři znovu banán. Druhý den se snídáně, oběd a večeře skládá ze 3 ks kiwi a obě svačiny ze 100 g hroznového vína. Třetí den se snídá 200 g hroznů, svačí 200 g ananasu, obědvá 4 ks kiwi, ke druhé svačině se jí 100 g ananasu a k večeři 100 g hroznů a 2 ks kiwi. (Havlíček & Lamschová, 2010).

Pokud se někdo rozhodne k dodržování této diety, musí počítat s poměrně častými pocity hladu způsobenými absencí komplexních sacharidů a bílkovin v kombinaci s rozkolísáním hladiny krevního cukru v důsledku výhradní konzumace ovoce. To je důvod, proč by se lidé, kteří mají problém s udržení hladiny cukru v krvi, měli této dietě vyhnout. Z hlediska účinnosti této diety je nutné podotknout, že slibovaná ztráta dvou až tří kilogramů tělesné hmotnosti je dána především rychlým odvodněním organismu a po ukončení diety je třeba počítat s jo-jo efektem. Právě strach z obávaného jo-jo efektu podpořený radostí z rychlého úbytku na váze může některé jedince vést k prodloužení diety, kdy dlouhodobou malnutricí riskují vážné zdravotní potíže. Adekvátní by bylo k této dietě přistupovat spíše jako k jakémusi třídnímu detoxikačnímu programu, který díky vysokému příjmu vitamínů, minerálů, přírodních cukrů a organické vody, do jisté míry pročistí tělo od škodlivých toxinů, které jej běžně zatěžují a brání jeho správné funkci (Svačina, Štěpán a kol., 2008).

## **Tukožroutská dieta**

Přestože se tato dieta neřadí zrovna mezi ty moderní a s aktuálními poznatky o racionálním stravování se v mnoha směrech rozchází, stále si nachází nové příznivce. Vidina rychlého úbytku tělesné hmotnosti v řádu 4-5 kg za týden je pro mnohé jedince lákavá i navzdory hrozbě jojo efektu a postrádání živin potřebných pro správné fungování organismu. Princip této diety spočívá v sedmidenní konzumaci jednoduchého zeleninového vývaru zvaného „tukožroutská polévka“, který, díky jeho minimálnímu obsahu kalorií, může člověk údajně konzumovat v jakémkoli množství. Filozofie diety dokonce tvrdí, že čím více polévky sníme,

tím více zhubneme. Pravidla této týdenní diety jsou taková, že první den je k polévce, která by měla tvořit největší podíl denní stravy, možné zkonsumovat i 1 kg jakéhokoliv ovoce, vyjma banánů. Druhý den se k požívání polévky přidá 1,5 kg čerstvé zeleniny. Třetí den se k libovolnému množství polévky může přidat jakékoliv ovoce a zelenina. Čtvrtý den si kromě polévky může jedinec dopřát 3 banány a 1-2 litry odtučněného mléka, čímž by měl zahnat touhu těla po cukrech. Pátý den se k polévce dovoluje zkonsumovat 200 g hovězího masa a maximálně 5 rajčat. Předposlední den je polévka doplněna 300 g hovězího, kuřecího nebo krůtího vařeného masa s libovolnou čerstvou zeleninou a sedmý den je jako doplňující pokrm uváděna suchá rýže s čerstvou zeleninou (Havlíček & Lamschová, 2010).

Při dodržování této i jakékoliv jiné diety dochází k tomu, že se tělo, postrádající určité látky, uchýlí k čerpání těchto chybějících látek ze svých uložených zásob. Dle názvu této diety by si většina lidí mohla myslet, že slibovaný úbytek 4-5 kg bude převážně v tucích, avšak pokud u sebe jedinec dodržující tuto týdenní dietu pozoruje tento úbytek tělesné hmotnosti, s největší pravděpodobností se jedná převážně o ztrátu vody a svalové hmoty. Naprostá většina tukových buněk tak v jeho těle zůstane i nadále a při následném návratu k běžné stravě u nich naopak dojde ještě ke zvětšení. Je tedy zřejmé, že tato polévková dieta nebude mít na hubnutí očekávaný vliv, avšak z hlediska detoxikace těla může mít i pozitivní účinek. Dieta je založena na příjmu poměrně velkého množství zeleniny, která obsahuje vlákninu, jež působí příznivě na pročištění střev. V důsledku tohoto zvýšeného podílu vlákniny ve stravě však také dochází k odvodnění organismu, což vyžaduje zvýšení příjmu tekutin. Při podlehnutí kouzlu rychlého zhubnutí a dodržování této diety po dobu delší než jeden týden, hrozí člověku bolesti hlavy a závratě, či zažívací potíže a ztráta fyzické kondice způsobená nutričním nedostatkem (Svačina, Štěpán a kol., 2008).

Jakákoliv dieta založená na konzumování pouze několika určitých druhů potravin nebo zvýšeném příjmu určitých živin na úkor ostatních, je z dlouhodobého hlediska naprosto nevhodná a pro lidské zdraví škodlivá. Takové diety nelze dodržovat celoživotně a po jejich ukončení dochází často k jo-jo efektu. Pro trvalé zhubnutí by měl být jídelníček pestrý a vyvážený, založený na konzumaci co nejméně průmyslově zpracovaných potravin. Nezastupitelnou roli při redukci váhy však hraje také dostatek spánku, odpočinku a samozřejmě pohybu (Havlíček & Lamschová, 2010).

## 2.5 SOUHRN

Cílem první části této diplomové práce bylo vyhodnocení některých rizikových oblastí propagovaných vzorů body image ve vztahu k možnostem poškození či oslabení zdraví. Na základě shromážděných informací z české i zahraniční literatury lze konstatovat, že 21. století sehraává z hlediska vlivu na body image populace naprosto klíčovou roli. Médii jsme každodenně doslova obklopeni a nezávisle na jejich druhu působí na názory a hodnotový systém každého z nás. Míru a moc tohoto vlivu nelze s přesností změřit, ale odborníci se shodují, že média jsou přinejmenším spolutvůrci a spolunositeli kultury a hodnot celé společnosti. Výzkumy tvrdí, že nejvlivnější skupinou mediálních prostředků vztahujících se k internalizaci tělesného ideálu, tedy se schopností ovlivňovat tělesnou spokojenost jedince jsou média zprostředkovávající obrázkovou formu, tedy sociální sítě, televize, časopisy, noviny, plošné reklamy apod. Taktéž je empiricky dokázáno, že tento vliv, který mají média na názory a postoje lidí, je nejsilnější ve smyslu upevňování již existujících postojů. Navzdory skutečnosti, že se nejedná primárně o začleňování nových hodnot, je to právě vliv spirálové spolupráce a vzájemného utvrzování mezi médii a společností, který dělá z okrajových názorů celospolečenské trendy. Sociokulturní tlak na jedince se nenápadně objevuje již ve velmi raném věku v podobě dětských hraček, kdy například dívčí panenky obsahují vysoký podíl sexualizovaného oblečení, tj. oblečení, které zdůrazňuje štíhlost a sexuálně přitažlivé tvary udávané ideálem euroamerické kultury. Existenci tohoto vlivu potvrzuje i výzkum od Brown a Slaughter (2011), ve kterém se všichni respondenti ve věku od 4 do 26 let shodli na tom, že atraktivní tělo je takové tělo, které je štíhlejší než obecně platný ideál. Z těchto poznatků vyplývá, že již u dětí předškolního věku je ideál štíhlosti médii prezentován a zůstává stabilní až do jejich dospělosti. Současné moderní pojetí ideálu krásy je plné předsudků a otázka štíhlosti je jedním z nich. Štíhlé tělo se stalo jakýmsi symbolem úspěchu, který člověk pomocí něj veřejně prezentuje. Mužům vystupujícím v reklamách se v digitálních programech mnohdy uměle zvětšují svaly, rozkrok a nohy, ženám se zase zužuje pas a stehna, zvětšují se oči a rty, vyhlazují se vrásky, pupínky, jizvy a zesvětluje se jim pleť. S touto „propagandou“ tělesného ideálu je úzce spjaté i rozšiřování mýtů o ideální hmotnosti, které jedince mnohdy vedou až k chronické posedlosti vlastním tělem a jeho podobou. Důsledkem této posedlosti může docházet ke ztrátě posledních zbytků

sebevědomí a smyslu života, kdy myšlení a sociální vztahy jedince neustále doprovází pocity nedostatečnosti a studu, a nakonec se vytrácí i motivace něco se sebou dělat. S klesajícím zájmem okolí a ubývání sociálních kontaktů vzrůstá sebelítost a dochází k posilování pocitů méněcennosti, které vedou k pasivitě a vzniku poruch příjmu potravy, k jejichž prudkému nárůstu v současnosti dochází v zemích západního světa mezi dospívajícími dívkami a ženami do 30 let. Dle výzkumu uskutečněného americkou společností EPM Communications v roce 2000 bylo zjištěno, že celkem 49% dospívajících dívek zná někoho, komu byla diagnostikována některá z poruch příjmu potravy. Pokud bychom na problém nahlíželi v rámci České republiky, Krch (2002) uvádí, že přibližně každé dvacáté dospívající dívce (tj. 4 až 6% z celkové populace) je diagnostikována mentální bulimie a mentální anorexie necelému 1% adolescentních dívek. Tato onemocnění s sebou přinášejí řadu zdravotních problémů, jako jsou například srdeční komplikace v důsledku nízkého krevního tlaku, časté bolesti břicha doprovázenými střídavým průjmem a zácpou a problémy s ledvinami, řídnutí kostí z důvodu nedostatku přijímaných vitamínů či záněty jícnu a vznik vředů důsledkem častého zvracení.

Existence zdravotních rizik spojených se slepým následováním společensky předkládaných vzorů ideálního vzhledu je tedy naprosto evidentní. Otázkou však zůstává, jak moc ovlivňuje tělesná hmotnost naši spokojenost s vlastní body image a úroveň zdraví. Zkoumáním tohoto vztahu se zabývá následující výzkumná část této práce.

## **3 VÝZKUMNÁ ČÁST**

### **3.1 Výzkumný cíl**

Dílčím cílem práce je posouzení stupně subjektivně vnímané spokojenosti dospělé populace mužů a žen s vlastním body image a zdravím ve vztahu k jejich BMI kategoriím.

**Z výše uvedených cílů vyplynuly následující úkoly:**

- Stanovení výzkumného souboru.
- Sestavení dotazníku.
- Utřídit, editovat a zpracovat získaná data, provést analýzu a vyhodnocení získaných výsledků včetně diskuse.
- Stanovit závěry a doporučení do praxe.

### **3.2 Výzkumné předpoklady**

1. Osoby s BMI v normě vykazují v porovnání s osobami s nadváhou či obezitou vyšší subjektivní spokojenost v oblastech zdraví a body image.
2. Ženy vykazují v oblasti body image nižší úroveň subjektivní spokojenosti než muži.

## **4 METODIKA**

### **4.1 Kvantitativní výzkum**

Kvantitativní výzkum se zabývá čistě numerickými údaji, přičemž jeho cílem je zjistit množství, rozsah či frekvenci výskytu zkoumaných jevů, které jsou dále matematicky zpracovávány Gavora (2010). Punch (2008) tvrdí, že podstata kvantitativního výzkumu spočívá ve zkoumání vzájemných vztahů mezi jednotlivými proměnnými, kdy výzkumník nahlíží na realitu jako na proměnné a jeho konečným cílem je zjistit, jak a proč jsou tyto proměnné na sobě závislé. Základem tohoto přístupu, který je založen na tzv. logickém pozitivismu, je existence jedné objektivní reality, která je oproštěna od našich subjektivně vnímaných skutečností, přesvědčení a citů, přičemž kvantitativně orientované výzkumy nabízejí možnost jednoznačného a přesného vyjádření výzkumných údajů v podobě čísel. V porovnání s kvalitativním výzkumem, jehož hlavní charakteristikou je přítomnost více realit, danými tím, jak je jednotlivec nebo určitá skupina vymezi, je základem kvantitativního výzkumu ověřování platnosti teorií konstruovaných prostřednictvím konceptů, které jsou poté analyzovány pomocí daných statistických procedur. Cílem těchto konceptů je pak zjištění, zda jsou prediktivní teorie pravdivé či nikoliv (Gavora, 2010).

Dle Surynka, Komárkové, & Kašparové (2001) je důležitým aspektem kvantitativních výzkumů skutečnost, že zkoumané jevy by měly být vždy relativně jednoduché a známé.

### **4.2 Metoda dotazníkového šetření**

K získání dat byla zvolena písemná metoda dotazníkového šetření, tedy standardizovaného výzkumného nástroje, jehož princip je založen na písemném kladení otázek se získáním písemných odpovědí od respondentů. Jedná se o techniku poskytující vysoce standardizovaná data (Sedláková, 2014). Díky vysoké míře standardizace, kdy jsou všem dotazovaným zajištěny stejné podmínky, dotazník zajišťuje srovnatelnost výsledných dat a zároveň přispívá ke zvýšení jejich reliability, přičemž z hlediska získávání hromadných údajů je právě dotazník nejčastější metodou. I z toho důvodu představuje výzkumný nástroj, prostřednictvím kterého máme možnost získání velkého množství informací za poměrně

krátký čas. Další obecnou výhodou použití metody dotazníkového šetření je schopnost získávání data z velkých souborů a poměrně nenáročná administrace (Gavora, 2010)

Nevýhodou dotazníkového šetření je nejistota, že všichni dotazovaní chápou standardizované otázky stejně a navíc tak, jak to plánoval výzkumník. Další nevýhodou této metody může být i velká redukce získávaných dat, k níž dochází při jejich standardizaci a převodu do statisticky zpracovatelných informací. Právě to může být zásadním problémem, pokud zkoumáme nestandardní populaci. V těchto případech použití dotazníkové metody šetření většinou není vhodné. Obecně lze říci, že vhodnost použití této metody vždy záleží na míře adresnosti otázek, na tom, jak přesná data chceme získat a na tom, jak se nám podaří respondenty přesvědčit o důvěryhodnosti a anonymitě výzkumu (Sedláková, 2014).

Vytvoření dotazníku a následný sběr dat pro účely této práce byl realizován v dubnu 2020. Samotný dotazník (Příloha I.) byl respondentům poskytnut prostřednictvím sdílení na sociálních sítích a celkem se ho zúčastnilo 80 dospělých jedinců, z toho rovnoměrně 40 mužů a 40 žen, přičemž jejich věkové rozpětí činilo 18–76 let jejich průměrný věk se ustálil na 32 letech. V rámci šetření probandi odpovídali na otázky ohledně jejich tělesné výšky a hmotnosti, prostřednictvím čehož byla u každého z nich vypočítána hodnota BMI. K hodnocení oblasti zdraví a subjektivně vnímané spokojenosti s ním byly využity otázky ze standardizovaného *Dotazníku životní spokojenosti*. V poslední otázce dotazníku pak každý z probandů posuzoval aktuální míru spokojenosti se svým body image.

#### **4.2.1 Dotazník životní spokojenosti**

Němečtí autoři Fahrenberg, Myrtek, Schumacher a Brähler vytvořili Dotazník životní spokojenosti (DŽS) v rámci výzkumné práce, která byla zaměřena na zotavnou fázi pacientů postižených kardiovaskulárním onemocněním. Na základě jejich výzkumu, kterého se účastnilo celkem 2870 osob, byl DŽS standardizován, přičemž do českého prostředí byl uveden v roce 2001 společností Testcentrum Praha (Psychodiagnostika, 2003).

DŽS dokáže relativně spolehlivě zachytit individuální obraz celkové životní spokojenosti jak u jedince, tak u vybraných skupin populace. DŽS je navržen tak, aby získané informace mohly být srovnávány s průměrnými hodnotami populace, přičemž jeho aplikace je možná u respondentů starších 14 let (Psychodiagnostika, 2003).



Dotazník se skládá ze specificky orientovaných oblastí, jež společně utvářejí výslednou představu o úrovni životní spokojenosti probanda. Celková životní spokojenost je tvořena následujícími 10 oblastmi: zdraví; finanční situace; vlastní osoba; práce a zaměstnání; volný čas; přátelé; známí a příbuzní; sexualita; manželství a partnerství; vztah k vlastním dětem a bydlení.

Pro účely této práce byla klíčovou oblastí shledána oblast „Zdraví“, která je dále rozdělena do jednotlivých podkategorií čítajících celkem 7 výroků, kde se respondenti svým výběrem snaží vyjádřit svůj aktuální stupeň spokojenosti ohledně daného tématu. Svou spokojenost vyjadřovali pomocí sedmistupňové škály, kde naprostou spokojenost představovalo číslo 7 a naprostou nespokojenost číslo 1. Výroky zní: *Se svým tělesným zdravotním stavem jsem...*; *Se svou duševní kondicí jsem...*; *Se svou tělesnou kondicí jsem...*; *Se svou duševní výkonností jsem...*; *Se svou obranyschopností vůči nemocem jsem...*; *Když přemýšlím nad tím, jak často mám bolesti, jsem...*; *Když přemýšlím nad tím, jak často jsem až dosud byl/a nemocný/ná jsem....*

Součet skóre všech zmíněných sub položek pak udává výslednou úroveň spokojenosti s celkovým zdravím respondenta.

#### **4.2.2 Posouzení míry spokojenosti s vlastním body image**

Aktuální míra celkové spokojenosti se svým tělem byla účastníky výzkumu hodnocena prostřednictvím odpovědi na otázku: „*Ohodnoťte stupeň Vaší aktuální, celkové, subjektivně vnímané míry spokojenosti se svým tělem.*“ Každý z probandů zaznačil míru spokojenosti se svým BI na stupnici bodové škály v rozmezí 0–10 bodů, přičemž nejnižší úroveň spokojenosti označovala hodnota 0 a nejvyšší pak hodnota 10. Touto částí dotazníku je reprezentována oblast subjektivně vnímané úrovně tělesného sebepojetí, které je Fialovou (2001) popisováno jako způsob, kterým člověk přemýšlí o vlastním těle, jak ho cítí a vnímá. Můžeme sem zařadit veškeré představy člověka mající vztah k jeho vlastní tělesné schránce, v nichž je klíčová složka tvořena otázkami spojenými s odhadem velikosti těla, hodnocením míry jeho přitažlivosti, a emocemi spojenými s jeho velikostí a tvarem.

### 4.3 Výpočet hodnoty BMI

Body mass index (BMI) neboli index tělesné hmoty je jedním z nejznámějších a nejužívanějších proporcionálních indexů, jež vyjadřuje vztah mezi tělesnou výškou a hmotností jedince (Stejskal, 2004). Jedná se o jednoduchý nástroj ke klasifikaci tělesné podváhy, normální váhy či obezity, díky čemuž je odborníky považován za důležitý ukazatel rizika hromadných neinfekčních chorob, mezi které řadíme právě například obezitu. Kromě již zmíněné obezity se s rostoucí hodnotou BMI zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění, vysokého krevního tlaku, osteoartritidy, některých druhů rakovin a diabetu, které mohou vést k předčasnému úmrtí (WHO, n.d.). Index BMI tedy zároveň slouží jako jasný prediktor morbidity a mortality populace. Hodnota BMI je výsledkem výpočtu poměru tělesné hmotnosti v kilogramech a druhé mocniny tělesné výšky v metrech. Pro její určení jsou zapotřebí pouze informace o tělesné výšce a hmotnosti, kdy hmotnost by dle Stejskala (2004) měla být určována s přesností na 0,1 kg a výška s přesností na 1 cm. Výsledná hodnota je poté nejčastěji posuzována dle mezinárodní klasifikace WHO (n.d.a.).

Hodnota BMI byla u probandů vypočtena na základě jejich tělesné výšky a hmotnosti, které uvedli v dotazníku. Následně byla vyhotovena kategorizace podle indexu BMI do kategorií: normální hmotnost, nadváha a obezita. Výpočty probíhaly podle platného doporučení WHO, kde za optimální hodnoty (skupina *Normal*) jsou považovány hodnoty v rozpětí 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>, za nadváhu (skupina *Nadváha*) hodnoty v rozpětí 25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup> a hodnoty překračující 30 kg/m<sup>2</sup> (skupina *Obezita*) představují obezitu.

$$\text{BMI} = \text{hmotnost [kg]} : \text{výška}^2 \text{ [m]}$$

Obrázek 15. Vzorec pro výpočet hodnoty body mass indexu

### 4.4 Statistické zpracování dat

Data od respondentů týkající se jejich hmotnostně výškového indexu (BMI), oblasti zdraví z Dotazníku životní spokojenosti a posouzení subjektivně vnímané body image, byla následně statisticky zpracována. U zkoumaných proměnných proběhl výpočet základních statistických údajů, jako jsou aritmetický průměr a minimum a maximum každé ze sledovaných položek. Získaná data byla za účelem zlepšení přehlednosti práce následně převedena do konkrétních tabulek a grafů.

## 5 VÝSLEDKY

Pro účely výzkumného šetření byl použit upravený Dotazník životní spokojenosti zaměřený na oblast *Zdraví* zkoumající celkovou spokojenost s vlastním zdravím, a hodnotící škála vykonstruovaná k zaznamenání spokojenosti s vlastním BI. Výsledky jsou rozděleny dle jednotlivých částí dotazníku tak, aby jejich interpretace byla co nejpřehlednější. První výsledková část se zaměřuje na výsledky z DŽS, zatímco část druhá pojednává o výsledcích ohledně posouzení vlastní BI. Základní údaje o sledovaném souboru popisuje následující odstavec.

### 5.1 Základní charakteristiky sledovaného souboru

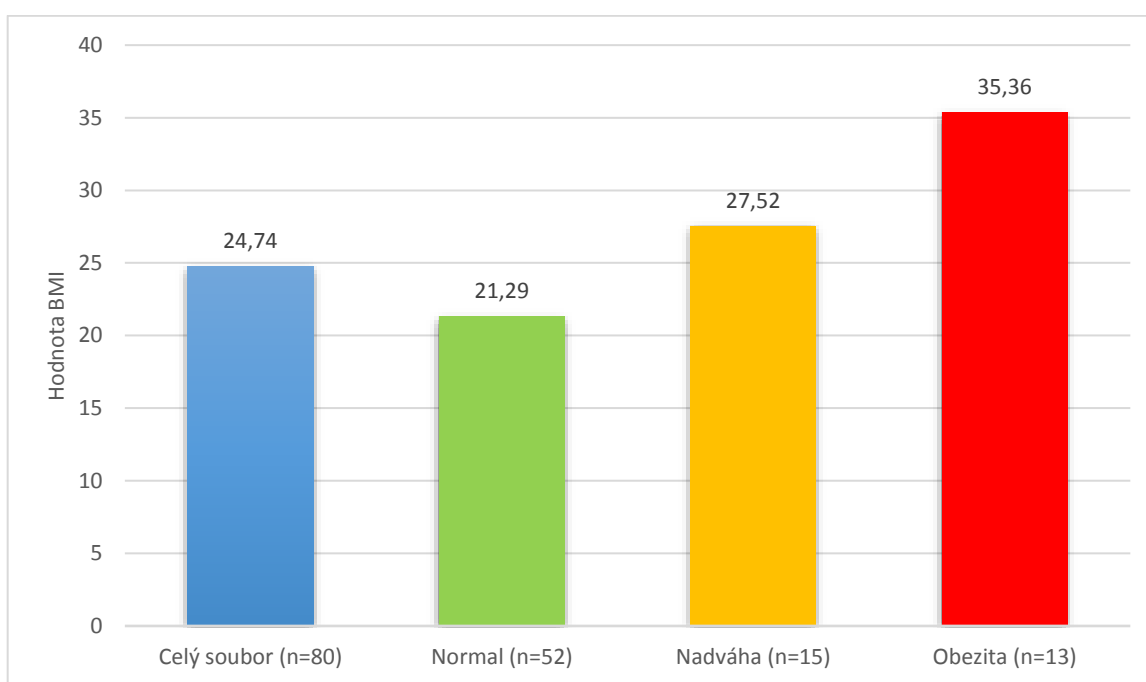
Celkově se výzkumu zúčastnilo 80 dospělých probandů, z toho shodně 40 mužů a 40 žen. Věkové rozpětí probandů se pohybovalo mezi 18-76 lety, přičemž jejich průměrný věk se ustálil na 32 letech. Průměrná tělesná výška činila 175 cm, kde nejnižší naměřenou hodnotou bylo 149 cm a 198 cm tou nejvyšší. Co se týče tělesné hmotnosti, nejnižší naměřenou hodnotou bylo 42 kg, nejvyšší hodnotou 119 kg, a průměrná tělesná hmotnost všech probandů činila 76 kg. BMI každého z probandů byl vypočítán na základě jimi poskytnutých informací ohledně jejich tělesné hmotnosti (kg) a tělesné výšky (cm). Dle směrnic WHO poté proběhlo rozřazení probandů do jednotlivých kategorií: *Normal*, *Nadváha*, *Obezita*.

	<i>Celý soubor (n=80)</i>			<i>Normal</i>	<i>Nadváha</i>	<i>Obezita</i>
	M	Min	Max	M	M	M
Věk (roky)	32	18	76	28	40	36
Tělesná výška (cm)	175	149	198	174,5	180	171
Tělesná hmotnost (kg)	76	42	119	65,5	89	103,5
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	24,74	18,5	40,01	21,29	27,52	35,36

**Tabulka 1.** Základní údaje o sledovaném souboru

Vysvětlivky: M = aritmetický průměr, Min = minimum, Max = maximum

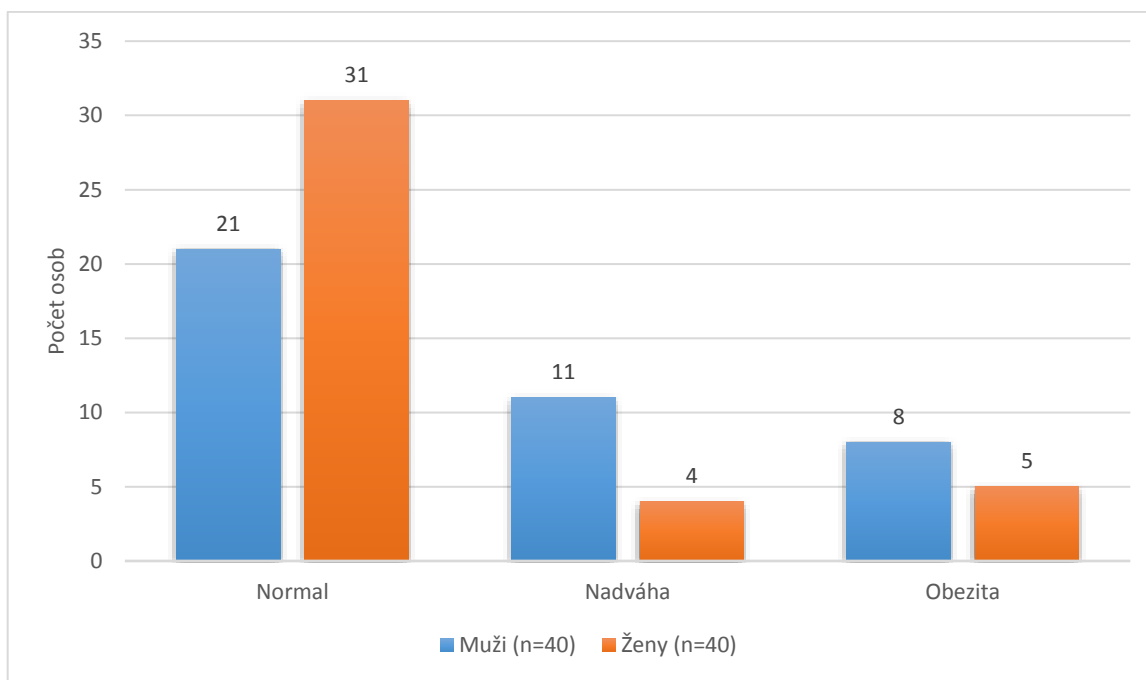
Následující Graf 1. zobrazuje průměrné hodnoty BMI jak celého souboru, tak i výsledných jednotlivých kategorií *Normal*, *Nadváha*, *Obezita*. Celková průměrná hodnota BMI zkoumaného souboru činila 24,74 kg/m<sup>2</sup>, která na základě doporučení WHO patří do oblasti *Normální* hmotnosti. Průměrnou naměřenou hodnotou v kategorii *Normal* bylo BMI 21,29 kg/m<sup>2</sup>, v kategorii *Nadváha* BMI 27,52 kg/m<sup>2</sup> a v kategorii *Obezita* 35,34 kg/m<sup>2</sup>. Jako nejnižší hodnotu se podařilo zaznamenat BMI 18,5 kg/m<sup>2</sup>, a naopak nejvyšší zaznamenanou hodnotou bylo BMI 40,01 kg/m<sup>2</sup>, která se podle WHO nachází až na samé hranici obezity 3. stupně.



**Graf 1.** Průměrné hodnoty BMI sledovaného souboru

Graf 2. ukazuje podíl zastoupení mužů a žen v jednotlivých kategoriích hodnot BMI. Kategorií s nejvyšší obsazeností se stala kategorie *Normal*, do které spadají všichni jedinci, jejichž hodnota BMI se pohybuje v rozmezí od 18,5 do 24,9 kg/m<sup>2</sup>. Celkem sem bylo zařazeno 52 jedinců, z toho 21 mužů a 31 žen, čímž tato kategorie tvořila 65 % z celkového počtu všech probandů. Nejméně obsazenou kategorií se stala kategorie *Obezita* charakteristická hodnotou BMI přesahující 30 kg/m<sup>2</sup>. Tato kategorie byla tvořena celkem 13 jedinci, z toho 5 ženami a 8 muži (celkem 16,25% z celého souboru). Kromě kategorie

*Normal* lze největší rozdíly v zastoupení obou pohlaví pozorovat v kategorii *Nadváha*, kterou tvořilo celkem 15 jedinců, z toho 11 mužů a pouze 4 ženy. Zatímco kategorie *Normal* je tvořena převážně ženami, kategorie *Nadváha* a *Obezita* našly větší zastoupení u mužského pohlaví.



**Graf 2.** Zastoupení mužů a žen v jednotlivých BMI kategoriích

## 5.2 Oblast Zdraví Dotazníku životní spokojenosti

Následující tabulka poskytuje souhrnné výsledky oblasti *Zdraví* DŽS všech probandů bez ohledu na pohlaví, či kategorie BMI. Z výsledků je patrné, že největší spokojenost probandů vykazovali v oblastech *četnosti nemocí* (5), *duševní kondice* (4,9) a *duševní výkonnost* (4,9). Vysoká spokojenost byla potvrzena i v oblastech *tělesného zdraví* (4,8) a *četnosti bolestí* (4,8). Naopak nejnižší hodnoty byly naměřeny v oblasti *fyzické kondice* (4,4) a nepatrně nižší hodnota byla zaznamenána v oblasti *obranyschopnosti* (4,7).

DŽS oblast <i>Zdraví</i>		M	Min	Max
TZ	Tělesné zdraví	4,8	1	7
DK	Duševní kondice	4,9	1	7
FK	Fyzická kondice	4,4	1	7
DV	Duševní výkonnost	4,9	1	7
OS	Obranyschopnost	4,7	2	7
ČB	Četnost bolestí	4,8	1	7
ČN	Četnost nemocí	5	1	7
Součet		33,5		

**Tabulka 2.** Souhrnné výsledky z oblasti *Zdraví* z Dotazníku životní spokojenosti

Vysvětlivky: M = aritmetický průměr, Min = minimum, Max = maximum

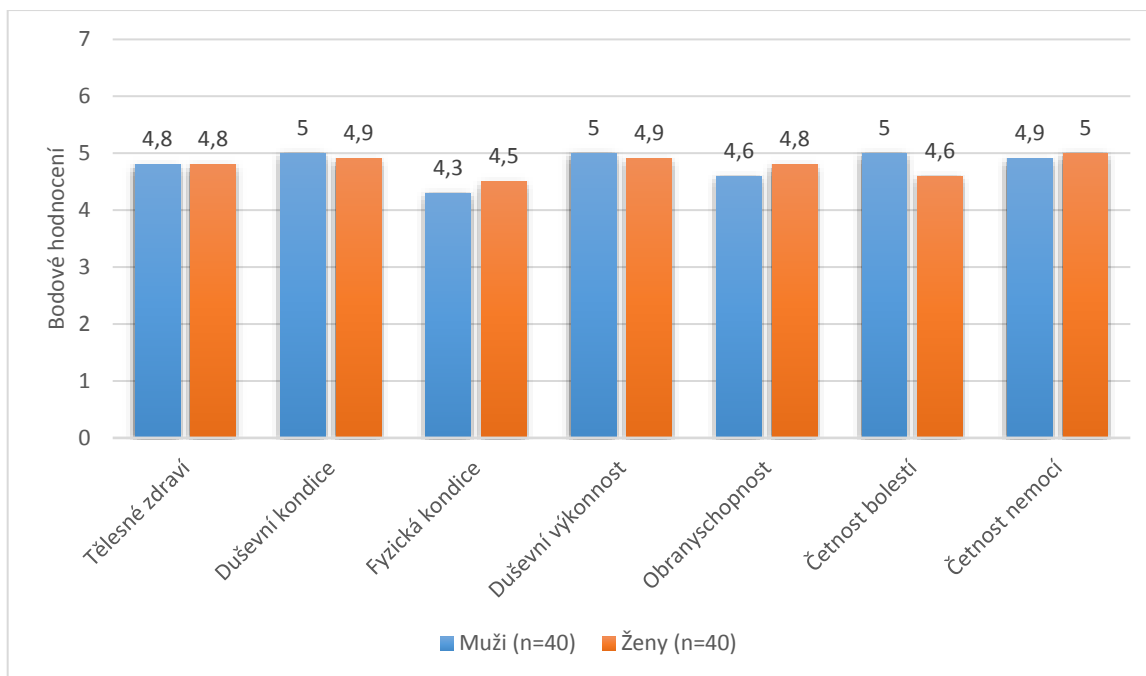
Pokud zaměříme svou pozornost na výsledky DŽS podle pohlaví probandů, zjistíme, že muži v průměru vykazují největší spokojenost v oblastech *duševní kondice*, *duševní výkonnosti* a *četnosti bolestí*. Všechny tři oblasti získaly celkem 5 bodů z maxima 7 bodů. Naopak nejméně spokojeni byli muži v oblasti své *fyzické kondice*, jejíž průměrné hodnocení se ustálilo na hodnotě 4,3.

Ženy vykazovaly největší spokojenost se svým zdravím v oblastech *četnosti nemocí* (5), *duševní kondice* (4,9) a *duševní výkonnosti* (4,9). Stejně jako muži, i ony nejhůře hodnotily oblast *fyzické kondice*, která získala průměrné hodnocení 4,5. Po sečtení všech 7 položek tvořící celkovou oblast *Zdraví* a porovnání výsledků vzhledem k pohlaví, zjistíme, že celková spokojenost se zdravím se u mužů (33,6) a žen (33,5) takřka neliší. Pro lepší orientaci ve výsledcích mezipohlavní rozdílnosti v hodnocení jednotlivých oblastí zdraví je k nahlédnutí Graf 3.

Oblasti	Muži			Ženy		
	M	Min	Max	M	Min	Max
TZ	4,8	1	7	4,8	1	7
DK	5	1	7	4,9	1	7
FK	4,3	1	7	4,5	1	7
DV	5	1	7	4,9	1	7
OS	4,6	2	7	4,8	2	7
ČB	5	1	7	4,6	1	7
ČN	4,9	1	7	5	1	7
Součet	33,6			33,5		

**Tabulka 3.** Výsledky z položky *Zdraví* z Dotazníku životní spokojenosti napříč pohlavími

Vysvětlivky: M = aritmetický průměr, Min = minimum, Max = maximum



**Graf 3.** Hodnocení jednotlivých položek z oblasti *Zdraví* z Dotazníku životní spokojenosti zdraví muži a ženami (max. 7 bodů)

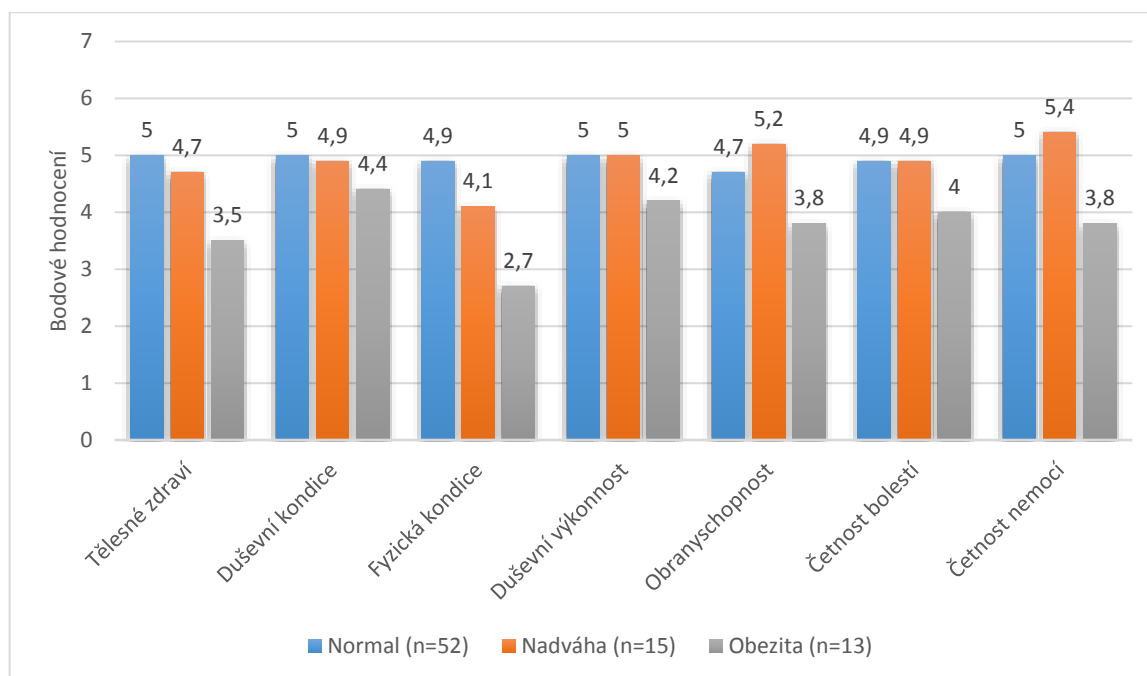
Rozčleněním zkoumaného souboru do BMI skupin (*Normal, Nadváha, Obezita*) došlo k získání průměrných hodnot jednotlivých oblastí zdraví DŽS dle jejich hodnocení danou skupinou. Ačkoliv se souhrnné hodnocení daných oblastí zdraví zprvu mohlo zdát podobné, podrobnějším přezkoumáním vztahu BMI skupin k jednotlivým oblastem zdraví vyšly najevo zásadní rozdílnosti.

	Normal		Nadváha		Obezita	
	M	Rozmezí	M	Rozmezí	M	Rozmezí
TZ	5	1–7	4,7	2–7	3,5	1–6
DK	5	1–7	4,9	2–7	4,4	1–7
FK	4,9	3–7	4,1	2–7	2,7	1–5
DV	5	1–7	5	3–7	4,2	1–6
OS	4,7	2–7	5,2	3–7	3,8	2–7
ČB	4,9	1–7	4,9	2–7	4	1–7
ČN	5	1–7	5,4	2–7	3,8	1–7
Součet	34,5		34,2		26,4	

**Tabulka 4.** Srovnání dat z jednotlivých oblastí *Zdraví* z Dotazníku životní spokojenosti ve vztahu k BMI kategoriím

Vysvětlivky: M = aritmetický průměr, Rozmezí = minimální – maximální hodnota

Při pohledu na Graf 4. lze jasně říci, že ve srovnání se skupinami *Normal* a *Nadváha*, jedinci patřící do skupiny *Obezita* vykazují nižší hodnoty v naprosto všech oblastech *Zdraví*, přičemž za jednoznačně nejhorší oblast (2,7) považují *fyzickou kondici*. Druhou nejhůře hodnocenou oblastí se u nich stala oblast *tělesného zdraví* (3,5). Celkem se svým hodnocením pod hranici 4 bodů dostalo u této skupiny 4 oblasti zdraví, přičemž výše zmíněná tělesná kondice byla hodnocena méně než 3 body. Naopak nejvíce spokojeni jsou obézní lidé se svou *duševní kondicí* (4,4) a *duševní výkonností* (4,2). Je však zcela evidentní, že celkově jsou tito jedinci se svým zdravím spokojeni méně než členové dvou zbývajících skupin. Členové skupiny *Normal* vykazují celkem stabilní spokojenost se všemi jednotlivými oblastmi, jejichž hodnoty se pohybují na hranici 5 ze 7 možných bodů. Co se hodnocení skupiny *Nadváha* týče, oblasti *duševní kondice*, *duševní výkonnosti* a *četnosti bolestí* se takřka shodují s hodnocením skupiny *Normal*, přičemž v oblasti *tělesného zdraví* bylo zaznamenáno nepatrně nižší hodnocení (4,7). Propad o téměř 1 bod oproti skupině *Normal* byl pak nalezen ve fyzické kondici. Na druhou stranu nejvyšší hodnoty dané skupiny vyšly u položek *obranyschopnost* (5,2) a *četnost nemocí* (5,4), kdy naměřené hodnoty dokonce přesahovaly hodnocení skupinou *Normal*.

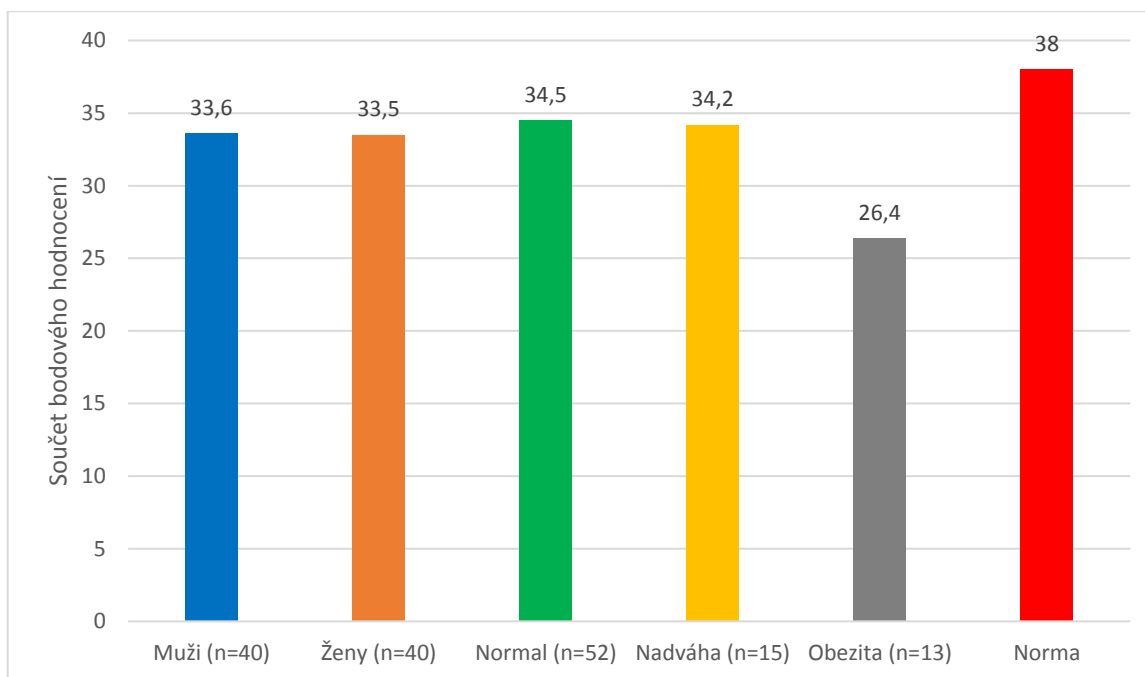


**Graf 4.** Srovnání skóre jednotlivých položek z oblasti *Zdraví* z Dotazníku životní spokojenosti dle BMI kategorií (max. 7 bodů)



Graf 5. nabízí komplexní pohled na vztah všech zkoumaných skupin na hodnocení oblasti *Zdraví* (DŽS) a zároveň poskytuje možnost porovnání s jeho platnou normou, která byla u tohoto standardizovaného nástroje stanovena na hodnotu 38 bodů. Všechny ilustrované kategorie jsou popsány celkovým skóre, které slouží k následnému porovnání.

Dané normě se nejvíce přibližují muži a ženy patřící do skupiny *Normal*, avšak nutno podotknout, že hodnocení jedinců patřících do skupiny *Nadváha* za nimi zaostává o pouhé 0,3 bodu. Obecně lze konstatovat, že obě pohlaví jsou se stavem svého zdraví téměř totožně spokojená. Své zdraví nejhůře hodnotí obézní jedinci, jejichž celkové skóre ztrácí na skóre všech ostatních skupin bezmála 7 bodů, přičemž od hranice normy je dělí více než 11 bodů. Na hranici 38 bodů však nedosahuje ani jedna ze zkoumaných skupin a lze tedy říci, že celková spokojenost všech probandů se svým zdravím je nižší než platná norma.



**Graf 5.** Srovnání celkového skóre z oblasti *Zdraví* z Dotazníku životní spokojenosti u všech zkoumaných skupin

### 5.3 Posouzení body image

Další zkoumanou oblastí v rámci výzkumného šetření bylo posouzení vlastního, subjektivně vnímaného tělesného sebepojetí– BI. K získání dat o spokojenosti s vlastním tělem byla využita jednoduchá 10 bodová škála, na které hodnota 0 představovala tvrzení „Se svým BI nejsem vůbec spokojen/a.“ a hodnota 10 pak „Se svým BI jsem maximálně spokojený/á.“

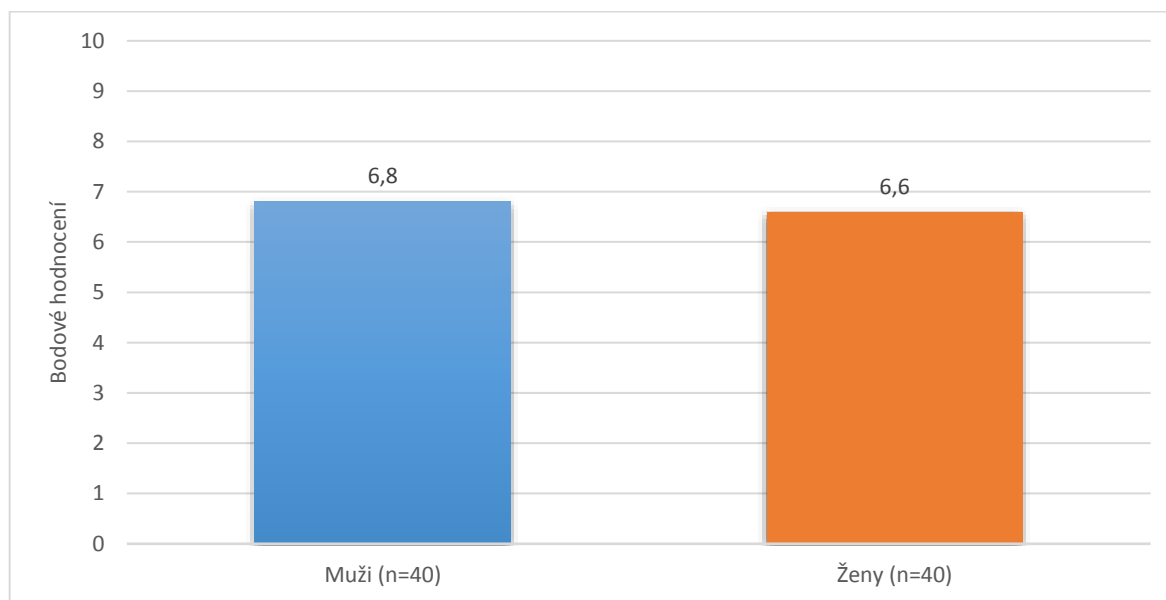
Tabulka 5 zobrazuje základní údaje o sledovaných skupinách (celý soubor, ženy, muži) a jejich subjektivního posouzení vlastního BI. Tabulka je dále doplněna základními statistickými údaji, kterými jsou aritmetický průměr (M) a rozmezí hodnot (Rozmezí).

	Celý soubor		Muži		Ženy	
	M	Rozmezí	M	Rozmezí	M	Rozmezí
Body image	6,7	1–7	6,8	1–7	6,6	1–7

**Tabulka 5.** Hodnocení body image celého souboru, mužů a žen

Vysvětlivky: M = aritmetický průměr, Rozmezí = minimální – maximální hodnota

Na Grafu 6. si můžeme všimnout rozdílu v posuzování BI obou pohlaví. Informace, že muži vnímají svou BI lépe než ženy a se svým tělem jsou lehce spokojenější, je evidentní. Muži dosáhli průměrné hodnoty 6,8 bodů z 10, zatímco ženy spokojenost se svým tělem ohodnotily průměrnou známkou 6,6 bodů z 10 bodů.



**Graf 6.** Výsledné skóre hodnocení body image ženami a muži (max. 10 bodů)

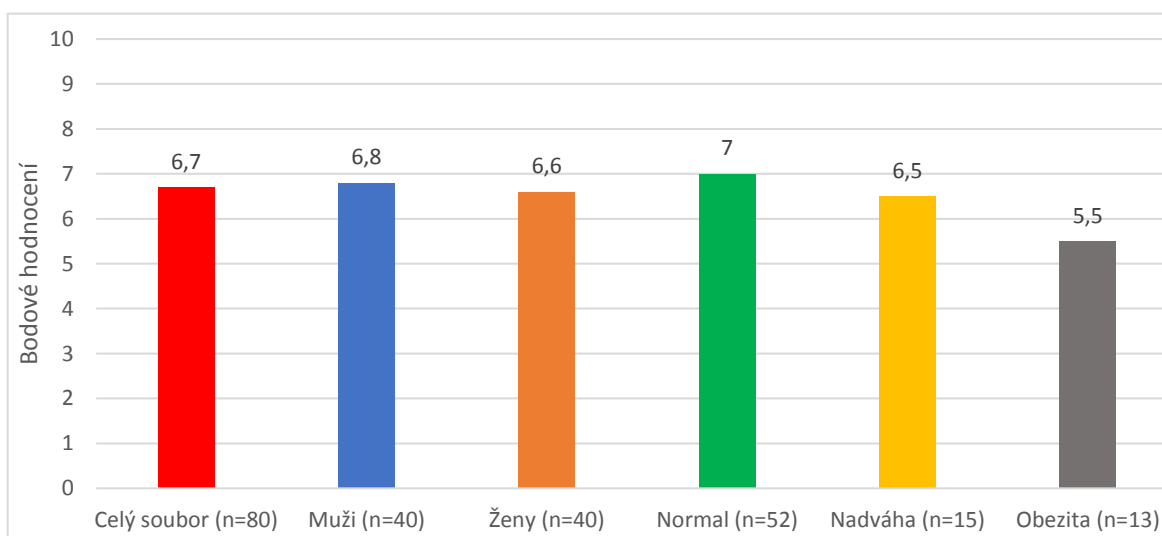
Následující tabulka prezentuje výsledky posouzení BI členy jednotlivých skupin *Normal*, *Nadváha*, *Obezita*. Dále jsou v tabulce k nahlédnutí minimální a maximální hodnoty udělené každou z výše zmíněných skupin. Jedinci patřící do skupiny *Normal* vykazují hodnotou 7,1 z 10 bodů nejvyšší spokojenost se svým tělem. Skupina *Nadváha* hodnotila svou BI průměrnou známkou 6,5 bodů a za skupinou *Normal* tak zaostává o 0,6 bodů. Nejméně spokojení se svým BI jsou obézní jedinci, jenž ohodnotili svou BI průměrnou hodnotou 5,5 bodů a od skupiny *Normal* se vzdalují na rozdíl 1,6 bodu.

	Normal			Nadváha			Obezita		
	M	Min	Max	M	Min	Max	M	Min	Max
BI	7,1	1	10	6,5	4	8	5,5	1	8

**Tabulka 6.** Hodnocení body image ve vztahu k BMI kategoriím

Vysvětlivky: M = aritmetický průměr, Min = minimum, Max = maximum, BI = body image

Graf 7. nabízí přehled celkového skóre posuzované BI všemi zkoumanými skupinami, tedy celým souborem bez rozdílu pohlaví a hodnoty BMI, ženami a muži, skupinou *Normal*, skupinou *Nadváha* a skupinou *Obezita*. Z grafu lze vyčíst, že muži vnímají své BI pozitivněji než ženy, které jsou se svým tělem obecně méně spokojeny. Pokud na problematiku posouzení BI nahlédneme z hlediska skupin BMI, tak nejvyšší skóre, a tudíž největší spokojenost vykazuje skupina jedinců *Normal* (7), zatímco nejhůře svou BI hodnotí obézní jedinci patřící do skupiny *Obezita* (5,5).

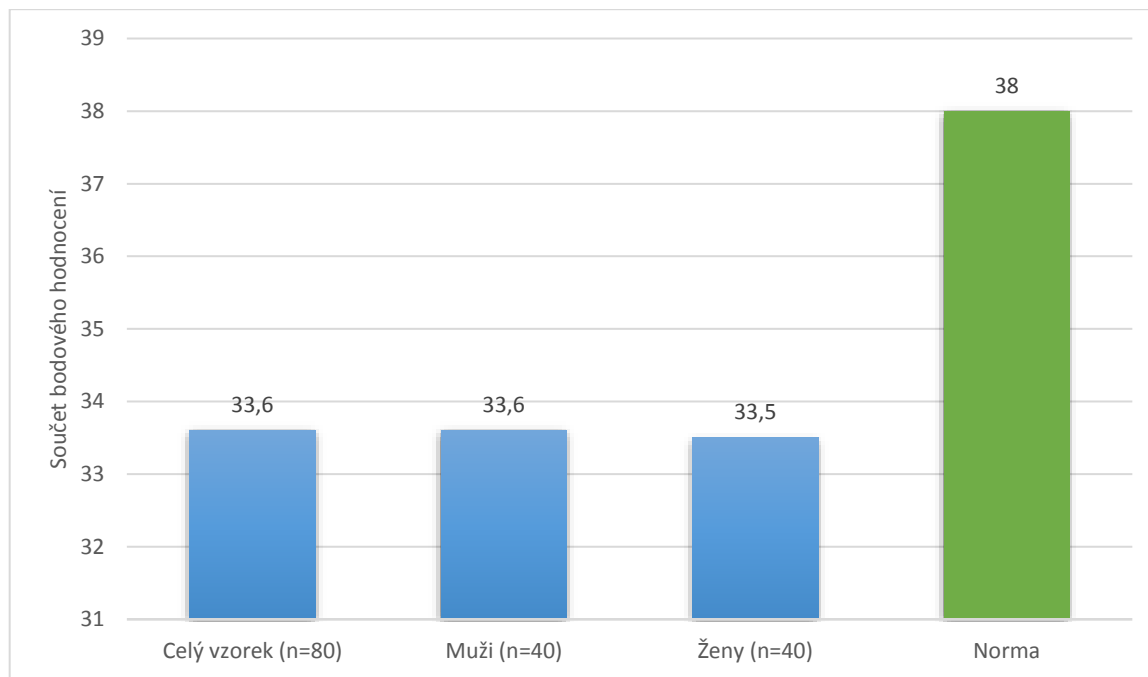


**Graf 7.** Porovnání hodnocení body image u všech zkoumaných skupin (max. 10 bodů)

## 6 DISKUZE

Tato kapitola slouží k bližšímu seznámení se s výsledky výzkumu, který byl zaměřen na dospělou populaci mužů a žen a týkal se jejich subjektivní spokojenosti se svým zdravím a BI– tím, jak sám vnímá, hodnotí a prožívá své vlastní tělo. Úvod kapitoly poslouží k shrnutí základních údajů o sledovaném souboru. Rozeslání dotazníků na sociální síti Facebook s následným sběrem dat proběhlo v dubnu 2020 a zúčastnilo se ho celkem 80 dospělých jedinců, z toho rovnoměrně 40 mužů a 40 žen, jejichž v věkové rozmezí činilo 18-76 let. Probandi v dotazníku odpovídali na základní informace o jejich pohlaví, věku a tělesné výšce a hmotnosti, na jejichž základě byla dodatečně u každého z probandů vypočítána hodnota BMI. Dále probandi administrovali modifikovaný DŽS, zaměřený na oblast *Zdraví*, a posuzovali subjektivní spokojenost s vlastním BI.

Statistickým zpracováním otázek DŽS bylo zjištěno výsledné skóre oblasti *Zdraví* a po rozčlenění zkoumaného souboru do skupin dle BMI bylo možné sledovat výsledné hodnoty i v rámci jednotlivých BMI skupin dle kategorizace WHO *Normal*, *Nadváha* a *Obezita*.

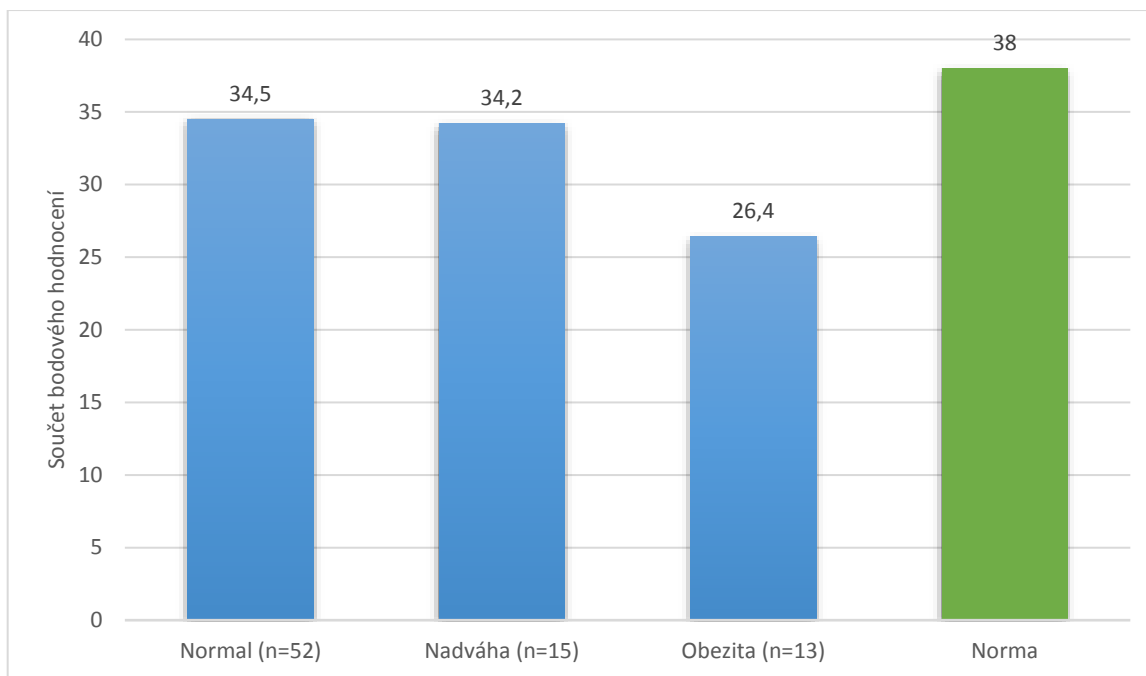


**Graf 8.** Celkové skóre z oblasti *Zdraví* z Dotazníku životní spokojenosti celého souboru, mužů a žen ve vztahu k normě

Graf 8. nabízí porovnání celkového skóre oblasti *Zdraví* získaného z DŽS s platnou hodnotou normativu. Z grafu lze vyčíst, že probandi, jež se zúčastnili tohoto výzkumu, nedosahují zdaleka takového skóre, jakého dosahuje ona normativní populace. Při zaměření pozornosti na hodnocení zdraví z pohledu obou pohlaví zvlášť zjistíme, že k dané normě se svým hodnocením přibližují nepatrně více muži a vykazují tak lehce vyšší spokojenost se svým zdravím než ženy. Nicméně oběma pohlavím chybí k dosažení normy 38 bodů bezmála 4,5 bodu.

McCullough a Laurenceau (2004) podnikli velice zajímavou studii, jejímž úkolem bylo zjistit subjektivní pohled na vlastní zdraví napříč dospělou populací. Celý výzkum probíhal téměř 60 let a bylo do něj zapojeno nad 1400 respondentů. Jedním ze závěrů výzkumu bylo zjištění, že věk hraje roli jednoho z důležitých faktorů, jenž ovlivňuje vnímání svého vlastního zdraví. Autoři studie podotýkají, že se spokojenost s úrovní vlastního zdraví s přibývajícím věkem zhoršuje, přičemž ke zlomu dochází někdy kolem 50. roku života. Do té doby prý míra spokojenosti s vlastním zdravím zůstává u obou pohlaví relativně stabilní a neměnná. Zároveň tato studie hovoří o skutečnosti, že v porovnání se ženami, muži vykazují obecně vyšší spokojenost se svým zdravím po celou dobu života, což podporují i výsledky našeho výzkumného šetření. Autoři však rovněž uvádí, že navzdory této skutečnosti je úpadek vnímané úrovně zdraví u mužů strmější než u opačného pohlaví. Kolem 80. roku života se ale, dle autorů, tento rozdíl ztrácí z důvodu vystavení těla řadě nemocí, které přicházejí společně se stářím. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* publikoval v roce 2003 podobnou studii, která potvrzuje fakt, že navzdory vyššímu věku, kterého se ženy dožívají, hodnotí své zdraví hůře než muži. Dle Williams (2011) je to zapříčiněno především tím, že se stávají náchylnějšími k onemocnění chronickými chorobami, kvůli čemuž se svým zdravím více zaobírají a pečují o něj.

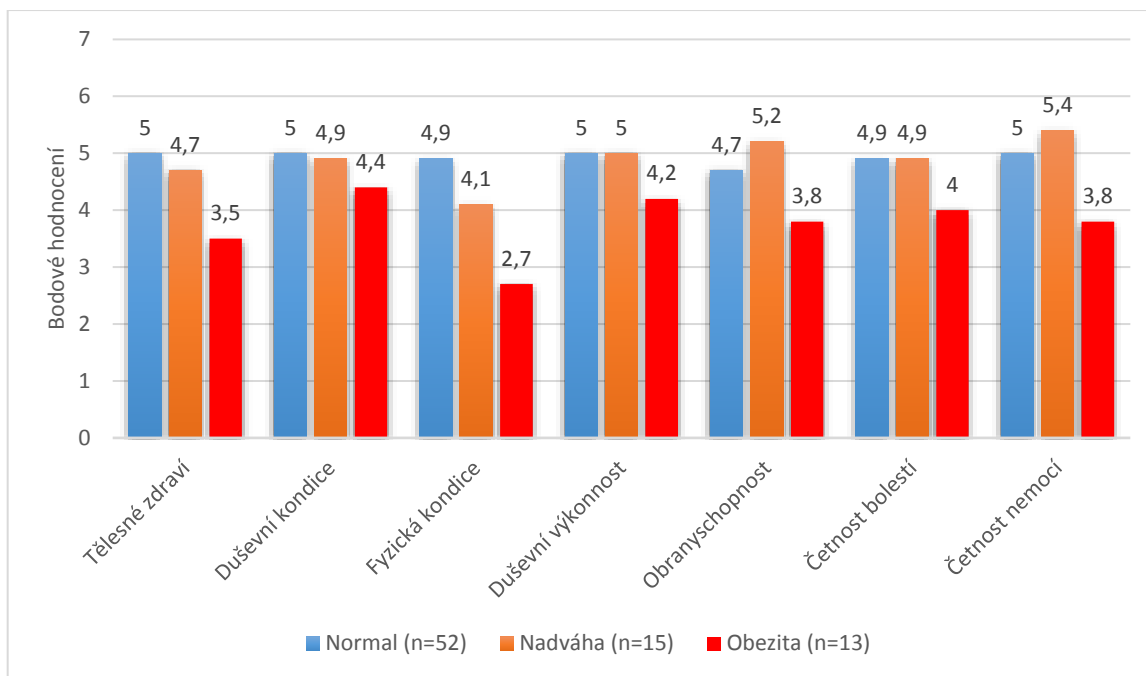
Pokud se zamyslíme nad věkovým rozpětím probandů, které se pohybovalo od 18 do 76 let a zahrnovalo jak období adolescence, tak období stáří, můžeme říci, že v posuzování míry spokojenosti s vlastním zdravím může vyjma běžně známých determinant zdraví hrát zásadní roli spolu s postojem k vlastnímu zdraví právě věk.



**Graf 9.** Celkové skóre z oblasti *Zdraví* z Dotazníku životní spokojenosti dle BMI skupin ve vztahu k normě

Na Grafu 9. lze sledovat srovnání dosaženého skóre v oblasti *Zdraví* v rámci jednotlivých BMI skupin. Můžeme si povšimnout, že skupina *Normal*, do které patří všichni jedinci, jejichž BMI se pohybuje v rozmezí 18,5 – 24,9 kg/m<sup>2</sup>, vykazuje nejvyšší hodnoty ze všech daných skupin. Jen o trochu hůře spokojenost se svým zdravím hodnotili jedinci patřící do skupiny *Nadváha*, jejichž hodnota BMI se pohybuje v rozmezí 25 – 29,9 kg/m<sup>2</sup>. Trochu očekávaně nejhorší hodnocení svého zdraví bylo naměřeno u obézních jedinců patřících do skupiny *Obezita*, která je charakteristická BMI hodnotou vyšší než 30 kg/m<sup>2</sup>.

V roce 2008 se touto problematikou rovněž zabýval projekt *Žij zdravě*, jehož výsledky korelují s výsledky tohoto výzkumu. Výše zmíněný projekt zjistil, že lidé obézní lidé pociťují obecně nižší spokojenost s faktory, které se týkají běžného života. Kromě spánku, sexuálního života a pracovní výkonnosti sem patří i spokojenost s vlastním zdravím. Výsledkem tohoto výzkumu bylo tvrzení, že s rostoucí hodnotou BMI klesá subjektivní spokojenost se všemi oblastmi každodenního života, tedy i oblastí zdraví (Matoulek, 2008).



**Graf 10.** Porovnání skóre jednotlivých položek z oblasti *Zdraví* z Dotazníku životní spokojenosti dle BMI kategorií

Pokud se blíže zaměříme na výsledky hodnocení jednotlivých oblastí *Zdraví* v rámci skupin *Normal*, *Nadváha* a *Obezita* na Grafu 10. zjistíme, že položkou, která byla souhrnně hodnocena nejhůře je *fyzická kondice*. Naopak nejlepší souhrnné hodnocení získala oblast *duševní kondice*. Zástupci skupiny *Normal* vykazují vyváženou spokojenost ve všech oblastech až na oblast *obranyschopnost*, kterou hodnotí nejnižší známkou (4,7).

Při pohledu na hodnocení skupiny *Nadváha* lze zpozorovat, že nejvyšší spokojenost její členové vykazují v oblasti *četnosti nemocí* a *obranyschopnosti*, kdy v obou dvou oblastech dokonce překonávají jedince patřící do skupiny *Normal*. Je zapotřebí mít na vědomí, že tyto dvě oblasti mezi sebou mají bezesporu úzkou souvislost, jelikož pokud je člověk obdařen dostatečnou obranyschopností vůči nemocem, dá se přirozeně předpokládat, že zdravotní stav takového jedince bude na dobré úrovni. Stejně jako u ostatních dvou skupin, i u skupiny *Nadváha* je zřetelná nejnižší spokojenost v oblasti *fyzické kondice*.

Obézní jedinci vykazují nejnižší spokojenost v naprosto všech oblastech *Zdraví*, přičemž absolutně nejméně jsou spokojeni v oblasti *fyzické kondice*, a naopak nejvyšší spokojenost vykazují v oblasti *duševní kondice* a *duševní výkonnosti*, o kterých Gurková (2011) tvrdí, že

jsou hlavním prediktorem kvality našich životů. Autorka zastává názor, že není důležité pouze fyzické zdraví, ale že pokud se jedinec necítí zdatný po psychické stránce, vnímání jeho vlastní kvality života a celkového zdraví nikdy nebude na ideální úrovni.

Jestliže se zaměříme na porovnání lidí s normální hmotností a lidí trpících obezitou, je jasné, že obézní jedinci nemohou být reálně spokojenější se svým zdravím než štíhlejší osoby. Toto tvrzení podporuje i Stejskal (2004), který o obezitě hovoří jako o jednom z nejzávažnějších rizikových faktorů majících vliv na vznik kardiovaskulárních onemocnění. Zároveň je lidem trpících obezitou přisuzována větší pravděpodobnost vzniku hromadných neinfekčních onemocnění, což dokládají i výsledky našeho výzkumu, které jasně potvrdily nespokojenost obézních jedinců se svou obranyschopností a četností nemocí. Kvůli vysoké hmotnosti jsou navíc vystaveni vzniku některých degenerativních kloubních potíží. Ačkoliv v našem výzkumu obézní jedinci určili duševní výkonnost a duševní kondici za své nejnejsilnější stránky zdraví, Stejskal (2004) podotýká, že pro tyto jedince je velice obtížné se prosadit v běžném životě a že daleko snadněji podléhají úzkostem a depresím.

K Stejskalovu (2004) tvrzení se přidává i rozsáhlá americká studie, která proběhla v roce 2000 ve Spojených státech amerických a byla zaměřena na vliv obezity na zdraví populace, jejíž vzorek byl složen z více než 10 tisíc dospělých probandů, když potvrdila, že obezita má jasně negativní vliv na hodnocení populace ohledně vlastního zdraví, a to nejen v přítomnosti nemoci či jiných chorobných stavů (Okosun, Choi, Matamoros, & Dever, 2001).

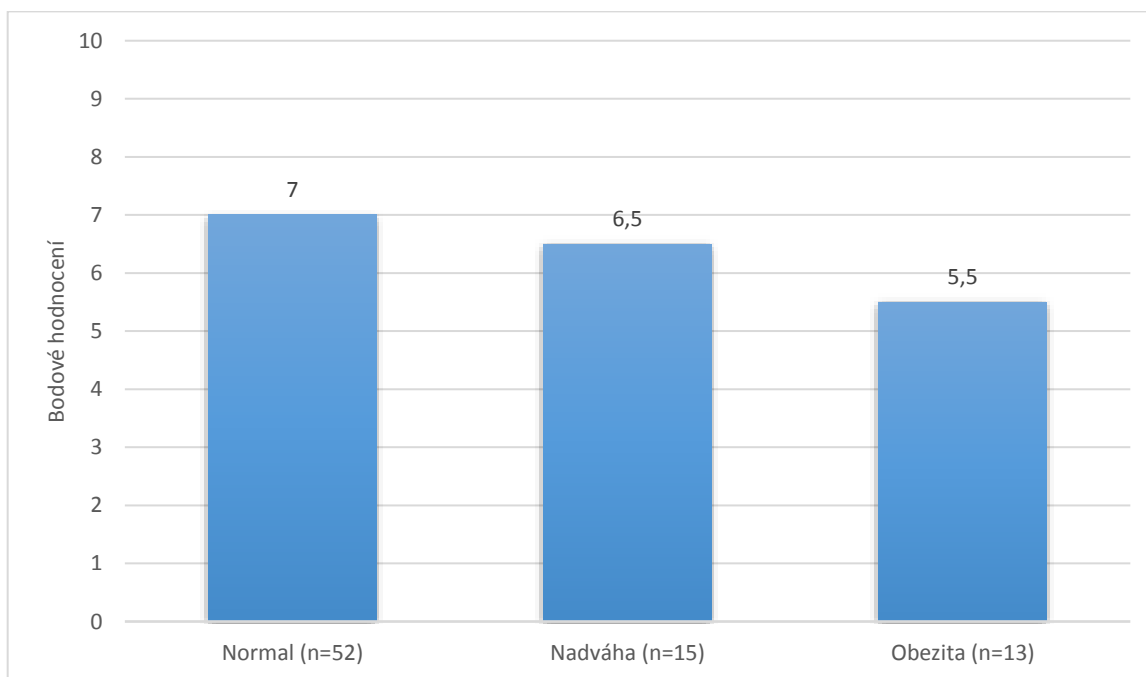
Co se týče výsledků posouzení spokojenosti se svým BI v rámci našeho výzkumu, velice zásadní byl rozsah nazírání na vlastní tělo. Základem bylo vytvoření si komplexního pohledu na vlastní tělo včetně všech jeho jednotlivých segmentů a subjektivně vnímanou fyzickou atraktivitu. To vše bylo zapotřebí zahrnout do výsledného hodnocení vlastní BI.

Pokud se zaměříme na výsledky výzkumu z pohledu obou pohlaví (Graf 7.), jasně vidíme, že muži jsou se svou subjektivně vnímanou BI spokojeni více než ženy. Ke stejnému závěru došla už řada zahraničních studií, které se zabývaly mezipohlavními rozdíly ve vnímání vlastního těla (Prevos, 2005). Tato skutečnost může být zapříčiněna tím, že ženy obecně se svým tělem a vzhledem začínají zabývat již od útlého věku a na rozdíl od mužů si také relativně brzy začínají uvědomovat vlastní zodpovědnost za svůj vzhled. Lev-Ari a Zohar (2013) podotýkají, že mužská touha po štíhlejší postavě není tak obvyklá, a to dokonce ani v



případech, kdy se jejich BMI vychyluje od normálu. Naproti tomu ženy v takovém případě mnohdy nalézají smysl svého bytí právě v boji za lepší postavou a lepším pocitem z vlastní BI. Studie Ludmily Fialové z roku 1994, která se zaměřila na problematiku základních složek BI, tedy vzhledu, zdraví a zdatnosti u českého obyvatelstva, taktéž potvrdila existenci určitého trendu, v kterém ženy zažívají nižší spokojenost se svým tělem a zároveň shledávají více problémů s ním spojených. Paradoxem je, že ačkoliv ženy svůj vzhled a zdraví hodnotí kritičtěji než muži, oproti mužům se svým tělem zabývají mnohem více a častěji pracují na problémech a nedostatcích s ním spojených. Fialová (2001) říká, že ženy svůj vzhled kontrolují více než opačné pohlaví, důsledkem čehož se u nich vyskytuje i přirozeně horší hodnocení vlastní BI

Zajímavou studii předkládá i Fox (1997), která se zabývala pozorováním odrazu těla probandů v zrcadle, kteří prostřednictvím něj posuzovali subjektivní spokojenost se svým tělesným vzhledem. Z výsledků studie vyplynulo, že 8 z 10 žen pociťuje při pohledu do zrcadla nespokojenost se svým vzhledem, přičemž více jak polovina z nich si o svém těle vytváří zkreslený a negativní obraz. Co se výsledků mužů týče, ti prý bývají s tím, co vidí častěji spokojeni. Obraz jejich těl jim bývá často lhostejný, přičemž na rozdíl od žen, své nedostatky mnohdy vůbec nevnímají jako nedostatky a nedokonalosti.

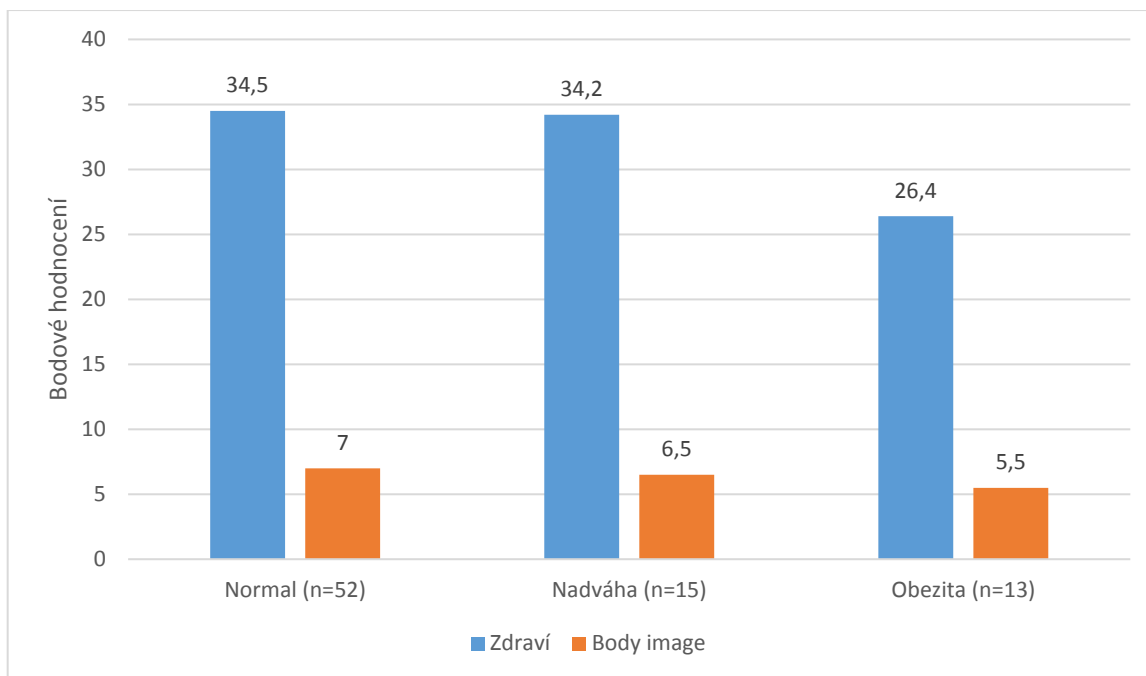


**Graf 11.** Srovnání výsledného skóre hodnocení body image dle jednotlivých BMI skupin

Zaměříme-li se na výsledky našeho zkoumání vzájemné propojenosti BI a BMI, které dále přibližuje Graf 11., zjistíme, že obdobně jako u posuzování subjektivní spokojenosti se svým zdravím, tak i v tomto případě jedinci s nadváhou a obezitou vnímají svou BI negativněji než jedinci spadající do kategorie s normální tělesnou hmotností. Bucchianeri et al. (2013) prostřednictvím výsledků svého dlouhodobého výzkumu podporuje toto tvrzení, když uvádí, že mezi spokojeností s vlastním BI a hodnotou BMI existuje úzká spojitost. Konkrétně vyzoroval, že pokud u jedince dojde ke zvýšení BMI v důsledku přibrání na váze, dojde k snížení spokojenosti se svou BI, která začne být vnímána jako nedostatečná. Obecně lze konstatovat, že s rostoucí tělesnou hmotností a BMI často dochází ke snížení subjektivní spokojenosti s vlastním tělem (Fialová & Krch, 2012).

Podle Fialové a Krcha (2012) je vlastní tělesný obraz výsledkem individuální zkušenosti získávané prostřednictvím vlastního těla, přičemž v mnoha směrech bývá ovlivněn i dalšími faktory, kterými jsou například normy společnosti a sociokulturní prostředí, v němž se jedinec vyskytuje, a média, kterým je během svého života vystavován. Dle autorů bylo rovněž dokázáno, že lidé, kteří jsou mediím vystavováni zvýšeně, často bývají daleko méně spokojeni se svým tělesným vzhledem a BI než lidé, kteří tomuto mediálnímu tlaku nečelí. Velkým vlivem je i současně společností přijímaný trend toho, jak by mělo ideální mužské a ženské tělo vypadat. Lidé s nadváhou či obezitou často svá těla neshledávají jako atraktivní kvůli pocitu, že se svým tělesným vzhledem vymykají společnosti určenému ideálu krásy. Tyto pocity vedou pak stojí za negativním ovlivněním spokojenosti s vlastním BI.

Graf 12 ilustruje vztah mezi objektivně změřenou hodnotou BMI a subjektivně vnímaným zdravím a BI u zkoumaných jedinců v rámci našeho výzkumu. K úplnému porozumění grafu je nutno podotknout, že norma pro oblast *Zdraví* z DŽS je stanovena na hodnotu 38, a maximální hodnota pro hodnocení body image je 10 bodů. Z výsledků výzkumu lze vyzorovat určitý trend: jedinci s normální hmotností, tedy jedinci s BMI v rozmezí 18,5-14,9 kg/m<sup>2</sup>, jsou ve srovnání se dvěma ostatními skupinami spokojenější jak se svým zdravím, tak i úrovní vlastní BI. Jedinci trpící nadváhou hodnotí obě oblasti o poznání hůře a vůbec nejhůře se jak po zdravotní stránce, tak v oblasti spokojenosti se svou BI cítí lidé trpící obezitou, jejichž BMI překračuje hranici 30 kg/m<sup>2</sup>. Z výsledků lze obecně konstatovat, že čím více se BMI oddaluje od normální hodnoty, tím méně jsou dotyční jedinci spokojeni jak se svým zdravím, tak se svým tělem.



**Graf 12.** Srovnání skóre z oblasti *Zdraví* z Dotazníku životní spokojenosti a vnímané body image dle jednotlivých BMI skupin

Pokud bych měl shrnout limitující faktory této práce, jako první bych uvedl věkové rozpětí sledovaného vzorku, které se pohybovalo od 18 do 76 let. Tím, že do vzorku byli zahrnuti jak adolescentní jedinci, tak i jedinci pokročilého věku, nebylo možné data interpretovat do kontextu jedné určité vývojové etapy.

Za další limitující faktor lze považovat i použití indexu tělesné hmotnosti jako objektivního nástroje vypovídajícího o normální hmotnosti, nadváze či obezitě probandů. Schwartz & Brownell (2003) totiž výstižně podotýkají, že BMI nelze považovat za plnohodnotný nástroj k měření naší tělesné složky, kdy například u sportovců, kteří disponují zvýšením podílem svaloviny, nemusí vždy vést k objektivnímu výsledku. I přes tuto skutečnost je BMI i nadále nevyužívanějším a zároveň velice jednoduchým nástrojem k posuzování lidské tělesnosti. Za další nedostatek této práce považuji i způsob získání dat o tělesné výšce a hmotnosti probandů, kdy tato data nebyla zjišťována měřením při osobním setkání, nýbrž pouhou otázkou v dotazníku. Takto získané údaje tak nemusely být za každých okolností pravdivé a přesné. Za limitující faktor může být do jisté míry považována i skutečnost, že v rámci této práce nebylo dále pracováno s dalšími podkategoriemi obezity, tedy obezitou I.-III. stupně.

## 7 ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Cílem této práce bylo vyhodnocení některých rizikových oblastí propagovaných vzorů body image ve vztahu k možnostem poškození či oslabení zdraví, součástí čehož byl i výzkum zaměřený na posouzení úrovně subjektivně vnímané spokojenosti se zdravím a BI u dospělé populace mužů a žen, ve vztahu k jejich BMI kategoriím. Výzkum probíhal v dubnu 2020 a zúčastnilo se ho celkem 80 dospělých jedinců, z toho rovnoměrně 40 mužů a 40 žen, jejichž věk se pohyboval v rozmezí 18-76 let. Průměrný věk zkoumaných osob činil 32 let.

BMI každého z probandů byl vypočítán na základě poskytnutých informací o jejich tělesné výšce a hmotnosti. Použití BMI k posouzení tělesnosti probandů se nabízelo jako nejobjektivnější možné řešení, na jehož základě byl zkoumaný soubor rozdělen do příslušných kategorií osob s normální hmotností, nadváhou a obezitou tak, jak doporučuje WHO. Ke změření míry spokojenosti s vlastním zdravím byla použita část standardizovaného *Dotazníku životní spokojenosti*, konkrétně část *Zdraví*, která se skládá ze 7 otázek komplexně zastřešujících kompletní oblasti dané problematiky. Úroveň spokojenosti s vlastní BI byla měřena pomocí jednoduchého nástroje–otázkou a hodnotící škálou v bodovém rozpětí 0-10 bodů. Výsledná známka vypovídající o probandově spokojenosti s vlastní BI byla utvářena prostřednictvím komplexního pohledu na jeho vlastní tělo včetně všech jeho jednotlivých segmentů, subjektivně vnímanou fyzickou atraktivitu a celkovou spokojenost s tělem jako celkem.

Výzkum dokázal, že ženy jsou v hodnocení svého zdraví i své BI skeptičtější než muži, čímž byl potvrzen výzkumný předpoklad č. 1. Jako nejproblematictější oblast svého zdraví vnímají ženy, stejně jako muži, svou fyzickou kondici. Muži jsou zase, vyjma fyzické kondice, nejméně spokojeni v oblasti obranyschopnosti. Nejlepšího hodnocení se u obou pohlaví dostalo oblastem četnosti nemocí, duševní kondice a duševní výkonnosti. V rámci jednotlivých BMI kategorií byla nejlépe hodnocenou oblastí duševní kondice, tou nejhůře pak úroveň fyzické kondice.

Výzkumy zahraničních i tuzemských autorů zabývajících se posouzením vlastní, subjektivně vnímané spokojenosti s BI, vesměs korelují s výsledky našeho výzkumu a potvrzují existenci současného trendu– s rostoucí hodnotou BMI klesá subjektivně vnímaná spokojenost s BI. V rámci této BMI kategorizace je dle výsledků výzkumu BI nejlépe hodnocena jedinci s

normální hmotností a nejhůře pak osobami trpícími obezitou. Dále lze konstatovat, že nejen úroveň subjektivně vnímané BI, ale i úroveň subjektivně vnímaného zdraví je lépe hodnocena jedinci, jejichž BMI se pohybuje ve sféře normálu než lidmi trpícími nadváhou či obezitou. Tento fakt potvrzuje výzkumný předpoklad č. 2.

Díky standardizaci DŽS lze námi získaná data z této části výzkumu dále využívat ke komparaci s dalšími výzkumy zabývajícími se podobnými tématy. Pro další studie týkající se oblasti body image by byla na místě standardizace komplexního diagnostického nástroje, jenž by respektoval české prostředí. Poznatky této diplomové práce dále potvrzují existenci mnoha zdravotních rizik spojených s bezmyšlenkovitým následováním společností předkládaných vizí o ideálním vzhledu lidské postavy a žádoucí tělesné hmotnosti, kterými je dnešní doba typická. Všechny námi stanovené cíle práce se podařilo splnit.

## 8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použité literatury

- BERGER, P. L. (2007): *Pozvání do sociologie: humanistická perspektiva*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu - Barrister & Principal.
- BERRY, B. (2008): *The Power of Looks. Social Stratification of Physical Appearance*. Burlington: Ashgate Publishing Company.
- BLATNÝ, M., HŘEBÍČKOVÁ, M., MILKOVÁ, K., PLHÁKOVÁ, A., ŘÍČAN, P., SLEZÁČKOVÁ, A., & STUHLÍKOVÁ, I. (2010): *Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- BÖSEROVÁ, J. (2011): *Body image v marketingu*. Diplomová práce, Vysoká škola ekonomická, Fakulta podnikohospodářská, Praha.
- BUCCHIANERI, M. M., ARIKIAN, A.J., HANNAN, P. J., EISENBERG, M. E., & NEUMARK-SZTAINER, D. (2013): *Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood*
- CASH, T. F. a kol. (2012): *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*. London: Elsevier. 903
- CASH, T. F., SMOLAKOVÁ, L. a kol. (2011): *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. New York: The Guilford Press. 512 s.
- COOPER, P., (2014): *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. 1. vyd. Praha: Portál.
- ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., & DOLANSKÝ, H. (2009): *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- DANIELSOVÁ, E. A., GILLENOVÁ, M. M., MARKEYOVÁ, C. H. a kol. (2018): *Body Positive*. Cambridge: Cambridge University Press. 283 s.
- DOSEDLOVÁ, J., FIALOVÁ, L., KEBZA, V., & SLOVÁČKOVÁ, Z. (2008): *Předpoklady zdraví a životní spokojenosti*. Brno: MSD.
- DRBAL, C. (2001): *Determinanty zdraví a zdravotní politika*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.
- DUFFKOVÁ, J., URBAN, L., & DUBSKÝ, J. (2008): *Sociologie životního stylu*. Příbram: Aleš Čeněk s.r.o.
- DUŠKOVÁ, D. (2012): *Psychosociální péče v ošetřování onkologicky nemocných seniorů s kolorektálním karcinomem*. Diplomová práce, Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Brno.

- ŘURINA, V. (2008): *Záchrana: naučte se odpočívát*. Regena, 13(10), s. 8
- FARDOULY, J., & VARTANIAN, L. (2015): *Negative comparisons about one's appearance mediate the relationship between Facebook usage and body image concerns*. In *Body Image: An International Journal of Research*, 12, 82-88.
- FARKOVÁ, M. (2008): *Vybrané kapitoly z psychologie*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského.
- FIALOVÁ, L. (2001): *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum.
- FIALOVÁ, L. (2007): *Jak dosáhnout postavy snů. Možnosti a limity korekce postavy*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- FIALOVÁ, L., & KRCH, F. D. (2012): *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Univerzita Karlova.
- FINKELSTEIN, J. (2007): *The Art of Self Invention. Image and Identity in Popular Visual Culture*. London: I. B. Taurius & Co Ltd.
- FOREST, A. L. & WOOD, J. V. (2012): *When social networking is not working: Individuals with low self-esteem recognize but do not reap the benefits of self-disclosure on Facebook*. In *Psychological science*, 23(3), 295–302.
- GAVORA, P. (2010): *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido.
- GRIFFITHS, S., & MURRAY, S. B. (2017): *Muscle dysmorphia: Strategies for treating a muscularity-oriented eating disorder*. In *The clinical handbook of complex and atypical eating disorders*. London, United Kingdom: Oxford University Press.
- GROGAN, S. (2000): *Body image*. In *Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- GROGAN, S. (2008): *Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. New York: Routledge.
- GROGAN, S. (2017): *Body image: understanding body dissatisfaction in men, women and children* (Third edition). New York: Routledge.
- GUNTER, B., WYKES, M. (2005): *The media and body image*. London: SAGE Publications.
- GURKOVÁ, E. (2011): *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- HANUŠ, R., & CHYTILOVÁ, L. (2009): *Zážitkově pedagogické učení*. Praha: Grada Publishing, a.s.

- HARDIT, S. K. & HANNUM, J. W. (2012): *Attachment, the tripartite influence model, and the development of body dissatisfaction*. In *Body Image*, 9, 469–475.
- HARTL, P. (2004): *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál.
- HAVLÍČEK, P. & LAMSCHOVÁ, P. (2010): *Jídlo jako životní styl*. Praha: Mladá fronta
- HEALTH CONSUMER POWERHOUSE (2013): *Evropský spotřebitelský index zdravotní péče 2013*.
- HLÚBIK, P., SVAČINA, Š., SUCHARDA, P. a kol. (2014): *Obezita, novelizace 2014: Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: CDP-PL, 13 s.
- HUMMEL, A. C. & SMITH, A. R. (2015). Ask and you shall receive: Desire and receipt of feedback via Facebook predicts disordered eating concerns. *International Journal Of Eating Disorders*, 48(4), 436–442. <https://doi.org/10.1002/eat.22336>
- HŘEBÍČKOVÁ, M. 2011. *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti: přístupy, diagnostika, uplatnění*. Praha: Grada. 251 s. ISBN 978-80-247-3380-7.
- IRMIŠ, F. (1996): *Nauč se zvládat stres*. Praha, Alternativa
- JANEČKOVÁ, H., & HNILICOVÁ, H. (2009): *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, s.r.o.
- JIRÁK, J. & KÖPPLOVÁ, B. (2009): *Masová média*. Praha: Portál.
- JOHN, O. P., ROBINS, R. W., PERVIN, L. A. a kol. (2008): *Handbook of Personality*. York: The Guilford Press. 880 s.
- JONÁŠ, J. (2005): *V zajetí psychiky*. *Regenerace* 13(5), s. 34-35
- KALÁBOVÁ, H. (2011): *Fenomenologie zdraví a nemoci*. Liberec: Technická univerzita,
- KALMAN, M., SIGMUND, E., SIGMUNDOVÁ, D., HAMŘÍK, Z., BENEŠ, L., BENEŠOVÁ, D., & CSÉMY, L. (2011): *Národní správa o zdraví a životním stylu dětí a školáků*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- KASTOVÁ, V. (2012): *Být sám sebou. Pocit vlastní hodnoty a zkušenosti*. Brno: Emitos, spol. s.r.o.
- KEBZA, V. (2005): *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- KERNOVÁ, V. (2006): *Podpora zdraví v ČR*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- KISSOVÁ, V. (2013): *Diétné principy léčby obezity*. In: KRAHULEC, B., FÁBRYOVÁ, E., HOLÉCZY, P. a kol. *Klinická obezitologie*. Brno: Facta Medica, s. 95-101.
- KOUTEK, J. (2008): *Poruchy příjmu potravy*. In HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál.



- KRCH, F. D. (2002): *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing.
- KRCH a kol. (2005): *Poruchy příjmu potravy – 2. aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- KRCH, F., (2010): *Mentální anorexie. 2. přeprac.* Vyd. Praha
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2001): *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001.
- LEŠKO, L. (2008): *Náhled do sociální komunikace*. Brno: Tribun EU, s.r.o.
- LEWIS, D. M. & CACHELIN, F. M. (2001): *Body Image, Body Dissatisfaction, and Eating Attitudes in Midlife and Elderly Women*. In *Eating Disorders*, 29–39.
- MACHOVÁ, J., & KUBÁTOVÁ, D. (2009): *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- MÁLKOVÁ, I. & MÁLKOVÁ, H. (2014): *Obezita: malými krůčky k velké změně*. 1. vyd. Praha: Forsapi
- MARÁDOVÁ, E. (2007): *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
- MARKOVÁ, M. (2012): *Determinanty zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů.
- MASTILIAKOVÁ, D. (2007): *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- MCCULLOUGH, M. E., & LAURENCEAU, J. P. (2004): *Gender and the Natural History of Self-Rated Health: A 59- Year Longitudinal Study*. In *Health Psychology*, 651-654
- MCLEANOVÁ, K. C., SYED, M. a kol. (2015): *The Oxford Handbook of Identity Development*. New York: Oxford University Press. 625 s.
- MEYERHARDT, J. A.; CATALANO, P. J.; HALLER, D. G.; MAYER, R. J.; BENSON, A. B.; MACDONALD, J. S.; FUCHS, C. S. (2003): *Influence of body mass index on outcomes and treatment-related toxicity in patients with colon carcinoma*. *Cancer*, 484-95
- MOSLEY, E. (2008): *Bigorexia: Bodybuilding and muscle dysmorphia*. Trafford general Hospital, 17, 191-198
- NILSEN, T. I.; VATTEN, L. J. (2001): *Prospective study of colorectal cancer risk and physical activity, diabetes, blood glucose and BMI*. *British Journal of Cancer*, 84-85
- NOVÁKOVÁ, I. (2011): *Zdravotní nauka 2. díl*. Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada Publishing, a.s.
- NÝVLTOVÁ, V. (2008): *Psychopatologie pro speciální pedagogy. 1. vyd.* Praha: Univerzita Jana Amose Komenského.

- OKOSUN, I. S., CHOI, S., MATAMOROS, T., & DEVER, G. E. (2001): *Obesity is associated with reduced self-rated general health status: evidence from a representative sample of white, black, and Hispanic Americans*. 429-436.
- PAPEŽOVÁ H. (2010): *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada.
- PELCÁK, S. (2013): *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- PETR, J. (2007): *Kdo spí, ten netloustne*. 21 století, 3(4)
- PETR, J. (2009): *Obejdeme se beze spánku?* 21 století, 5(1)
- POPE., C., HARRISON G. et al. (1997): *Muscle Dysmorphia-An Unrecognized Form of Body Dysmorphic Disorder*. *Psychosomatics*, č. 38
- POPE, C., POPE, H. G., JR., MENARD, W., FAY, C., OLIVARDIA, R., & PHILLIPS, K. (2005): *Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic*.
- PRAŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H. (2001): *Proti stresu krok za krokem*. Praha, Grada, 187 s.
- PRAŠKO, J. (2003): *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha, Grada, s. 97-115
- PRAŠKO, J. (2009): *Proč je důležité spát?* *Zdraví*, 57(1), s. 25-28
- PREISSOVÁ-KREJČÍ, A., & ČADOVÁ, L. (2005): *Hodnotová orientace a životní postoje současných adolescentů*.
- PUNCH, K. F. (2008): *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, s.r.o.
- ŘÍČAN, P. (2005): *Psychologie. Příručka pro studenty*. Praha: Portál, s.r.o.
- ŘÍČAN, P. (2007): *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
- ŠANDEROVÁ, P. (2011): *Tělesnost jako významný faktor procesu adopce: kulturně antropologický problem*, Praha, Sociologické nakladatelství
- SEEDHOUSE, D. (2001): *Health: The Foundation of Achievement*. New York: John Wiley & Sons, LTD.
- SEDLÁKOVÁ, R. (2014): *Výzkum médií. Nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- ŠVAČINA, Š., MÜLLEROVÁ, D., a BRETŠNAJDROVÁ, A. (2013): *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeutky*. 2., upr. vyd. Praha: Triton, 2013.
- ŠVAČINA, Š. a kol. (2008): *Klinická dietologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. 384 s.
- ŠVECOVÁ, L. (2014): *Negativní body image a poruchy příjmu potravy*. Diplomová práce, Vysoká škola ekonomická, Fakulta podnikohospodářská, Praha.

- SHEETS, V. & AJMERE, K. (2005): *Are romantic partners a source of college students' weight concern?* In *Eating Behaviors*, 6(1), 1–9.
- SCHÜTZ, A. (2000): *Psychologie des Selbstwertgefühls. Von Selbstakzeptanz bis Arroganz*. Stuttgart: Kohlhammer.
- SMITH, A. R., HAMES, J. L., & JOINER, T. E. (2013): *Status update: Maladaptive Facebook usage predicts increases in body dissatisfaction and bulimic symptoms*. In *Journal of affective disorders*, 149(1), 235–240.
- STACKEOVÁ, D. (2014): *Tělesné sebezpečí v kontextu psychosomatiky a možnosti jeho ovlivnění*.
- STÁRKOVÁ, L., LUŇÁČKOVÁ, M. (2004): *Štíhlost v hodnotové hierarchii žen a mužů moravského regionu*. Psychiatrie pro praxi. Konice: 2004
- STEJSKAL, P. (2004): *Proč a jak se zdravě hýbat*. Břeclav: Presstempus.
- SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R., & KAŠPAROVÁ, E. (2001): *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press.
- ŠŤASTNÝ, J. (2006): *Zdraví a nemoc*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- ŠŤASTNÝ, J. (2005): *Zdravotnictví a determinanty zdraví*.
- STEJSKAL, P. (2004): *Proč a jak se zdravě hýbat*. Břeclav, Presstempus, 125 s.
- THOMPSON, J. B. (2004): *Média a modernita*. Praha: Karolinum.
- TICHANOVSKÝ, B. (2009): *Co je příčinou kocoviny?* Regena, (1), s. 31
- UNIVERSITY OF MICHIGAN (2002): *Effects of temporary stress*.
- VÁGNEROVÁ, M. (2004): *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- VÁGNEROVÁ, M. (2014): *Současná psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vyd.* Praha: Portál.
- VANDENBOS, G. R. a kol. (2015): *APA Dictionary of Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association. 1221 s.
- VANDEREYCKEN, W., NORRÉ, J. (2005): *Sexualita a plodnost u poruch příjmu potravy*. In KRCH, F., D. *Poruchy příjmu potravy. 2. aktualiz. a dopl. vyd.* Praha: Grada.
- VONDRUŠKA, V., & BARTÁK, K. (2002): *Zdravý životní styl aneb Prevence založená na důkazech*. Hradec Králové: Ústav tělovýchovného lékařství FN a Lékařská fakulta UK.
- VOSEČKOVÁ, A., HRSTKA, (2007): *Z. Kapitoly z psychologie zdraví*. Brno: Univerzita obrany

- VÝMOLA, F. (2007): *Desatero preventivní výživy*. Regena, 16(2), s. 19
- VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. a kol. (2008): *Sociální psychologie*. Praha: Grada. 404 s.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (2011). *Designing the road to better health and well-being in Europe*.
- WILHELM, S. (2006): *Feeling good about the way you look: a program for overcoming body image problems*. New York: Guilford Press.
- WILLERTON, J. (2012): *Psychologie mezilidských vztahů*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- WILLET, E. (2007): *Negative Body Image*. New York: The Rosen Publishing Group, Inc.
- WILKINSON, R., & MARMOT, M. (2005): *The Solid Facts: Social Determinants of Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WYKES, MAGGIE A BARRIE GUNTER (2005): *The media and body image: if looks could kill*. Thousand Oaks, California
- ZACHÁROVÁ, E., & ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. (2011): *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, a.s.

### **Seznam internetových zdrojů**

- BROWN, F. L., & SLAUGHTER, V. (2011): *Normal body, beautiful body: Discrepant perceptions reveal a pervasive „thin ideal“ from childhood to adulthood*. In *Body Image*: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.nkp.cz/science/article/pii/S1740144511000088>
- CASH, T. F., PHILLIPS, K. A., SANTOS, M. T., & HRABOSKY, J. I. (2004): *Measuring „negative body image“: validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population* In *Body Image: An International Journal of Research* <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.nkp.cz/science/article/pii/S1740144504000683>
- CURTIS, C. & LOOMANS, C. (2014): *Friends, family, and their influence on body image dissatisfaction*. In *Women's Studies Journal*, 28(2), 39–56. <http://www.wsanz.org.nz/journal/docs/WSJNZ282CurtisLoomans39-56.pdf>
- EISENBERG, M. H., FITZ, C. C. (2014): *“Drunkorexia”*: Exploring the Who and Why of a Disturbing Trend in College Students' Eating and Drinking Behaviors, 62(8), 570-577. <http://ebsco.umi.com//pbdweb>
- HAWORTH-HOEPFNER, S. (2000): *The Critical Shapes of Body Image: The Role of Culture and Family in the Production of Eating Disorders* In *Journal Of Marriage And Family*, 62(1), 212–227. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00212.x>
- HU, Y., MANIKONDA, L., & KAMBHAMPATI, S. (2014): *What We Instagram: A First Analysis of Instagram Photo Content and User Types*. In AAI (Ed.), *Proceedings of the*

- Eighth International AAAI Conference on Weblogs and Social Media* (pp. 595–598)  
<https://www.aaai.org/ocs/index.php/ICWSM/ICWSM14/paper/viewFile/8118/8087>
- IDNES.CZ (2012): *Obézní lidé žijí déle a lépe zvládají stres, říkají vědci*.<https://www.idnes.cz/zpravy/zahranicni/obezni-lide-zijidele.A1Instagram>. (n.d.): In *Wikipedia: the free encyclopedia*. <https://cs.wikipedia.org/wiki/Instagram>
- Jak zhubnout*. (2018). *Blesk pro ženy*: <http://prozeny.blesk.cz/jak-zhubnout>
- KILBOURNE, J. (2014): *The naked truth: Advertising's image of women*.  
<https://www.youtube.com/watch?v=Uy8yLaoWybk>
- LEE, S. Y. (2014): *How do people compare themselves with others on social network sites?*  
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.12.009>
- LEV-ARI, L., & ZOHAR, A. D. (2013): *Nothing gained: An explorative study of the long-term effects of perceived maternal feeding practices on women's and men's adult BMI, body image dissatisfaction, and disordered eating*. In *International Journal of Psychology*,  
<http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1080/00207594.2013.779378/>
- MARKEY, C. N. & MARKEY, P. M. (2013): *Gender, sexual orientation, and romantic partner influence on body image* <https://doi.org/10.1177/0265407513489472>
- MATOULEK, M. (2008): *Tlustý člověk – člověk spokojený*  
<http://www.obesitynews.cz/?pg=clanek&id=241>
- MURRAY, S. B., & GRIFFITHS, S. (2015): *Adolescent muscle dysmorphia and family-based treatment: A case report*. In *Clinical Child Psychology and Psychiatry*:  
<http://dx.doi.org/10.1177/1359104514521639>
- MYSLIVEČKOVÁ, O. (2011): *Ortorexie: „Fetáci“ zdravé výživy*  
<https://www.vitalia.cz/clanky/ortorexie-fetaci-zdrave-vyzivy/>
- NORDQVIST, CH. (2014): *What is body image?*  
<http://www.medicalnewstoday.com/articles/249190.php>
- PREVOS, P. (2005): *Experimental Verification of Differences in Body Image Between Men and Women*  
<http://prevos.net/humanities/psychology/bodyimage/>
- PSYCHODIAGNOSTIKA (2003): *Dotazník životní spokojenosti*.  
<http://www.psychodiagnostika.cz/index.php?akce=dzs>.
- SCHWARTZ, M. B., & BROWNELL, K. D. (2003): *Obesity and body image. Body Image: An International Journal of Research*  
[http://dx.doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00007-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00007-X)

STEINFIELD, C., ELLISON, N. B., & LAMPE, C. (2008): Social capital, self-esteem, and use of online social network sites: <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2008.07.002>

TIGGEMANN, M. & SLATER, A. (2013): *NetGirls: The Internet, Facebook, and body image concern in adolescent girls*. In *International Journal Of Eating Disorders*, 46(6), 630–633. <https://doi.org/10.1002/eat.22141>

UNIE VYDAVATELŮ. *Media Projekt: 3. a 4. čtvrtletí 2018* [online]. 2015. s. 37 [http://www.unievychavatelu.cz/gallery/files/MP\\_3-4-2014-Prezentace\\_final.pdf](http://www.unievychavatelu.cz/gallery/files/MP_3-4-2014-Prezentace_final.pdf)

VEALE, D. & kol. (2001): *Body dysmorphic disorder: A cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial*. *Behaviour Research and Therapy*. 34, 717–729. [http://dx.doi.org/10.1016/00057967\(96\)00025-3](http://dx.doi.org/10.1016/00057967(96)00025-3)

VOGEL, A. (2014) *Social Media and Body Image: A Complicated Relationship*. <http://www.ideafit.com/fitness-library/social-media-and-body-image-a-complicated-relationship>

WILIAMS, S. (2011): *Why Women Report Being in Worse Health than Men*. <http://www.livescience.com/17675-women-report-worse-health-men.html>

ZISEROVÁ, K., S. C. MÖLBERTO VÁ, F. STUBEROVÁ, K. E. GIELOVÁ, S. ZIPFEL a F. JUNNE (2018): *Effectiveness of body image directed interventions in patients with anorexia nervosa*

[http://doi.wiley.com/10.1002/eat.2294621110\\_102253\\_zahranicni\\_mad](http://doi.wiley.com/10.1002/eat.2294621110_102253_zahranicni_mad)

## 9 SEZNAM ZKRATEK

BI	body image
BMI	body mass index
DŽS	Dotazník životní spokojenosti
ESPAD	The European School Survey Project on Alcohol and Drugs
HCP	Health Consumer Powerhouse
M	aritmetický průměr
Max	maximální hodnota
N	počet
Min	minimální hodnota
WHO	World Health Organisation

## 10 SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

### Obrázky

Obrázek 1. Pole utváření sebepojetí dle Smékala .....	17
Obrázek 2. Struktura sebepojetí dle Fialové .....	24
Obrázek 3. Holistické chápání člověka .....	30
Obrázek 4. Vzájemné vztahy mezi zdravím a jednotlivými determinantami .....	33
Obrázek 5. Představitelky stylu “Flapper“ .....	50
Obrázek 6. Marilyn Monroe .....	51
Obrázek 7. Kate Moss, „waif“ styl .....	52
Obrázek 8. Ilustrace proměny před a po .....	60
Obrázek 9. Příklad snídaně podle IIFYM .....	61
Obrázek 10. Reálná fotografie versus konečná reklama .....	64
Obrázek 11. Titulní strana časopisu Vlasta č. 52/2012 .....	65
Obrázek 12. Titulní strana časopisu Blesk pro ženy č. 34/2018 .....	66
Obrázek 13. Titulní strana časopisu Joy č. 5/2018 .....	66
Obrázek 14. Titulní strana časopisu Žena a Život č.7/2018 .....	67
Obrázek 15. Vzorec pro výpočet hodnoty body mass index .....	90

### Tabulky

Tabulka 1. Základní údaje o sledovaném souboru .....	91
Tabulka 2. Souhrnné výsledky z oblasti Zdraví z Dotazníku životní spokojenosti ...	94
Tabulka 3. Výsledky z položky Zdraví z Dotazníku životní spokojenosti napříč pohlavími .....	94
Tabulka 4. Srovnání dat z jednotlivých oblastí Zdraví z Dotazníku životní spokojenosti ve vztahu k BMI kategoriím .....	95
Tabulka 5. Hodnocení body image celého souboru, mužů a žen .....	98
Tabulka 6. Hodnocení body image ve vztahu k BMI kategoriím .....	99

### Grafy

Graf 1. Průměrné hodnoty BMI sledovaného souboru .....	92
Graf 2. Zastoupení mužů a žen v jednotlivých BMI kategoriích .....	93

Graf 3. Hodnocení jednotlivých položek z oblasti <i>Zdraví</i> z Dotazníku životní spokojenosti zdraví muži a ženami .....	95
Graf 4. Srovnání skóre jednotlivých položek z oblasti <i>Zdraví</i> z Dotazníku životní spokojenosti dle BMI kategorií .....	96
Graf 5. Srovnání celkového skóre z oblasti <i>Zdraví</i> z Dotazníku životní spokojenosti u všech zkoumaných skupin .....	97
Graf 6. Výsledné skóre hodnocení body image ženami a muži .....	98
Graf 7. Porovnání hodnocení body image u všech zkoumaných skupin .....	99
Graf 8. Celkové skóre z oblasti <i>Zdraví</i> z Dotazníku životní spokojenosti celého souboru, mužů a žen ve vztahu k normě .....	100
Graf 9. Celkové skóre z oblasti <i>Zdraví</i> z Dotazníku životní spokojenosti dle BMI skupin ve vztahu k normě .....	102
Graf 10. Porovnání skóre jednotlivých položek z oblasti <i>Zdraví</i> z Dotazníku životní spokojenosti dle BMI kategorií .....	103
Graf 11. Srovnání výsledného skóre hodnocení body image dle jednotlivých BMI skupin .....	105
Graf 12. Srovnání skóre z oblasti <i>Zdraví</i> z Dotazníku životní spokojenosti a vnímané body image dle jednotlivých BMI skupin .....	107



# 11 PŘÍLOHY

## Příloha I.– Dotazník

### 1. Jsem...

Vyberte jednu možnost

- Muž
- Žena

### 2. Můj věk je...

Uveďte celé číslo

- \_\_\_\_\_

### 3. Má tělesná výška je...

Uveďte celé číslo v centimetrech

- \_\_\_\_\_

### 4. Má tělesná hmotnost je...

Uveďte celé číslo v kilogramech

- \_\_\_\_\_

### 5. Se svým tělesným zdravotním stavem jsem...

7★= zcela spokojen/a; 1★= zcela nespokojen/a

- ★★★★★★

### 6. Se svou duševní kondicí jsem...

7★= zcela spokojen/a; 1★= zcela nespokojen/a

- ★★★★★★

### 7. Se svou tělesnou kondicí jsem...

7★= zcela spokojen/a; 1★= zcela nespokojen/a

- ★★★★★★

### 8. Se svou duševní výkonností jsem...

7★= zcela spokojen/a; 1★= zcela nespokojen/a

- ★★★★★★

### 9. Se svou obranyschopností jsem...

7★= zcela spokojen/a; 1★= zcela nespokojen/a

- ★★★★★★

### 10. Když přemýšlím nad tím, jak často mám bolesti, jsem...

7★= zcela spokojen/a; 1★= zcela nespokojen/a

- ★★★★★★

### 11. Když přemýšlím nad tím, jak často jsem až dosud byl/a nemocný/nemocná jsem...

7★= zcela spokojen/a; 1★= zcela nespokojen/a

- ★★★★★★

### 12. Ohodnoťte aktuální úroveň Vámi subjektivně vnímané, celkové míry spokojenosti se svým tělem.

10★= zcela spokojen/a; 1★= zcela nespokojen/a

- ★★★★★★