

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

TĚLESNÉ SEBEPOJETÍ, VÁHOVÉ STIGMA A
POSTOJE K OBEZITĚ U ČESKÝCH
DOSPĚLÝCH ŽEN

BODY SELF-CONCEPT, WEIGHT STIGMA AND
ATTITUDES TOWARDS OBESITY
IN CZECH ADULT WOMEN



Magisterská diplomová práce

Autor:

Bc. Anna Poláková

Vedoucí práce:

PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Olomouc

2023

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Martinu Dolejšovi, Ph.D. za jeho odborné vedení, výbornou komunikaci, laskavý přístup a podnětné rady. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Heleně Pipové, Ph.D. za laskavý přístup a pomoc při analýze dat. Také bych ráda poděkovala svému příteli a rodině za jejich podporu. V neposlední řadě patří velký dík všem účastnicím výzkumu. Děkujeme, že jste se zapojily do výzkumu.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma:

„Tělesné sebepojetí, váhové stigma a postoje k obezitě u českých dospělých žen“
vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

OBSAH.....	
ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 BODY IMAGE A TĚLESNÝ VZHLED ŽEN.....	7
1.1 Obraz vlastního těla (body image).....	7
1.2 Tělesné schéma a typologie ženské postavy.....	9
1.2.1 Konstituční typologie Ernsta Kretschmera.....	9
1.2.2 Antropometrická typologie Williama H. Sheldona.....	10
1.2.3 Další typologie lidské postavy.....	11
1.3 Vliv genetických faktorů na tělesný vzhled žen.....	12
1.4 Kult štíhlosti.....	14
1.5 Poruchy příjmu potravy.....	17
2 OBEZITA A NADVÁHA.....	21
2.1 Obezita jako globální problém.....	21
2.2 Možnosti ovlivnění tělesného vzhledu.....	23
2.2.1 Stravovací návyky.....	24
2.2.2 Pohybová aktivita.....	26
2.2.3 Duševní hygiena.....	29
2.2.4 Lékařské zákroky a farmakoterapie.....	30
3 POSTOJE K OBEZITĚ A VÁHOVÁ STIGMATIZACE.....	33
3.1 Postoje k obezitě.....	33
3.1.1 Postoje, předsudky a stereotypy.....	33
3.1.2 Postoje k obezitě.....	34
3.1.3 Příčiny obezity podle mínění ostatních: Proč jsou obézní lidé obézní?.....	38
3.2 Locus of Control ve vztahu k obezitě.....	39
3.3 Váhová stigmatizace.....	40
3.3.1 Váhová stigmatizace obecně.....	40

3.3.2	Negativní důsledky váhové stigmatizace	43
3.3.3	Prevence váhové stigmatizace	45
4	VÝZKUMNÉ PROJEKTY VE SLEDOVANÉM TÉMATU	51
	VÝZKUMNÁ ČÁST	57
5	FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU A CÍLE VÝZKUMU	58
5.1	Formulace výzkumného problému a cíle práce	58
5.2	Výzkumné otázky a statistické hypotézy	58
6	POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU A METODY VÝBĚRU VÝZKUMNÉHO SOUBORU	60
7	METODOLOGICKÝ RÁMEC	62
7.1	Design výzkumu a typ výzkumu	62
7.2	Aplikovaná metodika.....	62
7.2.1	Dotazník stravování a pohybové aktivity	63
7.2.2	Dotazník postojů k tloušťce AFA	63
7.2.3	Yalská škála závislosti na jídle mYFAS 2.0.....	64
7.2.4	Zkušenost s váhovou stigmatizací SSI-Bb	64
7.3	Metody zpracování a analýzy dat	65
8	REALIZACE VÝZKUMU.....	66
8.1	Organizace a průběh výzkumného šetření	66
8.2	Etika výzkumu.....	67
9	VÝSLEDKY	68
9.1	Výsledky Dotazníku stravování a pohybové aktivity	68
9.2	Deskripce výsledků Dotazníku o zkušenostech s váhovou stigmatizací SSI-Bb	77
9.3	Výsledky dotazníku AFA.....	79
9.4	Výsledky Yalské škály závislosti na jídle mYFAS 2.0	86
10	DISKUZE.....	92
11	ZÁVĚRY.....	98
	SOUHRN.....	100
	SEZNAM LITERATURY	103

SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A GRAFŮ.....	116
PŘÍLOHY	117

ÚVOD

Tato magisterská diplomová práce se zabývá tématy tělesného sebepojetí, váhovým stigmatem a postoji k obezitě u českých žen. Tělesný vzhled je pro každého člověka určitou formou sebe prezentace před okolním světem. Lidé nás podle vzhledu našeho těla nezdědka posuzují. V současné společnosti, kdy převládá kult štíhlosti, je zejména na ženy vyvíjen tlak, aby jejich tělo vypadalo určitým způsobem. Pokud žena nesplňuje standardy, které se od ní očekávají, může být se vzhledem svého těla konfrontována okolím, což bývá pro ženu a její sebedůvěru nepříjemná zkušenost. Tato zkušenost může ovlivnit nejen její tělesné sebepojetí, ale také sebedůvěru jako takovou a celkovou psychickou pohodu. Ženy v touze po dosažení dokonalosti často podnikají kroky, které mohou vést paradoxně ke zhoršení jejich psychického i fyzického zdraví, jako jsou přílišná restrikce potravy či nadměrné cvičení. Pokud je žena se svým tělem nespokojená a její okolí ji utvrzuje v tom, že by měla být štíhlejší, je na ni vyvíjen velký psychický tlak, který nezdědka zapříčiní nárazové přejídání či rozvoj poruchy příjmu potravy. Ženy pak myslí, že je správné hladovět, aby byly krásné a štíhlé. V této práci se pokusíme objasnit, proč je důležité vážit formulace svých vyjádření k tělesnému vzhledu, a jaké dopady mohou mít prvotně „dobře míněné“ rady a poznámky ke vzhledu ženské postavy. Jelikož zastáváme stanovisko, že žádný z extrémů není zdraví prospěšný, probereme i negativní dopady obezity a její přidružené komplikace. Uvedeme také, do jaké míry je možné ovlivnit tělesný vzhled a jakými způsoby lze změny postavy dosáhnout. V neposlední řadě se zaměříme na stravovací návyky, optimální skladbu stravy a úskalí příliš restriktivních diet.

Tento text tematicky i výzkumně navazuje na výzkumné šetření, kdy jsme zkoumali stravovací návyky v souvislosti s vybranými psychickými fenomény u českých adolescentů. Z tohoto šetření vzešla v roce 2021 bakalářská práce s názvem „*Body-image a jeho význam pro české adolescenty*“ (Poláková) a ucelená monografie s názvem „*Stravování a vztah k jídlu u českých adolescentů ve 21. století*“ (Pipová et al., 2020). Bakalářská i magisterská práce se věnují tématům tělesného sebepojetí a stravovacích návyků. V magisterské práci jsme rozšířili okruh sledovaných témat o váhové stigma a postoje k obezitě. V předešlé práci se výzkumného šetření účastnili adolescenti, v této práci nás zajímá, jak tato témata vnímají české dospělé ženy.

TEORETICKÁ ČÁST

1 BODY IMAGE A TĚLESNÝ VZHLED ŽEN

Tělo je základem lidského bytí, propojuje duševní a fyzickou existenci člověka. V této kapitole se pokusíme objasnit rozdíly a podobnosti terminologie týkající se těla a vztahu k němu, zaměříme se na typologii lidské postavy, popíšeme faktory ovlivňující tělesný vzhled a upozorníme na tematiku ideálu štíhlosti a patologií v oblasti obrazu vlastního těla.

1.1 Obraz vlastního těla (body image)

Definice pojmů týkajících se vztahu k tělu jsou mnohdy nejednotné, termíny mnohoznačné a významově se překrývají. V této práci budeme body image používat jako slovo nadřazené ke všem dílčím pojmům týkajícím se tělesného vzhledu a jeho vztahu k němu.

Obraz vlastního těla (*body image*) je multidimenzionálním konceptem se stránkou kognitivní, afektivní a behaviorální (Thompson, Heinberg, Altabe, & Tantleff-Dunn, cit. podle Wertheim et al., 2009). Kognitivní složka je charakterizovaná sebezpoznaním a sebereflexí vlastního těla. Afektivní neboli emocionální složka body image zahrnuje sebehodnocení a úctu k vlastnímu tělu. Je považovaná za nejdůležitější ze všech tří složek. Behaviorální složka je zastoupena seberegulací, tedy jednáním ovlivněným sebehodnocením (Fialová & Krch, 2012).

Grogan (2000) jej definuje jako vnímání, myšlenky a pocity člověka o vlastním těle. Pojem body image lze shrnout jako způsob, jakým vnímáme a prožíváme vlastní tělesný vzhled (Fraňková, 2013). To, jak svoje tělo vnímáme a prožíváme, se odvíjí od osobnostních faktorů (osobnost, sebeúcta), interpersonálních faktorů (rodina, vrstevníci a média), biologických faktorů (genetické vlastnosti, zvýšené BMI, řada patologií) a kulturních faktorů (společenské hodnoty a normy) (Neagu, 2015).

Celkové sebepojetí (*self - concept*) chápeme jako postoj k vlastní osobě. Narozdíl od sebeúcty, má hodnotící a popisnou dimenzi a jeho součástí je sebedůvěra (Hartl, Hartlová, 2015). Tělesné sebepojetí můžeme definovat jako součást celkového sebepojetí, která vyjadřuje postoj k vlastnímu tělu. Stejně tak postoj k vlastnímu tělu, obraz vlastního těla a pojem body image můžeme považovat za synonyma. Tělesné sebepojetí má ale odlišné složky oproti body image. Je utvářeno na základě objektivnějších měřítek, jako je vzhled (atraktivita vzhledem k současnému ideálu krásy, hodnocení vrstevníků), zdatnost (funkčnost a výkonnost těla) a zdraví (fyzické i psychické). Pokud bychom se pokusili popsat rozdíl mezi pojmem body image a tělesné sebepojetí, tak body image je více založeno

na subjektivním prožívání vlastního tělesného vzhledu, zatímco tělesné sebepojetí je založeno i na jiných, objektivnějších faktorech (Fialová & Krch, 2012).

Dalším pojmem je tělesná sebeúcta. Jedná se o součást globální sebeúcty (*self - esteem*), kterou definujeme jako psychický komplexní proces, jež vyjadřuje přesvědčení, že naše vlastnosti a projevy jsou žádoucí a přijatelné. Sebeúcta je důležitou zásobárnou motivace, mentálního zdraví jedince a pocitu pohody (Cakirpaloglu, 2012). Tělesná sebeúcta je daná tělesnou atraktivitou, fyzickou kondicí, fyzickou silou a sportovními kompetencemi. Způsob, jakým vnímáme tělo, pohyb a jejich důležitost, definujeme jako tělesnou neboli fyzickou identitu (Krch & Fialová, 2012).

Sebevědomí (*self - confidence*) dle Hartla a Hartlové (2015) vyjadřuje vědomí vlastní ceny, kvalit a schopností. Je to stav mysli, který se vyznačuje nepřítomností nejistoty, ostychu nebo rozpaků a je provázen klidnou vírou v sebe a svoje schopnosti. Tento pojem zde uvádíme spíše pro úplnost, kdy můžeme hovořit o pocitu sebevědomí v oblasti tělesného vzhledu.

Přestože je tělesný obraz v průběhu času relativně konstantní, v určitých kontextech se mění (specifické vývojové etapy nebo změny zdravotního stavu aj.). Nejdůležitější vývojovou etapou pro formování tělesného obrazu je puberta a dospívání. Období dospívání lze ohraničit prvními známkami pohlavního zrání až po dovršení plné pohlavní zralosti. Dospívání dělíme na období pubescence (11-15 let) a období adolescence (15-22 let) (Langmeier & Krejčířová, 2006). Dospívání přichází spolu s řadou hormonálních a fyzických změn, jejichž konečným výsledkem je dospělý vzhled a schopnost reprodukce. Toto období je spojené s fyzickými změnami, jako je „*růstový spurt*“ (zrychlený růst kostry), některá zvýšení a/nebo redistribuce tuku a svalové hmoty, rozvoj oběhového a dýchacího systému (které poskytují pevnost a zvýšenou odolnost), dozrávání sekundárních pohlavních znaků a reprodukčních orgánů (Neagu, 2015).

V tomto období je pro člověka a jeho sebepojetí důležitější než kdy předtím hodnocení ostatních. Není náhoda, že většina patologií tělesného obrazu začíná právě v tomto období. Nezdravý vztah k tělu může přetrvávat až do dospělosti. Poruchami příjmu potravy nejčastěji trpí ženy. Mezi ženami jsou méně ohroženy patologiemi tělesného obrazu sportovkyně, homosexuální ženy, feministky a ženy etnické. Atletky, gymnastky a baletky mají vyšší riziko vzniku poruch příjmu potravy (Neagu, 2015).

V této práci se zabýváme především tematikou tělesného sebepojetí v dospělém věku. Dospělost dělíme na časnou (25-30 let), střední (do 45 let) a pozdní (do 60-65 let). V dětství

se formují stravovací návyky, denní režim a vztah k pohybovým aktivitám. V období dospívání dochází k častějšímu hodnocení vlastního těla a srovnávání se s vrstevníky. Je to také období prvních dietních pokusů, záměrných pohybových aktivit za účelem formování postavy a utváření tělesné identity (Langmeier & Krejčířová, 2006).

V období dospělosti dochází k osamostatnění se od rodiny a vytváření vlastních zvyklostí, denního pracovního a volnočasového pohybového režimu. Dospělé ženy vstupují do vztahů či manželství, rodí se jim první děti. Jejich tělo se přirozeně proměňuje, ať už věkem, v důsledku mateřství či sedavého zaměstnání (Fialová, 2001). Některé české publikace, například Pipová a kolektiv (2021) se věnují dietním pokusům, přílišným zaobíráním se tělesným vzhledem a nespokojenosti se svým tělem u adolescentních dívek. Domníváme se, že řada českých dospělých žen pociťuje nespokojenost se svojí postavou a podniká kroky, kterými se snaží tělesný vzhled ovlivnit. Tyto pokusy o změnu mohou být buďto úspěšné a trvalé, nebo neustále se opakující cykly restrikcí potravy, výčitek, depresivního ladění a frustrace. Proto se budeme v rámci výzkumné části snažit zjistit, jak jsou tato témata pro české dospělé ženy důležitá.

1.2 Tělesné schéma a typologie ženské postavy

Již odedávna se objevovaly pokusy rozčlenit lidi podle vzhledu postavy. Průkopníkem v těchto snahách byl již Hippokrates, který dělil postavy lidí na *habitus apoplecticus*, což byl člověk malý a zavalitý, a *habitus plitiscus*, tedy člověk vysoký a štíhlý. Dále Walker dělil postavy na tři typy, a to na Minervu, Dianu a Venuši (Fialová, 2001). Tato dělení byla později nahrazena modernějšími a sofistikovanějšími typologiemi, z nichž ty nejznámější zde stručně představíme.

1.2.1 Konstituční typologie Ernsta Kretschmera

Ernst Kretschmer se pokusil rozdělit lidi podle konstituce těla a zároveň podle psychických vlastností. Jeho typologie se nazývá konstituční. Kretschmer pozoroval souvislost určitých typů stavby těla s určitými druhy psychického onemocnění. Jelikož předpokládal, že existuje přechod mezi normalitou a psychickým onemocněním, zaměřil svá původní pozorování i na psychicky normální osoby. Kretschmer psychologické vlastnosti shrnoval do pojmu charakter, ale vzhledem ke genetickému a obecně biologickému podkladu příslušných psychických vlastností se jedná spíše o typy temperamentu. Tuto typologii proslavil dílem Stavba těla a charakter (Nakonečný, 2009).

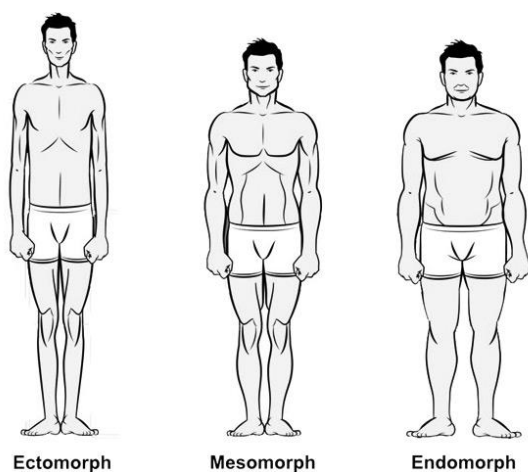
Jeho typologie se skládá ze čtyř kategorií. První je **dysplastický** neboli neurčitý typ. Druhým typem je **astenický/leptosomní (schizothymní)** typ. Tento typ Kretschmer popisoval jako osobu s úzkými rameny a boky, s dlouhými nohama, hubené vysoké postavy. Označení schizothymní představuje uzavřenou, vážnou, plachou, citlivou a zároveň i chladnou povahu. Třetí typ označil jako **pyknický (cyklothymní)**. Pro tento typ je charakteristický sklon k tloušťce, široký obličej, krátký krk, krátké nohy a ruce, podsaditost a obtloustlost, především v oblasti břicha. Tento typický vzhled se objevuje až mezi 30. – 40. rokem věku. Co se týče povahových rysů, pyknický osobnostní typ je společensky založený, jeho nálady kolísají mezi veselostí a zádumčivostí, má smysl pro humor, ale snadno se rozpláče. Je realistický, otevřený, sdílný a dobře adaptovaný. Charakterizuje jej také požitkářství a pohodlnost. Posledním typem je **atletický (viskózní)** typ. Vzhledově je nápadný širokými rameny, relativně štíhlými nohama a vyvinutou muskulaturou. I ženy tohoto typu se mohou jevit jako více maskulinní než ženy jiného konstitučního typu. Atletický osobnostní typ je psychomotoricky klidný a pomalý, někdy až těžkopádný a neobratný. Typickým rysem je malá citlivost a vzrušivost až flegmaticnost (Nakonečný, 2009).

1.2.2 Antropometrická typologie Williama H. Sheldona

Stejně jako Kretschmer, tak i William Sheldon předpokládal souvislosti mezi tělesnými a psychickými vlastnostmi. Antropometrická typologie je Kretschmerově konstituční typologii velmi podobná, nicméně v pozdějších letech se stala oblíbenější a používanější. Sheldon se domníval, že jednotlivé typy jsou dány převahou jedné z tělesných tkání. Spojením tělesných charakteristik a psychických komponent získal následující 3 somatotypy, přičemž vedle těchto základních typů lze určit i typy přechodné (až 88 typů). Jeho poznatky publikoval v roce 1942 ve svém díle *Typy temperamentu: Psychologie konstitučních rozdílů* (Nakonečný, 2009).

Prvním somatotypem podle Sheldona je typ **ektomorfní (ektomorf)**. Jeho tělo je utvářeno křehce, převažuje tkáň vzniklá z ektodermu. Tento typ se vyznačuje přecitlivělostí, bohatým vnitřním životem a fantazií, sklonem k samotářství, utlumeností. Je podobný Kretschmerově astenikovi. Druhým Sheldonovým somatotypem je **endomorfni/viscerotonní typ (endomorf)**. U endomorfního typu převažuje tkáň vzniklá z endodermu a tuk. Vyznačuje se společenskostí, realismem, požitkářstvím, pomalostí a rozvážností. Je podobný Kretschmerově pyknikovi. Posledním třetím somatotypem je **mezomorfní typ (mezomorf)**. Převažuje u něj tkáň vzniklá z mezodermu, a tedy svalová hmota. Tento typ se vyznačuje

aktivitou, energií a touhou po moci, agresivitou, nezdrženlivostí a agresivitou. Je podobný Kretschmerově atletikovi (Nakonečný, 2009).

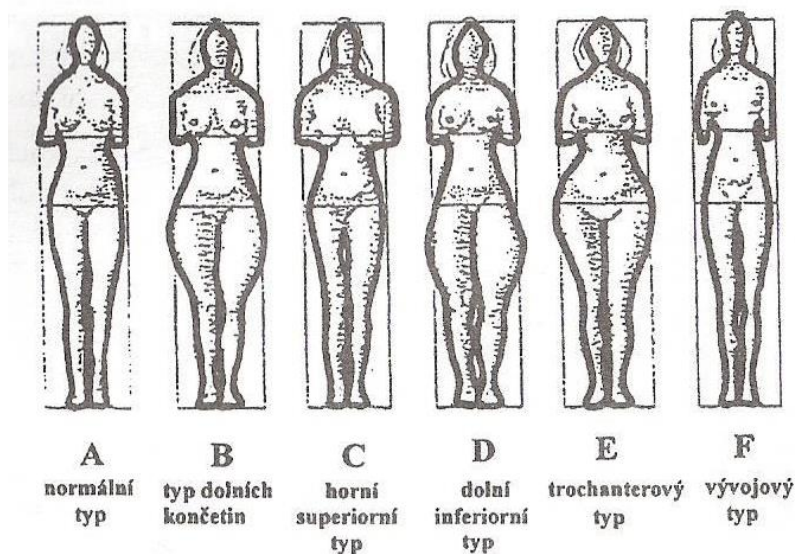


Obrázek 1. Typologie lidské postavy podle Sheldona

1.2.3 Další typologie lidské postavy

Ještě před vznikem Sheldonovy antropometrické typologie a jejího rozpracování se tělesné typy žen dělily podle rozložení tuku na 8 podtypů. První byl charakterizovaný harmonickým rozložením tuku, nazýval se **normální**. **Rubensovský** typ postavy též představoval harmonické rozložení tuku, nicméně na rozdíl od prvního typu, u obézního jedince. Pro třetí typ bylo typické ukládání tuku do horní části těla a nazýval se **superiorní** typ. Analogicky byl označen typ, pro který bylo typické ukládání tuku v dolní části těla, především v oblasti boků a stehen-**inferiorní** typ. Osoby, pro které bylo typické ukládání tuku nejvíce do oblasti trupu, se označovaly jako **trunciální** typ. Těm, kterým se tuk hromadil v oblasti prsů zase **mammální** typ. Tuk může být rozložený i periferně, tomuto typu postavy se přisoudilo označení **extremitální** typ. Posledním z této somatotypologie ženské postavy je **trochanterický** typ (Fialová, 2001).

Pro představu přikládáme obrázek 2, kde jsou některé z těchto typů ženského těla vyobrazeny v extrémním provedení. Typologií lidské postavy je celá řada, dnes se hojně využívá například modifikace Sheldonovy typologie podle Heatové a Cartera, dále metoda odhadu somatotypu podle Chytráčkové nebo typologie podle Stunckarda a Sorensena (Fialová, 2001).



Obrázek 2. Extrémní somatické typy ženského těla (Fialová, 2001)

1.3 Vliv genetických faktorů na tělesný vzhled žen

Existuje řada faktorů, jež se podílí na tělesném vzhledu a vzhledu postavy lidského těla. Mezi nejvýznamnější vnitřní faktory řadíme faktory genetické, zdravotní stav a také pohlaví. Je prokázáno, že ženy mají nižší bazální metabolismus, větší sklony k ukládání tuku v oblasti boků a při fyzické aktivitě spalují méně energie než muži. Jejich tělesnou hmotnost ovlivňuje také v období puberty nástup menarche a v pozdějším období vývoje také gravidita (Fialová, 2001). V následujících odstavcích stručně popíšeme vliv genetických faktorů na tělesný vzhled.

Tělesné složení je determinováno genetickými faktory ze 40-70 %. Obezita je většinou multifaktoriálně podmíněné onemocnění, způsobené interakcí vlivu prostředí spolu s hereditárními faktory. Vzniká pozitivní energetická bilance, což má za následek nadměrné hromadění tukové tkáně. Energetický příjem, který bychom z logiky věci řadili mezi faktory, které ovlivňuje jedinec sám, je též ovlivněný dědičnými faktory. Ukazuje se, že preference potravin a navození pocitu sytosti jsou také z části dědičné (Hainer, 2004).

Geny dávají tělu pokyny, jak reagovat na změny v jeho prostředí. Studie podobností a rozdílů mezi rodinnými příslušníky, dvojčaty a adoptovanými dětmi nabízejí nepřímý vědecký důkaz, že značná část rozdílů v hmotnosti mezi dospělými je způsobena genetickými faktory. Jiné studie porovnávaly obézní a neobézní lidi z hlediska variací v genech, které by mohly ovlivnit chování (jako je touha k přejídání nebo sklon k sedavému zaměstnání) nebo

metabolismus (jako je snižená schopnost využívat dietní tuky jako palivo nebo zvýšený sklon k ukládání tělesného tuku). Tyto studie identifikovaly varianty v několika genech, které mohou přispívat k obezitě zvýšením hladu a příjmu potravy (Zlatohlávek et al., 2019). Nutrigenetika je vědní obor, který vysvětluje, proč dva lidé, jež mají stejný energetický příjem i výdej, tak jeden si váhu udržuje a druhý pomalu přibírá na váze nebo naopak hubne. Popisuje vztahy mezi stravou a genetickou variabilitou (Zlatohlávek et al., 2019).

Obezitu můžeme dle etiopatogeneze dělit na obezitu běžnou, která je nejčastější, dále obezitu navozenou léky, endokrinně podmíněný typ obezity (např. u Cushingova syndromu), monogenní typ obezity, jež se vyznačuje těžkou formou obezity již v dětském věku, syndromy provázené obezitou a obezitu podmíněnou jinými patogenetickými faktory jako jsou adenovirové infekce aj. (Hainer, 2004).

Geny určující rozvoj obezity dělíme na primární a sekundární. Primární geny mají vliv na rozvoj obezity a současně i na jiné fenotypické znaky. Sekundární geny jsou ty, které ovlivňují primárně jiné znaky a jejich vliv na vznik obezity je malý a špatně zjištělný, ale přesto vliv má. Při zkoumání genetických příčin obezity se k obezitě zpočátku přistupovalo jako k monogenní poruše. V tomto období se podařilo pomocí zvířecích modelů objevit některé regulační mechanismy ovlivňující příjem potravy a tzv. ob gen, známý jako leptin. Na základě tohoto objevu se podařilo identifikovat pět genů, jejichž mutace jsou příčinou monogenních forem lidské obezity (Hainer, 2004).

Obezita je z velké části spíše oligogenní neboli multifaktorová porucha. Vzniká v důsledku vzájemné interakce prostředí a genů přispívajících ke vzniku obezity – tzv. obezitogenní geny, s geny, které rozvoji obezity brání tzv. leptogenní geny. U komplexních typů obezity se nedědí přímo obezita sama o sobě, ale spíše náchylnost k ní. Mimo převahu jednoho ze dvou typů těchto genů hraje zásadní roli to, zda se obezita u jedince projeví, také prostředí. Prostor, v němž se jedinec nachází můžeme dělit na obezitogenní /toxické nebo leptogenní/restriktivní. Hereditární zátěž nevede vždy kauzálně ke vzniku obezity, často přispěje i obezitogenní prostředí (Hainer, 2004).

V tomto okamžiku se opět dostáváme k problému, kdy je obtížné určit, jestli obezita vznikla u jedince pouze na genetickém podkladu, nebo zda ke vzniku obezity přispělo z větší části rodinné prostředí se špatnými stravovacími návyky a sedavým životním stylem. Genetická analýza obezity je složitý proces, při kterém se využívají moderní metodologické přístupy například vazebná analýza, celogenomové skeny či asociační studie kandidátních genů (Hainer, 2004).

Zdravotníci běžně shromažďují rodinnou zdravotní anamnézu, aby pomohli identifikovat lidi s vysokým rizikem onemocnění souvisejících s obezitou, jako je cukrovka, kardiovaskulární onemocnění a některé formy rakoviny. Rodinná zdravotní anamnéza odráží účinky sdílené genetiky a prostředí mezi blízkými příbuznými. Rodiny nemohou změnit své geny, ale mohou změnit rodinné prostředí, aby podpořily zdravé stravovací návyky a fyzickou aktivitu. Tyto změny mohou zlepšit zdraví členů rodiny – a zlepšit rodinnou zdravotní historii příští generace (Center for Disease Control and Prevention, 2018).

Stravování mimo domov, větší velikost porcí a nepravidelné stravování jsou přisuzované modernímu způsobu života. Ukazuje se, že mohou mít i neuropsychologický původ. U obezních lidí bylo prokázáno snížené množství receptorů pro dopamin v mozku a zvýšená metabolická aktivita v parientální oblasti mozku, kde se nachází nervová zakončení sensorických nervů z oblasti rtů, úst a jazyka (Hainer, 2004).

V moderní společnosti jsou lidé obecně náchylnější k obezitě. Proč tomu tak je se pokusila objasnit hypotéza tzv. úsporného genotypu („*thrifty genotype*“). Tuto hypotézu popsal v roce 1962 Neel. Tato hypotéza předpokládala efektivnější ukládání tuku v období nedostatku. Tato myšlenka se vztahuje k období dávných předků a hladomoru, kdy nebylo „*výhodné*“ být štíhlý. Lidé, kteří měli v genetické výbavě tento mechanismus ukládání energie, tak přežili hladomor. V období dostatku potravy a nižší fyzické aktivity se však u těchto lidí pravděpodobněji rozvine obezita. Tato teorie má své zastánce i odpůrce, genetické vlivy obezity jsou stále příliš spletité, aby je tato hypotéza mohla pokrýt (Hainer, 2004).

Přestože je převážná část tělesného vzhledu předurčena genetickými faktory, neznamená to, že se tělesný vzhled nedá ovlivnit jinými způsoby. Existuje řada vnějších faktorů, jež se podílí na výsledném tělesném vzhledu. Sem řadíme především množství a kvalitu potravin, životní styl, pohybovou aktivitu, sebekpěči, duševní hygienu, stresové situace a copingové strategie, a v neposlední řadě vliv prostředí a hodnocení ostatních (Fialová & Krch, 2012). O dalších faktorech ovlivňující tělesných vzhled se dozvíte více v kapitole 2.2.

1.4 Kult štíhlosti

V dnešní společnosti je štíhlost považována za podmínku výkonnosti, atraktivity a osobního štěstí. Když je žena štíhlá, bývají jí okolím připisovány atributy jako inteligentní, vtipná, mocná, uznávaná, talentovaná a sexuálně přitažlivá. Tato fascinace štíhlostí je někdy nazývána jako „*náboženství/kult štíhlosti*“. Společnost od určité doby nabyla přesvědčení, že tloušťka je nemorální, že hodní, spolehliví lidé nejsou tlustí. Některé zdroje tvrdí, že tomu

tak je od doby, kdy se Severoameričané vzdali zděděného třídního systému a hledaly se způsoby rozlišení úrovní společnosti. Novým měřítkem pro toto rozlišení se stala štíhlost (Fialová, 2006).

Většina médií po celém světě nám podsouvá, že naše tělo není dost dobré a hubenější by bylo lepší. U žen je žádoucí hlavně štíhlost, větší boky a prsa. U mužů je ideální postava vysoká a svalnatá (Grogan, 2000). Ženy se snaží štíhlosti mnohdy dosáhnout za každou cenu, někteří autoři je nazývají otroky při pronásledování štíhlosti. Některé ženy vidí štíhlost také jako prostředek moci. Existuje teorie, že potřeba být štíhlá souvisí s potřebou odlišit se od své matky, kdy matka při porodu obětovala pro dítě svoji štíhlost (Fialová, 2006).

Výzkumy ukazují, že většina žen je nespokojená se svojí postavou a snaží se zhubnout (Fialová, 2001). Pro objemné ženy se stává tloušťka problémem neviditelnosti pro ostatní. Udávají, že ostatní se na ně nedívají a jsou nezajímavé pro okolí. Společnost má tendenci mohutnou ženu ignorovat. Paradoxem je skutečnost, že čím vyšší je průměrná hmotnost u žen, tím štíhlejší je ideál krásy (Fialová & Krch, 2012).

Ideál krásy se proměňoval na pozadí historie. V raných kulturách nebyl na tělesný vzhled kladen takový důraz jako dnes. Nosilo se volné oblečení. Otázkou ideálu krásy se zabývali především filozofové a umělci, kteří různé postavy vyobrazovali ve svých dílech. Ve středověku vzhled odrážel společenské postavení. V tomto období se objevují i první půsty, který mají pouze náboženský význam. Problémy s nadváhou byly připisovány poruchám trávení, nervovému vyčerpání nebo nectnosti. Řešily se prvními dietními kůrami, jako bylo požívání opiatů, projímadel, zvracení či žaludeční kapky (Fialová, 2006).

První dietní opatření jsou datována do 17. století. V tomto období byli tlustí lidé uznáváni, protože tloušťka byla chápána jako známka bohatství. Diety byly určeny pro obézní aristokraty (Fialová, 2006). Sexuální přitažlivost závisela spíše na celkovém vzhledu než pouze na vzhledu postavy. Pokud žena nebyla s nějakou partií spokojená, vystačila si s vycpávkami a korzety, které jí k žádoucímu vzhledu postavy dopomohly (Crook, 1995).

V 19. století převládl gymnastický ideál krásy. Lidé byli nabádáni ke cvičení, skromnému životu na čerstvém vzduchu, procházkám a lehkým jídlům. Na přelomu 19. a 20. století byly uveřejněny studie, které ukazovaly dřívější úmrtnost lidí s nadváhou než lidí s normální vahou. Ačkoliv byla tato zjištění nepřesná, ovlivnila smýšlení o hmotnosti lidí na dlouhou dobu. Období 20. století se stalo obdobím boje proti tloušťce. V tomto století se trend krásy a štíhlosti měnil velmi často. Ve 20. letech byl trendem mužský sestřih vlasů a k tomu i štíhlá chlapecká postava. V 40-50. letech byla v módě plnoštíhlejší postava, v 60. letech opět

postava štíhlá. V této době nestačilo být pouze štíhlý, ideálem krásy bylo až vyzábělé tělo. Zmíněný trend bývá spojován se známou modelkou Twiggi. Štíhlý ideál krásy pak přetrvával mnoho let (Fialová, 2006).

Dnes je trendem snaha o dosažení normální postavy. Příliš štíhlí lidé jsou považováni za nemocné, smutné, podivné, naopak příliš oplácení za líné a málo ctižádostivé (Papežová, 2010). Toto členění lidí podle vzhledu je značně diskriminující. Vznikají snahy, aby se lidé navzájem tolerovali bez ohledu na tělesný vzhled. I když některé tyto snahy dosáhly v nahlížení na tělesný vzhled určitých úspěchů, jsou teprve na počátku a není jisté, jestli se někdy podaří zaryté postoje společnosti změnit.

Pro duševní zdraví je podstatné především to, jestli žena svůj tělesný vzhled akceptuje. Někteří lidé nedokážou pochopit, že žena s nadváhou či obezitou může být se svým tělem spokojená a nesnaží se ho měnit. Tyto ženy se mohou setkávat s narážkami na svoji postavu i na svůj přístup k tělu. Hodnocení ostatních a poznámky na nedostatek snahy a vůle mohou vést k pocitům frustrace a změnám vnímání vlastního těla. Poznámky na tělesný vzhled jsou nepříjemné pro ženu v kterémkoliv věku. V senzitivnějších obdobích života, jako je například dospívání, mohou takové poznámky být jednou z příčin vzniku poruch příjmu potravy (Fialová & Krch, 2012).

V ideálu krásy těla a trendu štíhlosti sehrávají v současné společnosti důležitou roli média. V médiích bývají prezentovány dokonalé štíhlé modelky, bez celulitidy a s dokonalou pletí. Při sledování tohoto obsahu dochází ke srovnávání vlastního vzhledu s tímto prezentovaným idealizovaným obrazem. Hargreaves a Tiggemann (2002) zjistili, že sledování reklam zaměřených na vzhled určuje, jak ženy přemýšlejí o kráse. Brown a Tiggemann (2016) uvádí, že média mladistvým vnucují kult štíhlosti, a to poškozuje jejich body-image. V jiném výzkumu 70 % dívek potvrdilo, že obrázky v médiích v nich vyvolávají pocity nedokonalosti vlastního těla (Levine & Chapman, 2001).

Diedrichs a Lee (2011) zjistili, že sledování modelek průměrné velikosti postavy mělo pozitivnější vliv na obraz těla vysokoškolských studentek než sledování hubených modelek. Naproti tomu studie mezi mladými francouzskými ženami zjistila, že přirozeně vypadající modelky s realistickou velikostí těla a průměrnou úrovní krásy obličeje vyvolávají u diváků častěji odpor ve srovnání s idealizovanými modelkami (Borau & Bonnefon, 2017).

Na sociální síti Instagram se nachází řada fotografií žen, které jsou upravené v editorech a tím budí dojem ideálních proporcí tělesného vzhledu. Naproti tomu se na této platformě nachází i řada tzv. *body positive* obsahu. Výzkum zkoumal vliv tohoto *body positive* obsahu

na přijetí těla. Zjištění naznačují, že kongruentní *body positive* obsah může u diváků zvýšit spokojenost s vlastním tělem (Manning & Mulgrew, 2022).

Zatímco některá média udržují váhové stigma a kult štíhlosti, některé reklamní kampaně, jako je *Aerie Real* a *Dove Real Beauty*, se pokoušejí podporovat přijetí těla a pozitivní přístup k vlastnímu tělu. Výsledky výzkumu (Selensky & Carels, 2021) ukázaly pozitivní účinky kampaní. Zúčastněné ženy, které sledovaly kampaně Dove a Aerie, uvedly výrazně lepší sebevědomí a pozitivní náladu po shlédnutí. Z těchto výsledků vyplývá, že reklamy a média mají potenciál ovlivnit postoje společnosti založené na váze (Selensky & Carels, 2021).

1.5 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy zařazujeme do této kapitoly, protože se jedná o poruchy vnímání a prožívání vlastního tělesného vzhledu. Tyto poruchy souvisí s pocity nespokojenosti s vlastní postavou a touhou ji změnit. Mohou se rozvinout jak u obézních osob, tak u osob s normální hmotností, záleží na subjektivním pocitu spokojenosti a vztahu k vlastnímu tělu. Z tohoto důvodu se zde této tematiky okrajově dotkneme a pokusíme se široké spektrum poruch příjmu potravy stručně představit.

Poruchy příjmu potravy jsou kategorií psychických poruch s číselným označením F.50 dle Mezinárodní klasifikace nemocí. Mezi nejznámější a nejčastější poruchy příjmu potravy se řadí mentální anorexie (*anorexia nervosa*), mentální bulimie (*bulimia nervosa*) a psychogenní přejídání. Dále do kategorie poruch příjmu potravy řadíme jejich atypické formy, přejídání spojené s psychologickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami, jiné poruchy příjmu potravy a poruchy příjmu potravy nespécifikované. DMS-5 (Raboch et al., 2015) udává také ruminační poruchu, piku u dětí, vyhubavou/restriktivní poruchu příjmu potravy, zmiňuje také ortorexii. Nyní stručně charakterizujeme tři základní a nejčastější poruchy příjmu potravy.

MKN-10 (1993) definuje mentální anorexii (F50.1.) jako poruchu charakterizovanou úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje. Choroba je spojená se specifickou psychopatologií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, ovládající myšlenka, takže pacienti usilují o nižší tělesnou váhu. Diagnostickými kritérii jsou dle DMS-5 (Raboch et al., 2015) výrazně nízká hmotnost; intenzivní strach z přibírání na váze nebo z tloustnutí nebo trvalé chování, které překáží přibírání na váze, i při výrazně nízké váze; a narušení ve způsobu, jakým člověk pocítuje svou tělesnou hmotnost nebo tvar postavy, tedy vliv tělesné hmotnosti má nepřiměřeně velký

dopad na sebehodnocení. DSM-5 dělí pacienty trpící mentální anorexií na dva typy, a to na restriktivní a purgativní typ. Restriktivní typ dosahuje svých cílů ve změně postavy především dietami, půstem a nadměrným cvičení, zatímco purgativní typ střídá záchvaty přejídání s pročišťovacím chováním, jako je samovolně vyvolané zvracení, zneužívání diuretik, laxativ aj (Raboch et al., 2015).

Mentální bulimie (F50.2.) je syndrom charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy vedoucí k přejídání následované zvracením nebo používáním projímadel – nevhodným kompenzačním chováním za účelem prevence nadváhy. K záchvatovitému přejídání a nevhodnému kompenzačnímu chování dochází alespoň jednou týdně po dobu 3 měsíců. Tato porucha má mnohé psychologické rysy shodné s mentální anorexií včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru těla. Porucha se nevyskytuje výhradně během epizod mentální anorexie (MKN-10, 1993).

Psychogenní přejídání neboli záchvatovité přejídání (*binge disorder eating*) jsou epizody záchvatovitého přejídání, které doprovází pocit nedostatečné kontroly nad jídlem během epizody. Tyto epizody přejídání jsou spojeny s tím, že jedinec konzumuje potravu mnohem rychleji než normálně, i když necítí hlad, dokud se necítí nepříjemně sytý. Jí jídlo sám, protože se cítí trapně za to, kolik toho sní. Tyto epizody provází pocity znechucení sebou samým, deprese nebo pocity viny, je přítomen výrazný strach z přejídání. K záchvatovitému přejídání dochází v průměru alespoň jednou týdně po dobu 3 měsíců a není spojeno s opakovaným používáním nevhodného kompenzačního chování jako u výše zmíněných poruch. Prostá obezita se mezi poruchy příjmu potravy zatím neřadí (Raboch et al., 2015).

Celosvětová prevalence poruch příjmu potravy se mezi lety 2000 a 2018 zvýšila z 3,4 % na 7,8 % (Galmiche et al., 2019). Poruchy příjmu potravy postihují nejméně 9 % populace na celém světě. V USA 19 % populace neboli 28,8 milionů Američanů, mělo během svého života poruchu příjmu potravy (Deloitte Access Economics, 2020).

Poruchy příjmu potravy patří mezi nejsmrtelnější duševní choroby, hned po předávkování opioidy. Až 10 200 úmrtí každý rok je přímým důsledkem poruchy příjmu potravy – to je jedno úmrtí každých 52 minut (Deloitte Access Economics, 2020). Asi 26 % lidí s poruchami příjmu potravy se pokusí o sebevraždu (Galmiche et al., 2019). Poruchy příjmu potravy byly v letech 2001-2004 v USA častější mezi mladými ženami (4 %) než muži (2 %). Z adolescentů s poruchami příjmu potravy měla nejvyšší prevalenci věková skupina 17 až 18 let (3 %) (Merikangas et al., 2010).

V roce 2017 bylo v České republice léčeno v ambulantních zdravotnických zařízeních s diagnózami F50.0–F50.9 (poruchy příjmu potravy) 3731 pacientů a v psychiatrických lůžkových zařízeních bylo hospitalizováno celkem 454 případů. Asi 90 % pacientů jak v ambulancích, tak na lůžkových odděleních, byly ženy (ÚZIS, 2018).

Mezi rizikové faktory pro vznik a rozvoj poruch příjmu potravy řadíme pohlaví. Ženy trpí poruchami příjmu potravy častěji než muži. Psychogenní přejídání se vyskytuje u žen 2,5x častěji, anorexie a bulimie 10x častěji než u mužů (Papežová, 2010). Dalším faktorem je etnický původ. Výzkumy (Franko & Striegel-Moore, 2002) ukazují, že „*bilé*“ ženy jsou častěji nespokojeny se svým tělem, než je tomu u jiných etnických žen. Poruchy příjmu potravy se nejčastěji rozvíjí v období adolescence, proto jako další rizikový faktor zmiňujeme věk. Důležitou roli sehrávají také osobnostní rysy. Výzkumy dávají do souvislosti impulzivitu a psychogenní přejídání (Pipová et al., 2021) dále perfekcionismus (Welch et al., 2020) a obsedantně–kompulzivní osobnost (Müller et al., 2001) s bulimií či anorexií. Pro poruchy příjmu potravy je typická také negativní emocionalita a přítomnost jiných psychopatologií, například sociální úzkosti, panické poruchy či obsedantně–kompulzivní poruchy (Papežová, 2010). Někteří autoři popisují i rizikové povahové rysy pro vznik poruch příjmu potravy. Patří sem potřeba pozornosti, perfekcionismus, potřeba kontroly, asketismus, sebetrestající chování a vyšší citlivost na poznámky o vzhledu, kritiku apod. (Papežová & Hanusová, 2012).

Poruchy příjmu potravy mohou být odstartovány také nepříznivou životní událostí, jako je trauma, separace, sexuální zneužití aj. Opakovaně se ukazuje, že mentální anorexii předchází dlouhodobé problémy v rodině (Krch, 2005). Mezi riziková prostředí řadíme také obory jako je balet, modeling, gymnastika a další sportovní odvětví, ve kterých sehrává vzhled a výkonost těla důležitou roli. Poruchy příjmu potravy se častěji rozvinou u žen nespokojených se svojí postavou, které mají za sebou už nějaké dietní pokusy. V některých případech působí na vznik těchto poruch také faktory genetické. Asi 14 % pacientek s mentální anorexií mají v anamnéze matku s diagnózou poruchy příjmu potravy (Papežová, 2010).

Ačkoliv jde o onemocnění psychická, mají závažný dopad na všechny aspekty života nemocného. Nejpatrnější na první pohled je dopad na tělo, jeho funkce a vzhled. Osoby trpící mentální anorexií mohou mít nápadně hubenou postavu. V důsledku malnutrice dochází k minerálové dysbalanci. Nedostatek živin pro tělo způsobuje vypadávání vlasů, poruchy termoregulace, objevují se poruchy menstruačního cyklu a poruchy sexuality. Dlouhodobá podvýživa má za následek až ztrátu menstruace (amenorea), což může ohrozit ženský

reprodukční systém a způsobit komplikace při početí a těhotenství. Poruchy příjmu potravy negativně ovlivňují i kostní metabolismus, respirační systém, způsobují změny kůže, nehtů, mají souvislost s poruchami spánku, bolestmi hlavy, trupu, někdy i s poruchami vědomí (Papežová, 2018).

U poruch příjmu potravy je nezbytná komplexní léčba. Na diagnostice a léčbě poruch příjmu potravy se podílí praktičtí lékaři, pediatři, psychologové, psychiatři a nutriční terapeuti. Odborníci posuzují motivaci k léčbě, zdravotní stav a následky diet a hladovění. Po stanovení diagnózy nutriční terapeut naplánuje pacientce jídelníček pro dosažení cílové hmotnosti. U pacientek s mentální anorexií je nezbytné zvýšit extrémně nízkou hmotnost pomocí výživy, dále suplementace vitamínů a minerálů. V případech extrémní podvýživy může být nutná hospitalizace (Krch, 2005).

Potíže s narušeným vnímáním vlastního těla, negativním sebehodnocením ale i s bojem proti nutkavým záchvatům přejídání pomůže pacientovi psychoterapie. Hojně se k léčbě využívá kognitivně-behaviorální přístup, psychoanalytický přístup, v případě dospívajících i rodinná terapie. Nutno zmínit, že většina pacientek s poruchami příjmu potravy si onemocnění nechce přiznat, stydí se za něj, bagatelizuje ho a nechce s psychologem ani lékařem spolupracovat. Vybudování dobrého psychoterapeutického vztahu mezi terapeutem a pacientem bývá proto nelehkým úkolem. Pro pacientky s mentální anorexií přináší restrikce jídla pocit zvýšené kontroly nad vlastním životem a tohoto pocitu se nerady vzdávají (Marková et al., 2006c).

Farmakoterapie není u těchto poruch metodou první volby, nezbytné je, aby byla doprovázena psychoedukací, psychoterapií, nutričním poradenstvím a režimovou terapií. Přesto zmíníme některé druhy psychofarmak, která se při poruchách příjmu potravy užívají. Psychiatr předepisuje antidepresiva např. *fluvoxetin*, dále anxiolytika především *benzodiazepiny* a antipsychotika, které se užívají pro ovlivnění extrémních poruch vnímání vlastního těla a odstranění nutkavých myšlenek (Papežová, 2018).

Přílišná restrikce jídla má závažné dopady na tělesné i duševní zdraví. V následující kapitole se budeme věnovat opačnému problému, tedy nadměrné konzumaci jídla, problematice obezity, nadváhy a rizikům s nimi spojenými.

2 OBEZITA A NADVÁHA

V této kapitole se budeme zabývat tématy jako je obezita a nadváha. Uvedeme zde jejich epidemiologii, možné příčiny vzniku a souvislosti s tělesnými i psychickými aspekty. Na závěr se zaměříme na možnosti a limity léčby obezity.

2.1 Obezita jako globální problém

Obezita je Světovou zdravotnickou organizací WHO v rámci desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí považována za nemoc a je označována kódem E66 (WHO, 2020). Obezita je choroba, která je charakterizovaná množením tělesné tukové tkáně v organismu nad určitou optimální mez. U žen je tato horní hranice tělesného tuku 25 % z celkové hmotnosti těla, u mužů je hranice 20 %. U dětí se tato hranice posuzuje vzhledem k věku dítěte. Nadváha je tedy určitým předstupněm obezity, jedná se o méně závažný problém (Müllerová et al., 2009).

Nadváha a obezita jsou celosvětově spojeny s více úmrtími než podváha. Globálně je více lidí obézních než lidí s podváhou – je tomu tak ve všech regionech kromě částí subsaharské Afriky a Asie. Odhaduje se, že přibližně 39 % světové populace trpí nadváhou nebo obezitou, avšak míra obezity se může v jednotlivých zemích drasticky lišit. Země s nejvyšším podílem populace s nadváhou nebo obezitou jsou tichomořské ostrovní země Nauru, Palau a Cookovy ostrovy (WHO, 2020).

V roce 2016 trpělo nadváhou více než 1,9 miliardy dospělých ve věku 18 let a starších. Z toho více než 650 milionů dospělých bylo obézních. Nadváhou trpělo v tomto roce 39 % dospělých ve věku 18 let a více (39 % mužů a 40 % žen). V roce 2016 trpělo nadváhou nebo obezitou více než 340 milionů dětí a dospívajících ve věku 5–19 let. Problém obezity u dětí a dospívajících je obzvláště alarmující, protože obézní děti mají větší šanci, že budou obézní v dospělosti nebo že budou postiženy nebo předčasně zemřou jako dospělí. Celosvětová prevalence obezity se mezi lety 1975 a 2016 téměř ztrojnásobila (WHO, 2020).

Obezita ohrožuje 19 % Čechů, z toho téměř 20 % mužů a 18 % žen, mírnou nadváhou trpí 47 % mužů a 33 % žen. Průměrná hodnota BMI (indexu tělesné hmotnosti) obyvatel České republiky dosáhla 25,2, což je těsně nad horní hranicí normální zdravé váhy (Eurostat, 2019). Protektivními faktory pro vznik a vývoj obezity jsou především dostatečná a pestrá výživa, stravovací a denní návyky, pravidelná pohybová aktivita, ale i socioekonomické zázemí. Rizikové faktory pro vznik obezity dělíme na vnitřní a vnější (Hlúbik, 2002). Vnitřními rizikovými faktory pro vznik obezity je nejčastěji genetická dispozice, a to ze 40-70 %

(Brychta, 2011). Hainerová (2010) uvádí, že u dětí a dospívajících je samotná obezita rodičů největším rizikovým faktorem pro vznik obezity v tomto období. Riziko obezity v pozdním věku se zvyšuje, pokud má dítě nadváhu již od narození (Fraňková et al., 2010). Z období nejvíce rizikových pro rozvoj obezity u žen se uvádí doba těhotenství a období po porodu, dále období menopauzy. Zvýšené riziko je u obyvatelstva v období dospívání, kdy se v důsledku ukončeného růstu energetická potřeba snižuje (Středa, 2010).

Mezi vnější faktory patří faktory psychogenní, jako je stres, náročná životní událost aj. Vnější faktory se dají do určité míry ovlivnit. Pro prevenci obezity je klíčové formování zdravých stravovacích návyků v rodině, motivace dětí k pohybovým aktivitám, ale také zajištění klidného rodinného a školního prostředí. Obezita není totiž pouhé zvýšení tělesné hmotnosti na základě vysokého energetického příjmu. Jedná se o komplex působících činitelů genetických, nutričních, socioekonomických a psychologických činitelů, které se na vzniku a rozvoji obezity a nadváhy podílejí (Martíník, 2008).

Stanovení nadváhy a obezity se běžně odvíjí od hodnoty tzv. *Body Mass Indexu* (BMI neboli Queteletův index), který se vypočítá jako poměr tělesné váhy a druhé mocniny výšky jedince. Vzorec výpočtu BMI je $BMI = \text{tělesná hmotnost (kg)} / \text{tělesná výška (m}^2\text{)}$ (Müllerová, et al., 2009). Pokud je hodnota BMI vyšší nebo rovna 25, hovoříme o nadváze, pokud je BMI vyšší nebo rovno 30, hovoříme o obezitě. BMI však není jediný ukazatel, podle kterého můžeme obezitu měřit. Při vyšetření obézního pacienta je nutné získat podrobnou anamnézu, ve které se zaměřujeme zejména na okolnosti rozvoje obezity a její další vývoj (Brychta, 2011). Mezi další nástroje sloužící k určení obsahu tukové tkáně v těle se používá například přístrojová metoda bioelektrická impedance BIA nebo referenční metody DEXA či hydrodenzitometrie (Müllerová et al., 2009).

Podle lokace tukové tkáně rozlišujeme tzv. viscerální (útrobní) tukovou tkáň a subkutánní (podkožní) tukovou tkáň. Svačina a Bretšnajdrová (2008) obezitu rozdělují na takzvanou androidní a gynoidní, tedy obezitu mužského a ženského typu. Viscerální uložení tuku, známé také jako androidní typ obezity, vede ke kardiovaskulárním chorobám, a jiným komplikacím, jako je diabetes mellitus 2. typu (Adámková, 2009). Obezita představuje zvýšené riziko pro vznik nádorových onemocnění, nemocí trávicího traktu, kožních chorob nebo syndromu spánkové apnoe (Müllerová et al., 2009).

Z hlediska psychiky je obezita, jak u mužů, tak u žen, často doprovázena depresivními stavy. Jelikož je často kvůli svým negativním dopadům na fyzické zdraví obezita společností odsuzována, nezdědka až diskriminována, obézní jedinci jsou tímto společenským tlakem

ohrožení. Diskriminace, posměšky či urážky se tak mohou stát spouštěcím faktorem pro vznik psychopatologií, ať už se jedná o úzkostné, depresivní poruchy, či přímo poruchy příjmu potravy (Tomiyaama et al., 2018). Nadváze a obezité, stejně jako s nimi souvisejícím nepřenositelným nemocem, lze do značné míry předcházet. Pravidelná fyzická aktivita a volba zdravějších potravin jsou tou nejsnazší a nejdostupnější cestou, kterou pokud se vydáme, se můžeme obezitě a jejím komplikacím vyhnout. Dle doporučení WHO (2020) mohou lidé na individuální úrovni předcházet obezitě konkrétně tím, že omezí příjem energie z celkových tuků a cukrů; zvýší spotřebu ovoce a zeleniny, stejně jako luštěnin, celozrnných výrobků a ořechů; a budou se věnovat pravidelné fyzické aktivitě (60 minut denně pro děti a 150 minut rozložených do týdne pro dospělé).

Pokud však jedinec sám tyto změny realizovat nedokáže, existuje řada preventivních programů a podpůrných skupin, jako jsou například program HOPE, HEALTH PLUS, pro děti a dospívající programy jako HELENA či CEHAPE (Müllerová et al., 2009).

Léčba obezity je značně náročnější než její prevence. Podílí se na ní celá řada odborníků, jako je praktický lékař, nutriční terapeut, sportovní trenér či ve vážnějších případech a nutnosti bandáže žaludku i chirurg. Lékař doporučí určitý typ redukční diety a provádí průběžná měření a vyšetření (Müllerová et al., 2009).

V neposlední řadě je často nezbytná i práce poradce nebo psychoterapeuta, protože, jak jsme již výše uvedli, obezita sebou přináší i psychické obtíže. Mezi nejčastěji využívané psychoterapeutické přístupy pro práci s obézními klienty se uvádí kognitivně-behaviorální terapie. Terapeut pracuje s klientem na změnách patologických vzorců chování, které vedly k rozvoji obezity, dále také na motivaci ke změně a zvýšení vzdělanosti ohledně zdravého životního stylu (Pearl, 2020). Výzkum Juchacze a jeho kolegů (2021) při léčbě obézních žen prokázal, že i dietní opatření pomáhá lépe za doprovodu podpůrné psychoterapie než pouze dietní program sám bez psychoterapeutické intervence.

2.2 Možnosti ovlivnění tělesného vzhledu

Jak jsme již výše zmínili, tělesný vzhled a tvar postavy jsou z velké části dány genetickými dispozicemi. Přesto však existuje hned několik možností, jak můžeme tělesný vzhled ovlivnit či pozměnit. Mimo radikálnější řešení korekce postavy jako jsou lékařské zákroky, tak ostatní možnosti jako jsou zdravé stravovací návyky, pravidelná pohybová aktivita a péče o duševní pohodu nám pomohou jak k cestě k vyšší spokojenosti s vlastním tělem, tak

k celkové vitalitě a zdraví celého těla. Nyní si představíme možnosti a limity korekce postavy podrobněji.

2.2.1 Stravovací návyky

Jedna z nejdůležitějších složek, která se podílí na vzhledu postavy, je strava. Ukazuje se, že pokud se rozhodneme zhubnout či naopak přibrat, stravovací a dietní opatření mají na výsledek vyšší vliv než pohybová aktivita. Ve výzkumu Masona a kolektivu (2019) byly zjišťovány efekty při snižování hmotnosti u žen trpících obezitou. Výsledky ukázaly, že samotná pohybová aktivita bez dietních opatření neměla žádný vliv na snížení tělesné hmotnosti zúčastněných žen. Snížení počtu přijímaných kalorií a úprava kvality stravy vedla u žen ke snížení celkového množství tuku v těle, ke snížení obvodu pasu i snížení emočního přejídání (Mason et al., 2019)

Základním předpokladem pro fungování lidského těla je příjem energie. V lidském organismu platí základní energetické zákony. Energetický příjem a výdej jsou klíčovými pojmy. Denní energetický příjem je energie (jednotkou je kalorie nebo kilojoul), kterou přijmeme za den ze stravy a tekutin. Denní energetický výdej se skládá z hodnoty bazálního energetického výdeje, termického efektu potravin a z energie vydané na práci, pohyb a ostatní denní činnosti. Pro zjištění optimálního energetického příjmu a výdeje je nezbytné znát hodnotu bazálního metabolismu. Bazální metabolismus je množství energie, kterou lidské tělo potřebuje, pokud se nepohybuje. Tuto hodnotu zjistíme pomocí kalorimetrie nebo výpočtem pomocí Harrisovy-Benedictovy rovnice, kdy se hodnoty v rovnicích liší pro muže a ženy. Pokud k získané hodnotě připočítáme termický efekt potravy (10 %) a výdej zajištěný fyzickou aktivitou, získáme hodnotu denního energetického výdeje (Zlatohlávek et al., 2019).

Pro snížení tělesné hmotnosti musí být energetický příjem nižší, než je energetický výdej. Když je cílem přibrat, tak je tomu naopak. Ženy mají nižší energetickou denní potřebu než muži. Průměrný muž potřebuje k udržení zdravé tělesné hmotnosti asi 2 500 kcal (10 500 kJ) denně. Pro průměrnou ženu je toto číslo kolem 2 000 kcal (8 400 kJ) denně (Zlatohlávek et al., 2019). Odbourávání tuků se liší v závislosti na pohlaví. Muži mají rychlejší bazální metabolismus, více svalů a častěji mají za sebou méně dietních pokusů než ženy. V hubnutí proto bývají úspěšnější (Fialová, 2007).

Pouhá kontrola energetického příjmu a výdeje však k dlouhodobě udržitelným výsledkům v této oblasti nestačí. Aby byl stravovací režim dlouhodobě udržitelný a přispíval ke zdraví,

je důležitá i kvalita potravy, kterou konzumujeme. Lidské tělo potřebuje dostatek základních živin, které označujeme termínem makronutrienty. Patří sem bílkoviny, tuky a sacharidy. Doporučený denní příjem těchto živin je v poměru 1:1:4 (v pořadí bílkoviny, tuky, sacharidy). Optimální množství těchto živin je i přes obecná doporučení velmi individuální, je zapotřebí zohlednit více faktorů, jako je například aktuální tělesná hmotnost, pohlaví či pohybová aktivita. Mimo tyto základní živiny v potravě přijímáme i vitamíny, minerální látky, stopové prvky a samozřejmě vodu. Příjem tekutin by měl činit asi 2 litry čisté vody v zimě, v létě více. Ideální příjem tekutin lze také vypočítat jako 40-50 ml/kg/den (Zlatohlávek et al., 2019).

Dietní opatření jsou nejčastěji nastavená na principu snížení příjmu energie. Hypokalorické nutričně vyvážené diety jsou charakterizované mírnou kalorickou restrikcí, tedy přibližně denní doporučený příjem činí 1200-1400 kcal pro ženy a 1600 kcal pro muže. U přísnějších nízkenergetických diet může denní energetický příjem činit 800 kcal a méně. Tyto diety jsou indikovány především u extrémně obézních pacientů, často jsou doprovázeny chirurgickými zákroky. Tyto typy diet jsou však spojené s nedostatkem proteinů a mikronutrientů, při pouhé nadváze nejsou doporučovány a bývají indikovány pouze jako krátkodobé opatření. Pro úplnost zde zmíníme i diety založené na snížení konzumace tuků (*low fat diet*), sacharidů (*low carb diet*) nebo diety založené na principu časového ohraničení konzumace (*intermittent fasting*) (Müllerová et al., 2009).

Snížení kalorického příjmu se dá docílit více způsoby. Jedním z nich je prostá úprava složení stravy. WHO (2020b) vypracovala doporučení při projektu globální strategie výživy:

- Minimálně 400 g (tj. pět porcí) ovoce a zeleniny denně.
- Méně než 10 % celkového energetického příjmu z volných cukrů.
- Méně než 30 % celkového energetického příjmu z tuků.
- Doporučuje se snížit příjem nasycených tuků na méně než 10 % celkového energetického příjmu a trans-tuky na méně než 1 % celkového energetického příjmu.
- Méně než 5 g soli (odpovídá asi jedné čajové lžičce) denně.

Z výše uvedeného vyplývá, že strava je nejdůležitějším faktorem pro prevenci vzniku a rozvoje obezity, který lze ovlivnit. Velký zřetel na utváření vhodných stravovacích návyků bychom měli brát již v dětském věku. Základní stravovací návyky se utváří a formují v dětství. První povědomí o výživě dítě získává v rodinném prostředí, ve kterém vyrůstá. Abychom u dítěte mohli vytvořit vhodné stravovací návyky, měli bychom u něj budovat pozitivní vztah k výživným jídlům a sami jít ve výživě dítěti příkladem. Děti se od svých

rodičů přirozeně učí nápodobou. Špatné stravovací návyky rodičů děti převezmou a v pozdějším věku je pro ně obtížné tyto návyky měnit (Fraňková et al., 2013).

Rodiče sehrávají klíčovou roli v utváření stravovacích návyků dětí a je potřebné se o tyto aspekty jako rodič zajímat. Správná intervence a vedení dítěte ke zdravému životnímu stylu může dítě uchránit před vznikem a rozvojem obezity a s ní spojenými zdravotními komplikacemi. Centrum pro kontrolu nemocí a prevence (2020) doporučuje rodičům, aby rozvíjeli zdravé stravovací návyky u dětí, omezovali kaloricky bohatá pokušení a svačinky, vedli děti k aktivitě, redukovali sedavý čas a zajistili dostatečný spánek.

Výzkum (López-Contreras et al., 2020) sledoval snížení váhy u obézních dětí, jejichž matky začaly navštěvovat intervenční program o zásadách zdravé výživy. Edukační intervence zlepšila některé stravovací návyky celé rodiny a měla dopad na zdraví dětí. Pozitivním výsledkem bylo snížení hmotnosti a nižší naměřené skóre v testu insulinové rezistence HOMA-IR (López-Contreras et al., 2020). Z toho vyplývá, že funkční prevencí vzniku a rozvoje obezity je osvojení si zdravých stravovacích návyků v celém rodinném systému.

2.2.2 Pohybová aktivita

Ačkoliv fyzická aktivita není stěžejním nástrojem při redukci hmotnosti, je nedílnou součástí zdravého životního stylu a spoluutváří energetický výdej. Některé výzkumy (2019) ukazují, že nízkokalorické diety samy o sobě nemají tak dlouhodobý efekt na redukci hmotnosti, jako když jsou kombinovány s pohybovou aktivitou. Pravidelná pohybová aktivita spolu se zdravými stravovacími návyky a duševní hygienou funguje jako komplexní systém, který pomáhá předcházet vzniku a rozvoji obezity (Zaman, 2019).

Pohyb má zdravotní benefity jako je snížení krevního tlaku, prevence cukrovky 2. typu, zvýšení tělesné zdatnosti, snižuje riziko vzniku ischemické choroby a spoustu dalších (Garber, 2019). Inzulínová rezistence, diabetes typu 2, dyslipidemie, hypertenze, cholelitiáza, určité formy rakoviny, steatóza hepatis, gastroezofageální reflux, obstrukční spánková apnoe, degenerativní onemocnění kloubů, dna, bolesti dolní části zad a syndrom polycystických vaječnicků, to vše je spojeno s nadváhou a obezitou (Bult, 2008).

Pohybová aktivita je aktivita vyžadující výdej energie a přinášející pozitivní zdravotní účinky. Jde o opakující se, strukturovanou činnost, která přispívá k posílení tělesné zdatnosti. Fyzickou aktivitou se rozumí veškerý pohyb, včetně pohybu ve volném čase, pro dopravu na místa a zpět nebo jako součást pracovní činnosti. Pohyb tedy můžeme provádět záměrně nebo bezděčně (WHO, 2020a).

Mezi hlavní benefity pravidelné pohybové aktivity patří významné zdravotní přínosy pro srdce, tělo a mysl, prevence nepřenositelných nemocí jako jsou kardiovaskulární onemocnění, rakovina a cukrovka, zlepšení myšlení, učení a úsudku, podpora zdravého růstu a vývoje u mladých lidí a zlepšení celkové pohody (WHO, 2020a). Pohyb má i zásadní vliv na náladu, podílí se na prevenci deprese a úzkosti. U zdravého člověka dochází při pohybové aktivitě o intenzitě alespoň 65 % maximální individuální spotřeby k vzestupu endorfinů a tím působí pozitivně na náladu sportovce (Fořt, 2002).

Díky pravidelné fyzické aktivitě můžeme zvýšit svůj energetický výdej, což proces hubnutí může ovlivnit také. Výraznější než na redukci tuků, má pohyb vliv na formování tvaru postavy. Dvě různé ženy se stejnou hmotností mohou mít zcela odlišný tvar postavy. To je dané především podílem tuku a svalů v těle. Díky pravidelné fyzické aktivitě objem svalů narůstá a postava se formuje. Platí také, že čím více má osoba svalové hmoty v těle, tím více energie může přijmout, protože svaly spotřebovávají pro své fungování více energie než tuky. I z tohoto důvodu je rozumné a prospěšné zahrnout pravidelnou fyzickou aktivitu do svého režimu (Fialová, 2007).

Pohybovou aktivitu můžeme rozdělit podle příjmu kyslíku na aerobní a anaerobní. Aerobní cvičení je založeno na rytmickém zatěžování velkých svalových skupin. Při aerobním pohybu se zvyšuje dechová a tepová frekvence (Paulík, 2017). Tepová frekvence se při aerobní aktivitě pohybuje 60-80 % z maximální tepové frekvence, což je hodnota 220 tepů za minutu. Intenzita zátěže je mírná až střední. Mezi aerobní aktivity patří běh, chůze, nordic walking, plavání, cyklistika, bruslení, lyžování, tanec, pilates, joga aj. (Pastucha, 2011).

Chůze je nejpřirozenější pohyb pro člověka již několik tisíciletí. Doporučení bývá minimálně 8-10 tisíc kroků za den. Dostatek chůze se odvíjí od spousty faktorů, jako je vzdálenost školy či zaměstnání od domova, návyky v rodině (pěší túry, sportovní výlety) aj. Anaerobní aktivita je založená na vyvinutí velké síly, například při zvedání těžkých břemen během krátké doby, při které nedochází k tak výrazné spotřebě kyslíku jako při aktivitě aerobní (Pastucha, 2011).

Světová zdravotnická organizace doporučuje pohyb minimálně 30 minut střední intenzity 5x týdně, nebo alespoň 20–25 minut pohybové aktivity vysoké intenzity 3x týdně. Toto doporučení je nutné chápat jako doplněk k běžným denním aktivitám, které mají obvykle mírnou intenzitu nebo trvají méně než 10 minut (WHO, 2020a).

I přes tato doporučení je více než 80 % světové dospívající populace nedostatečně fyzicky aktivní. Nejnovější dostupné globální srovnání z roku 2010 naznačují, že celosvětově 23 %

dospělých a 81 % dospívajících (ve věku 11–17 let) nespĺňují světovou normu doporučení pro fyzickou aktivitu vedoucí ke zdraví (WHO, 2020a).

Zajištění optimálního množství pohybu pro zdraví musí učinit každý jedinec na individuální úrovni, podporu k pohybu je ale nezbytné zajistit i celospolečensky. Globální politika podpory pohybu si klade tyto cíle:

- dostupnost nemotorové aktivní a bezpečné formy dopravy jako je chůze či jízda na kole;
- podpora pracovní politiky aktivního dojíždění do zaměstnání a tím zvýšení fyzické aktivity během pracovního dne;
- péče o děti a studenty ze základních, středních a vysokých škol, jež poskytují všem studentům podpurné a bezpečné prostory a zařízení pro aktivní trávení volného času;
- podpora dětí v rozvoji vzorců chování, které je udrží pohybově aktivní po celý život;
- podpora pohybových aktivit na základních a středních školách v hodinách tělesné výchovy i mimo ni;
- poskytování vhodných příležitostí pro všechny věkové kategorie v komunitních a školních sportovních programech;
- poskytování rad a doporučení zdravotnických pracovníků pro pacienty podporující aktivní životní styl (WHO, 2018).

Motivace k aktivnímu životnímu stylu může být náročná, a to z několika důvodů. V často uspěchaném a nabitém denním harmonogramu může být obtížné si na pravidelnou fyzickou aktivitu najít čas. Moderní doba, používání automobilů a sedavá zaměstnání přispívají ke snížení nezáměrné denní aktivity během dne. Pozitivní vztah ke sportu a pohybu se stejně jako stravovací návyky formuje v dětství. Je důležité vést děti k pohybu a k aktivnímu životnímu stylu. Pokud je dítě od dětství zvyklé chodit pěšky, účastnit se sportovních zájmových kroužků a trávit svůj volný čas aktivně, je vyšší předpoklad, že si obdobný vztah k pohybu udrží i do dospělosti (Pastucha, 2011).

Rodiče by měli své děti ve sportu podporovat a motivovat je, o to více, pokud již trpí nadváhou či obezitou. Vhodným opatřením je regulace času stráveného sezením u televize, tabletu či smartphonu. Americká akademie pediatrie vydala v roce 2001 doporučení, že by se mladí lidé neměli zdržovat u televize déle než 2 hodiny denně (Pipová et al., 2021). Aktivní trávení volného času je pro dítě prospěšné ve všech oblastech, ať už je to oblast zdravotní, psychická či sociální ve smyslu utužení vztahů s vrstevníky během sportovních aktivit.

2.2.3 Duševní hygiena

Psychická a duševní pohoda je neméně důležitým aspektem, který sehraává roli při cestě k dosažení a udržení si normální tělesné hmotnosti. Dlouhodobými studiemi je prokázáno, že obezita je rizikovým faktorem pro poruchy nálady a naopak. Život obézních se skládá z období hladovění a restrikcí na jedné straně a pocitů totální ztráty kontroly a nadměrného příjmu kalorií na straně druhé. Mezi nejčastější charakterové rysy obézních pacientů patří neuroticismus, který zahrnuje úzkost, deprese, impulzivitu, hněv a nepřátelství (Slabá et al., 2020).

Vztah mezi stravou a duševními poruchami je složitý. Stres může vést k nárůstu přejídání, obezity a psychiatrických poruch, včetně PTSD a deprese. Obezita může vyvolat deprese, deprese může vést k přejídání a tím způsobit obezitu. Stručně řečeno, vztah mezi stravou, stresem a psychiatrickými poruchami je komplexní a pravděpodobně obousměrný, přičemž strava ovlivňuje psychiatrické symptomy a psychiatrické symptomy ovlivňují dietu s interakcemi se stresem a obezitou (Bremner et al., 2020).

Dietní opatření a změna stravovacích zvyklostí může mít také přímý vliv na náladu. Vliv stravy na mozkové funkce je jednou z cest, kterou může strava ovlivnit náladu a rozvoj psychiatrických poruch. Je známo, že tuky interferují se syntézou serotoninu, klíčového mozkového neurotransmiteru, který se podílí na rozvoji deprese, zatímco proteiny mají opačný účinek. Proto se předpokládá, že dieta s vysokým obsahem tuku způsobuje poruchy nálady, zatímco nízkotučná dieta by měla opačný účinek. Výzkumné studie ve skutečnosti ukázaly, že potraviny s vysokým obsahem tuku mohou vést k přechodným změnám nálady, pravděpodobně prostřednictvím signalizace střevní flóry, kterou vnímá mozek. Příjem tuků vede k pocitům ospalosti, které nesouvisí pouze s jídlem (Bremner et al., 2020).

Dieta a obezita mohou ovlivnit náladu přímými vlivy, nebo psychické poruchy související se stresem mohou vést ke změnám stravovacích návyků, které ovlivňují hmotnost. Alternativně mohou běžné faktory, jako je stres nebo predispozice, vést jak k obezitě, tak k duševním poruchám souvisejícím se stresem, jako je deprese a posttraumatická stresová porucha (Bremner et al., 2020).

Při zkoumání vztahu mezi střevem a mozkiem se zjistilo, že střevní mikrobiom má vliv na mozkovou funkci a pravděpodobně také na náladu a chování. Oblasti mozku, neurotransmitery a neuropeptidy, které se podílejí na náladě a chuti k jídlu, pravděpodobně hrají roli ve zprostředkování tohoto vztahu. Deprese u obézních jedinců může být způsobena psychologickými problémy souvisejícími se sebevědomím ohledně vzhledu, běžnými

faktory jako je anamnéza zneužívání v dětství, nebo faktory jako jsou dietou vyvolané změny v gastrointestinálním mikrobiomu (Bremner et al., 2020).

Jelikož studie trvale ukazují, že léčba obezity zlepšuje symptomy deprese, dalo by se očekávat, že i opak bude pravdou, tedy že léčba symptomů deprese zlepšuje obezitu. To se však zatím výzkumně nepotvrdilo. Některé studie uvádí, že užívání antidepresiv při léčbě deprese může mít za následek přibývání na váze. To ale platí pouze u některých preparátů, jako je například mirtazapin. Antidepresiva SSRI (*Selective serotonin reuptake inhibitors*) mají pouze malý dopad na hmotnost pacienta (Jantarantotai et al., 2017).

Role psychologa je zásadní jak v konzervativní, tak v metabolicko-bariatrické léčbě obezity. Mezi nejúčinnější psychoterapeutické přístupy patří především kognitivně-behaviorální terapie, existenciální terapie a psychodynamický přístup (Slabá et al., 2020). Psycholog může s pacienty pracovat na léčbě deprese ve spolupráci s psychiatrem, doprovázet pacienta a motivovat ho ke změně životního stylu, učit ho pracovat s emočním přejídáním či pomoci mu proniknout do hlubší podstaty původu jeho problémů (Zlatohlávek et al., 2019). Cesta k nápravě těchto problémů je dlouhá a náročná, pouhé snížení hmotnosti často neznamená zvýšení životní spokojenosti a odstranění poruch nálady. Jde o komplexní problém, jež vyžaduje dlouhodobou systematickou léčbu.

2.2.4 Lékařské zákroky a farmakoterapie

Farmakologická, lékařská či chirurgická léčba představuje snadný zdroj pro rychlou a snadnou změnu tělesného obrazu při hledání požadovaného ideálního těla. Bývá indikována v případě, že se pacientovi nedaří snížit hmotnost šetrnější cestou a obezita ho ohrožuje na zdraví. Nyní si představíme chirurgické metody léčby obezity.

Bariatrická chirurgie se ukazuje jako efektivní pomoc při léčbě obezity a přidružených komplikací. Výzkumně potvrzená dlouhodobá účinnost metody a nízká mortalita chirurgických zákroků činí z bariatrických operací velmi populární metodu léčby obezity. V Evropě se stávají první volbou v chirurgické léčbě obezity bandáže. V USA převažují gastrické bypassy nebo biopankreatická diverze. Jedním z milníků ve vývoji bariatrické chirurgie v ČR byla první laparoskopická neadjustabilní bandáž žaludku v roce 1993 (Fried, 2005).

Na indikaci k zákroku se podílí dietolog, obezitolog, klinický psycholog a bariatrický chirurg. Pacienti by měli splňovat některá kritéria, například hodnota BMI vyšší než 35-40 kg/m², věk do 60 let aj. Kontraindikací pro bariatrickou chirurgii jsou psychická onemocnění

znemožňující spolupráci při vyšetření a zákrocích, pacienti trpící psychózami, alkoholickými jaterními cirhózami, drogově závislí, systémová onemocnění či poruchy imunity (Fried, 2005).

Mezi nejčastější a nejpoužívanější bariatrické zákroky patří gastrický bypass, biopankreatická diverze a bandáž žaludku. Gastrický bypass a biopankreatická diverze patří mezi malabsorbční výkony (prvky restriktce i malabsorbce), bandáž žaludku je čistě restriktivní operace. Gastrický bypass se nejčastěji provádí metodou RYGB (*Roux Y Gastric Bypass*). Potrava se z malé horní části žaludku dostává přes napojení žaludku se střevem pomocí dvou spojení do tenkého střeva. Střevo připomíná tvar písmene Y. Dva roky po bypassu se až 90 % pacientů obejde bez léčby cukrovky (užívání inzulínu) a hladina krevního cukru se u nich dostává na normální hodnoty (Fried, 2005).

Biopankreatická diverze byla poprvé provedena v Itálii na Janovské univerzitě. Princip této metody spočívá v resekcii distální části žaludku a rozdělení tenkého střeva. Ze své podstaty se snižuje schopnost trávení v oblasti tenkého střeva a vstřebávání některých složek potravy, a tím dochází ke snížení schopnosti zužitkovat energii obsaženou v potravě. Operací se částečně zmenší i celkový objem žaludku, a tím se omezí možnost konzumace nadměrného množství potravy najednou. Tato metoda je spojená s největšími a nejtrvalejšími váhovými úbytky (Fried, 2005).

Bandáž žaludku je nejrozšířenější chirurgickou metodou léčby obezity v Evropě. Její princip spočívá v zavedení manžety ze syntetického materiálu kolem části žaludku. Stažením bandáže vzniknou z jedné části žaludku dvě, jedna menší, druhá větší, tvarem připomíná přesýpací hodiny. Zmenšení objem horní části žaludku pomáhá zpomalovat vyprazdňování a snížení celkového denního příjmu energie. Tím, že se horní část žaludku rychle naplní potravou, dochází k pocitu sytosti i po konzumaci malého množství potravy (Fried, 2005).

Z hlediska trvalé redukce hmotnosti je bariatrická chirurgie nejúčinnější dlouhodobou léčbou obezity s největší šancí na zlepšení, a dokonce vymizení komplikací spojených s obezitou. Chirurgická léčba obezity vede v průměru ke snížení hmotnosti o 20–40 kg a snížení BMI o 10–15 kg/m². U 77 % pacientů ve výzkumné studii, kteří podstoupili bariatrickou operaci, došlo k uzdravení z diabetu 2. typu. Nedávné studie ukazují, že bariatrická chirurgie těžké obezity je spojena se sníženou celkovou mortalitou (Bult, Dalen & Muller, 2008).

Farmaka používající se pro boj s obezitou se nazývají antiobezitika. Tato farmaka fungují buďto na principu snížení chuti k jídlu na centrální úrovni, nebo působí přímo ve střevě.

Bývají indikovány zejména diabetikům a osobám s vyššími stupni obezity (Adámková, 2009).

Současná farmakoterapie obezity zahrnuje jak monoterapii, tak kombinovanou terapii, indikovanou buď pro krátkodobé (užívání do 3 měsíců), nebo pro dlouhodobé užívání. *Fentermin, diethylpropion, benzfetamin a fendimetrazin* jsou v současné době schváleny jako krátkodobé monoterapie. Dlouhodobá farmakoterapie zahrnuje *orlistat, lorcaserin, fentermin/topiramát, naltrexon/bupropion a liraglutid* (Sweeting, Hocking, & Markovic, 2015).

Navzdory intenzivnímu výzkumnému úsilí má velká většina dosud vyvinutých léků proti obezitě spíše omezený profil účinnosti a bezpečnosti. V posledních padesáti letech dosáhly různé léky pokročilého stádia klinického vývoje, ale buď nebyly nikdy uvedeny na trh, nebo byly původně schváleny, ale později staženy z důvodu bezpečnostních problémů. Pochopení patofyziologie obezity se však neustále zlepšuje a nyní jsou k dispozici nové, slibné léky zaměřené na různé selektivní dráhy spojené s obezitou a energetickou homeostázou (Gouni-Berthold, 2019).

Výše zmíněná farmaka předepisuje výhradně lékař. Pro potlačení chuti k jídlu a tím snížení energetického příjmu z potravy existuje i řada volně prodejných preparátů. Vhodnost užívání by měl každý pacient konzultovat se svým lékařem, tomu ale v realitě někdy nedochází. Nadužívání těchto léků může mít za následek jiné zdravotní komplikace, čímž se tyto léky pro cestu ke zdravému a štíhlému tělu mohou minout účinkem. Nadále platí, že jakékoliv preparáty jsou pouze doplňkem v komplexní léčbě a prevenci obezity (Adámková, 2009).

Chirurgické a farmakologické metody mají vysoké procento úspěšnosti při boji s obezitou především z toho důvodu, že nezávisí na odhodlání, vůli a každodenní práci pacienta. Tyto metody by měly stále být tím posledním krajním řešením. Obě metody léčby obezity v konečném důsledku znamenají snížení celkového příjmu energie. Farmaka potlačí chuť k jídlu, bandáž zmenší objem žaludku. Obojí vede ke snížení příjmu energie z potravy, ani jedna z metod pacientovi tedy nedopřeje svobodně se přejídat bez následku přibývání na váze.

3 POSTOJE K OBEZITĚ A VÁHOVÁ STIGMATIZACE

Tato kapitola se bude zabývat postoji k obezitě a problematikou váhové stigmatizace. V úvodu objasníme historický vývoj negativních postojů k obézním lidem, dále se zaměříme na to, jaké jsou nejčastější příčiny obezity podle většiny lidí. Krátce se budeme věnovat také vztahu Locus of Control a obezity, a v neposlední řadě nastíníme problematiku váhové stigmatizace a jejich dopadů.

3.1 Postoje k obezitě

3.1.1 Postoje, předsudky a stereotypy

Postoje představují hodnotící systém, prostřednictvím kterého hodnotíme sociální objekty v našem prostředí. Z této definice vyplývá, že postoje nejsou neutrální. Některé postoje jsou vrozené, většina z nich se utváří až v průběhu života (Výrost et al., 2019). Výrost a Slaměník (2019, s. 127) definují postoj jako: „*relativně stabilní charakteristiku, jako psychologickou tendenci, která se projevuje v hodnocení konkrétní entity s jistým stupněm upřednostňování nebo odmítání*“.

Klasickou definici předsudku zformuloval Gordon Allport. Říká, že předsudek je „*odmítavý až nepřátelský postoj vůči člověku, který patří do určité skupiny, jen proto, že do této skupiny patří, a má se tudíž za to, že má nežádoucí vlastnosti připisované této skupině*“ (Allport, 2004, s. 38). Zásadní rozdíl mezi předsudky a stereotypy spočívá v tom, že předsudky představují negativní či nepřátelský vztah vůči dané skupině, zatímco stereotypy mohou být neutrální nebo dokonce pozitivní (Průcha, 2010). Někteří autoři považují stereotyp za odlišný pojem. Allport (2004, s. 215) definuje stereotyp jako „*příliš silné přesvědčení spojené s nějakou kategorií. Jeho funkce spočívá v tom, že má ospravedlnit naše chování a postoj vůči této kategorii*“.

Jiní autoři jako například Berry a kolegové (2002) považují stereotyp za kognitivní komponentu předsudku. Mezi další komponenty předsudku patří afektivní komponenta, která zahrnuje hodnocení dané skupiny a behaviorální komponenta, pod kterou spadá chování ovlivněné daným předsudkem (Berry et al., 2002). Pro předsudek je dále charakteristické, že se názor na skupinu nezmění ani po konfrontaci s objektivními informacemi. Předsudky jsou přirozenou součástí lidského smýšlení. Hlavní funkcí

předsudku je adaptace a orientace v obrovském množství informací, se kterými se v každodenním životě setkáváme (Allport, 2004).

Dalším souvisejícím pojmem je stigma. Goffman (2003, s. 3) definuje stigma jako jakoukoli „osobní vlastnost, která hluboce diskredituje své vlastníky. Tyto atributy zahrnují kmenová stigmata, ohavnosti těla a vady individuálního charakteru“. Diskriminací je chápáno „znevýhodnění určité skupiny ve vztahu ke skupině jiné, jež ve svém důsledku může přivodit jedinci či celé skupině újmu peněžité či morální povahy“ (Koldinská, 2010, s. 13). Navzdory tomu, že je diskriminace zakázána, přesto se ve společnosti vyskytuje. Lidé jsou stigmatizováni či diskriminováni z různých důvodů, jako jsou například pohlaví, rasa, barva pleti, etnický či sociální původ, genetické vlastnosti, jazyk, náboženské vyznání, politické přesvědčení, majetek, rodinný původ, postižení, věk, sexuální orientace či tělesný vzhled (Šišková, 2001). V této kapitole se zaměříme na negativní postoje a předsudky založené na tělesném vzhledu.

3.1.2 Postoje k obezitě

Postoje k obézním lidem se významně liší napříč historickými epochami, kulturami, v závislosti na pohlaví, věku, povolání či socioekonomickém statutu. Ve většině případů převládají spíše negativní postoje k obézním lidem. Pomocí výsledků výzkumných studií se pokusíme v následujících odstavcích nastínit postoje široké veřejnosti k obezitě a popíšeme souvislosti s pohlavím, věkem, etnickým původem a jinými faktory, jež se na formování těchto postojů podílejí.

Při zkoumání postojů k obezitě je důležité měřit tento fenomén kvalitními metodami. Pro úplnost zde zmíníme několik metod pro měření postojů a přesvědčení o obézních osobách. Mezi nejčastěji využívané metody patří **Škála postojů k obézním osobám** (ATOP), což je dvacetipoložková škála Likerova typu se šesti volbami, která je modelována na stupnici postojů k postiženým osobám (ATDP) (Yuker & Block, 1986). **Škála přesvědčení o obézních osobách** (BAOP) je deseti položková škála Likertova typu se šesti možnostmi, která měří míru, v níž se člověk domnívá, že obezita je pod kontrolou obézního člověka. Obě škály jsou psychometricky vyhovující, s vysokou vnitřní konzistencí (Allison & Yuker, 1991).

Další uvedené metody měří obdobné fenomény, jako je fobie z tuku, protitukové postoje a předsudky na základě tělesné hmotnosti. **Antifat Attitudes Questionnaire** (AFA) je metoda o třinácti položkách, které jsou hodnoceny dle škály s devíti volbami. Vyšší skóre značí silnější negativní postoje proti tuku (Crandall, 1994). **Anti-fat Attitude Scale** (AFAS) je

metoda obsahující pět položek, které měří negativní postoje k jedincům s nadváhou na pětibodové škále (Morrison & O'connor, 1999). Obdobná, avšak rozsáhlejší metoda o čtyřiceti sedmi položkách má název **Antifat Attitude Test** (Lewis, Cash, & BubbLewis, 1997) a postoje k obezitě jsou zde též hodnoceny na pětibodové stupnici. Mezi hojně využívané metody patří také **Fat Stereotypes Questionnaire** (Davison & Birch, 2004) o osmnácti položkách hodnocených na čtyřbodové škále či **Fat Phobia Scale** o čtrnácti položkách hodnocená na pětibodové škále (Robinson et al., 1993).

Výzkumy postojů k obézním lidem ukazují, že existují genderové rozdíly v postojích k obezitě. Studie testovala hypotézy, že ženy internalizují společenskou hodnotu hubenosti tím, že ukazují nespokojenost s tělem a omezují se v jídle, zatímco muži tuto hodnotu externalizují tím, že projevují odpor k lidem trpícím obezitou. Při srovnání 53 mužů a 142 žen z vysokých škol v Americe výzkumníci zjistili, že ženy jsou více nespokojené se svým tělem a častěji se omezují v jídle než muži. I když muži byli průměrně robustnějších postav než ženy, byli se svým tělem relativně spokojeni. Muži však častěji projevovali odpor k obézním lidem než ženy. Tělesná nespokojenost a odpor k obézním lidem byly negativně korelovány, což ukazuje, že se jedná o odlišné reakce. Výsledky naznačují, že muži a ženy přijímají různé kognitivní strategie, aby se vyrovnali se společenským důrazem na hubenost (Aruguete et al., 2006).

Podobnou myšlenkou se zabývala další studie ve Spojených státech, která se kromě postojů zaměřila i na genderové rozdíly v chování k obézním lidem (*weight-related attitudes*). Tato studie identifikovala několik důležitých genderových rozdílů v postojích a chování souvisejících s hmotností mezi dospělými v USA s nadváhou a obezitou a modifikující účinek pohlaví na souvislost mezi BMI a těmito postoji a chováním souvisejícím s hmotností. Jen málo studií použilo národní reprezentativní údaje, aby se zaměřilo konkrétně na rozdíly mezi pohlavími ve *weight-related attitudes* (chování k lidem podmíněné jejich váhou). Ve srovnání se ženami měli muži s nadváhou či obezitou menší pravděpodobnost, že se budou vnímat jako osoby s nadváhou, že budou nespokojeni se svojí hmotností nebo se budou pokoušet o redukci hmotnosti. Modifikující vliv pohlaví na tyto asociace se snižoval se zvyšujícím se BMI. Při naměřené hodnotě BMI 35 byla průměrná pravděpodobnost, že ženy a muži budou přesně vnímat váhu a budou nespokojeni se svojí váhou 90 %, a pravděpodobnost pokusu o snížení hmotnosti bude 60 % u žen a 50 % u mužů. Při nižším BMI měli muži až o 40 % nižší pravděpodobnost těchto výsledků hubnutí než ženy (Tsai et al., 2016).

Následující studie zkoumala postoje k obezitě u souboru vysokoškolských studentů z kateder zdravotnických věd a výtvarného umění. Dotazník zjišťoval sociodemografické charakteristiky, výšku, váhu a postoje k obezitě. Do studie bylo zahrnuto celkem 305 studentů. Odpor k obézním byl naměřen vyšší u žen než u mužů. Přestože průměrné skóre „*fat fobie*“ bylo vyšší u studentů s podváhou než u studentů obézních, nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly podle tělesné stavby. Studenti připisovali obézním lidem charakteristiky jako pomalý, neaktivní, přejídající se, beztvary a bez silné vůle (Hayran et al., 2013).

Dalším předmětem studia postojů k obezitě byla souvislost fotografických zobrazení obézních lidí s postoji k nim. V této studii autoři použili randomizovaný experimentální design k testování, zda prohlížení fotografických zobrazení obézní osoby stereotypním nebo nelichotivým způsobem (oproti nestereotypnímu nebo lichotivému zobrazení) může zvýšit negativní postoje k obezitě, i když obsah doprovodného zpráva je neutrální. Autoři náhodně určili 188 dospělých účastníků, aby si přečetli neutrální zpravodajský příběh o prevalenci obezity, který byl spárován s 1 ze 4 fotografických zobrazení obézního dospělého (nebo bez fotografie). Autoři následně hodnotili postoje k obézním lidem pomocí *Fat Fobia Scale*. Výsledky ukázaly, že účastníci, kteří si prohlíželi fotografie s negativním vyobrazením obézních, vyjadřovali více negativních postojů k obézním lidem než ti, kteří si prohlíželi pozitivní fotografie (McClure, Puhl, & Heuer, 2011).

Další studie zkoumala dopad modelu obezity na základě potravinové závislosti na postoje k obézním lidem. Účastníci (n = 625) byli náhodně rozděleni do čtyř experimentálních podmínek. Byli požádáni, aby si přečetli buď vysvětlující model obezity pro závislost na jídle, nebo model nezávislosti, a následně si přečetli vinětu popisující cílovou osobu, která splnila charakteristiky jednoho z těchto modelů a byla buď obézní, nebo měla normální hmotnost. Dotazníky hodnotily stigmatizaci a vinu účastníků a jejich připisování psychopatologie cílům. Další dotazníky hodnotily stigma a obviňování obecně zaměřené na obézní lidi a osobní strach z tuku (Latner & O'Brien, 2014).

Výsledky odhalili, že experimentální podmínky závislosti na jídle významně zvýšily důvěru v model závislosti na jídle. Významné hlavní účinky na závislost ukázaly, že model závislosti na jídle produkoval méně stigma, méně viny a nižší vnímanou psychopatologii připisovanou cíli popsanému ve vinětech, bez ohledu na váhu cíle. Model potravinové závislosti také vyvolal menší obviňování obézních lidí obecně a menší strach z tuku. Současná zjištění naznačují, že prezentování obezity jako závislosti nezvyšuje váhové

zkreslení a mohlo by dokonce pomoci snížit rozšířené předsudky vůči obézním lidem (Latner & O'Brien, 2014).

Cílem další studie bylo prozkoumat vliv informací na postoje a chování dětí vůči vrstevníkovi, který je prezentován jako obézní. Děti (N = 184) byly náhodně přiřazeny k pozorování videa chlapce nebo dívky v jednom ze tří stavů: průměrná váha, obézní, obézní s lékařskými informacemi vysvětlujícími obezitu. Hodnotily stereotypní postoje v kontrolním seznamu adjektiv a záměry chování v dotazníku o sdílených činnostech (SAQ-B). Hodnocení bylo obecně příznivější pro průměrnou hmotnost než pro obezitu. Poskytování lékařských informací však mělo pozitivní vliv na postoje k obézním vrstevníkům pouze u mladších dětí a negativní vliv na ochotu starších dětí sdílet s vrstevníky akademické aktivity. Chlapci a dívky vykazovali pozitivnější behaviorální záměry vůči cílovému dítěti stejného pohlaví bez ohledu na stav obezity. Informace vysvětlující obezitu mají minimální pozitivní vliv na postoje a záměry chování dětí vůči vrstevníkovi prezentovanému jako obézní (Bell & Morgan, 2000).

Následující studie si kladla za cíl prozkoumat: a) zda se altruistické chování liší mezi lidmi s obezitou a lidmi, kteří nejsou obézní; b) altruistické chování vůči lidem, kteří jsou obézní, zejména ženám, které jsou obézní; c) implicitní a explicitní postoje k lidem s obezitou jako k prediktorům odlišného altruistického chování. Byl aplikován experimentální přístup zvaný diktátorská hra. Celkem bylo 168 účastníků s normální hmotností požádáno, aby rozdělili peněžní odměnu mezi sebe a dva oponenty, jednu osobu, která byla obézní a jednu s normální hmotností. Kromě toho byly hodnoceny implicitní a explicitní postoje účastníků k lidem s obezitou a další sociodemografické údaje. Zjistilo se, že altruistické chování se neliší mezi obézními a neobézními oponenty, ani nebyly prokázány méně altruistické postoje k ženám s obezitou. Přestože byly u účastníků přítomny implicitní postoje k lidem s obezitou, tyto postoje nepředpovídaly altruistické chování k lidem s obezitou. Ačkoliv řada studií uvádí diskriminaci lidí s obezitou v několika oblastech života, tato studie nezaznamenala diskriminaci ve formě méně altruistického chování vůči lidem s obezitou (Bernard, Riedel-Heller & Luck-Sikorski, 2019).

Zajímavá zjištění přinesl výzkum, jež si kladl za cíl prozkoumat přesvědčení jedinců s nadváhou o „*tlustých lidech*“ a „*hubených lidech*“. Kromě tohoto studie obsahovala i explicitní měření postojů k obézním lidem. Zjistilo se, že osoby s nadváhou nezastávají příznivější postoje k jiným osobám s nadváhou oproti lidem, kteří nadváhou netrpí. Osoby s nadváhou také souhlasili s přesvědčením, že lidé s nadváhou jsou línější než hubení lidé

(Wang, Brownell & Wadden, 2004). Jak se zdá, vlastní tělesný vzhled či BMI nemusí vždy hrát roli při formování postojů k obézním lidem.

3.1.3 Příčiny obezity podle mínění ostatních: Proč jsou obézní lidé obézní?

Ukazuje se, že postoje k obezitě se mohou odvíjet také od toho, jakou má podle ostatních lidí obezita příčinu. Proběhl výzkum, který předpokládal, že zlepšení povědomí o příčinách obezity by mohlo usnadnit přijetí politických opatření ke snížení prevalence obezity a negativních důsledků s ní spojených. Dospělí Britové (n=1986) považovali za hlavní příčinu nadváhy stravovací návyky a potravinářský průmysl (61 %) a nedostatek vůle (57 %) spíše než genetickou příčinu (Beeken & Wardle, 2013).

Pacienti s obezitou často trpí stigmatizací a diskriminací. Přispívajícím faktorem může být nedostatečné uznávání obezity jako nemoci. Předkládaná studie si kladla za cíl porovnat postoje k obezitě s jinými chronickými onemocněními a zhodnotit uznání potřeby odborné léčby. Celkem 949 účastníků zhlédlo vzdělávací video o obezitě a kontrole nad ní. Byly vyplněny dotazníky o zátěži a vlivu obezity na každodenní život ve srovnání s jinými chronickými onemocněními a škála fat fobie. Závěr této studie zní, že obezita je jako nemoc ve srovnání s jinými chronickými nemocemi podceňována a postoje k obezitě jsou převážně negativní. Edukační videa prokázala pozitivní účinky. Z tohoto vyplývá, že při formování postojů k obezitě velmi záleží na tom, zda je obezita považována za nemoc nebo za výsledek nečinnosti a přejídání (Nickel et al, 2019).

S negativními postoji k obezitě se setkáváme také v lékařském prostředí. Studie byla navržena tak, aby vyhodnotila postoje lékařů k obézním pacientům, jaké jsou podle nich příčiny a nejlepší metody léčby obezity. Dotazník hodnotil postoje ve dvou geograficky reprezentativních národních náhodných souborech pěti tisíc lékařů primární péče. Lékaři hodnotili jako nejdůležitější faktor vzniku a přetrvání obezity fyzickou nečinnost, oproti jiným příčinám obezity. Další nejvyšší průměrné hodnocení získaly faktory chování – přejídání a strava s vysokým obsahem tuků. Více než 50 % lékařů považovalo obézní pacienty za trapné, neatraktivní, ošklivé a neposlušné. Léčba obezity byla hodnocena jako významně méně účinná než terapie u 9 z 10 chronických stavů. Až 75 % respondentů však souhlasilo s doporučeními, že ke zlepšení zdravotních komplikací souvisejících s obezitou postačuje snížení hmotnosti o 10 %, a považovali úbytek hmotnosti o 14 % jako přijatelný výsledek léčby (Foster et al, 2003).

Cílem tohoto výzkumu bylo porovnat účinky různých příčinných atribucí nadváhy a obezity u jedinců s nadváhou a obezitou na přesvědčení související s hmotností, stigmatizující

postoje a politickou podporu. V první studii 95 dospělých v USA hodnotilo, do jaké míry se domnívají, že různé faktory způsobily jejich vlastní hmotnost. Ve druhé studii si 125 dospělých v USA přečetlo jednu ze tří náhodně přidělených online pasáží, které připisují obezitu osobní odpovědnosti, biologii nebo potravinovému prostředí. Všichni účastníci obou studií měli nadváhu nebo obezitu. Atribuce osobní odpovědnosti byly spojeny s nejvyššími předsudky vůči obezitě. Ve druhé studii účastníci, kteří obdrželi informace o potravinovém prostředí, uvedli větší podporu politikám souvisejícím s potravinami a větší vlastní účinnost při hubnutí. Závěr této studie zní, že záleží na tom, jakou příčinu obezita má. Zdůraznění role potravinového prostředí na vzniku a rozvoj obezity může pomoci snížit negativní postoje k obezitě (Pearl & Lebowitz, 2014).

3.2 Locus of Control ve vztahu k obezitě

Termín *Locus of Control* (LOC) definoval Julian B. Rotter v rámci svojí teorie sociálního učení, již v roce 1954 popsal ve své publikaci *Social Learning and Clinical Psychology*. Chovat se určitým způsobem není podle Rottera člověku vrozené, ale vzorce chování jsou získány prostřednictvím sociální interakce s jinými lidmi a ostatními faktory sociálního prostředí. Locus of Control (česky „*místo kontroly*“) je definováno jako přesvědčení člověka o tom, jakým způsobem je ve svém chování a jeho důsledcích determinován, tedy jakými okolnostmi je jeho život určován (Rotter, 1966).

Locus of Control dělíme na interní a externí. Osoby s vnitřním locus of control věří, že jejich život závisí na jejich schopnostech, dovednostech, možnostech, úsilí a aktivitě. Jsou přesvědčeni, že svůj život mají pevně pod kontrolou a že záleží pouze na nich, což ovlivňuje i způsob jakým zvládají náročné životní situace. Osoby s vnějším locus of control jsou naopak přesvědčeni, že jejich život je určován vnějšími okolnostmi a že oni sami nemají na situaci významnější vliv (Rotter, 1966).

Locus of Control může být zajímavé zkoumat ve vztahu k různým fenoménům, například ve vztahu k obezitě. Dle definice by lidé s vnitřním místem kontroly, jež věří, že mají svůj osud a život ve svých rukou, mohli stejným způsobem vnímat i potenciální ovlivnění svého tělesného vzhledu. Předpokladem by v tomto kontextu bylo, že lidé s vnitřním místem kontroly budou mít větší motivaci ovlivňovat svůj vlastní tělesný vzhled a budou více věřit ve své schopnosti porazit obezitu než lidé s vnějším místem kontroly. Podle této teorie by lidé s vnějším místem kontroly častěji připisovali příčiny obezity vnějším faktorům, jako jsou například genetická dispozice, a mohli by tak být méně motivovaní svůj tělesný vzhled

ovlivnit. Locus of Control by mohlo souviset i s postoji k obézním lidem. Vztahu mezi Locus of Control a obezitou se bychom se rádi věnovali v dalších výzkumných projektech.

3.3 Váhová stigmatizace

3.3.1 Váhová stigmatizace obecně

Velmi blízké téma, které navazuje na negativní zkušenosti otlých osob, je tzv. body shaming, jenž oxfordský slovník definuje jako zažitou zkušenost negativních komentářů vztahujících se k tvaru nebo velikosti těla člověka (Gam et al., 2020). Lidé, kteří body shaming prožívají, mají na své tělo negativní náhled. Tento postoj vede k zahalování a skrývání své postavy (Schooler, Ward, Merriwether, & Caruthers, 2005). S tímto pojmem se pojí termín fat phobia znamenající „*patologický strach z tloušťky, jenž se projevuje jako negativní postoj vůči obézním osobám*“ (Robinson, Bacon, & O'reilly, 1993, s. 468).

Váhové stigma (*weight stigma*) je podle World Obesity Federation (2022) definováno jako hmotnostní stigma, jež se týká diskriminačních činů a ideologií zaměřených na jednotlivce kvůli jeho váze a velikosti jeho těla. Váhové stigma je výsledkem zkreslení hmotnosti. Hmotnostní zkreslení odkazuje na negativní ideologie spojené s obezitou. Tomiyama (2014) vymezuje váhové stigma jako sociální devalvací a hanobení lidí s nadváhou či obezitou, která vede k předsudkům, negativním stereotypům a diskriminaci těchto lidí.

Výzkumy prováděné v posledních desetiletích ukazují, že obézní osoby jsou považovány za fyzicky neatraktivní a nežádoucí (Puhl & Brownell 2001). Obézním jedincům je připisována odpovědnost za jejich vzhled kvůli charakterovým vadám nebo vlastnostem, jako jsou lenost, obžerství nebo nedostatek sebekontroly (Harris et al., 1982). Tyto názory a postoje k obezitě se objevují tak často, že se staly součástí negativní ideologie spojené s obezitou, jež je rozšířená mezi širokou veřejností.

Obézním lidem jsou na základě vzhledu jejich těla připisovány vlastnosti jako lenost, nedostatek vůle, nedostatek morálního charakteru, špatná hygiena, nízká úroveň inteligence a nepřitažlivost. Stigmatizující přesvědčení a ideologie mohou vést ke stigmatizujícím činům. Tyto činy se mohou projevovat různými způsoby. Lidé s obezitou mohou zažít negativní verbální komentáře, škádlení nebo fyzické napadání. Kromě toho se často objevují jemná behaviorální ponižování, jako je například koulení očima. Svou roli hraje i prostředí – například sezení v kinech nebo aerolinkách nejsou navrženy tak, aby vyhovovaly lidem s obezitou (Carr & Friedman, 2005).

O tématice váhové stigmatizace pojednává především zahraniční literatura a výzkumné studie. Jednou z ucelených publikací na toto téma je kniha s názvem Fat Shame, jejímž

autorem je Amy Erdman Farrell. Jeho poznatky o problematice váhové stigmatizace nabízí ucelený pohled na negativní aspekty života obézních lidí a pomáhají objasnit důsledky znevažování obézních osob. Ukazuje se, že s obézními lidmi se často zachází jako s ne zcela lidskými bytostmi. Lidé se k nim nechovají podle běžných standardů zdvořilého a respektujícího chování. Obézní lidé denně zažívají nejrůznější formy diskriminace, ať už ve škole, u lékařů, na trhu práce nebo ve společenském životě (Farrell, 2011).

Stejně jako všechna ostatní stigmata, i váhové stigma se odvíjí od historického a kulturního kontextu. Už v dávných dobách byla tloušťka motivem používaným k identifikaci podřadných těl, jako byli imigranti, otroci. Tělo typu „*superior*“ bylo nálepkováno jako tělo člověka upadajícího z milosti. V různých kulturách vznikly odlišné normy tělesného ideálu. V řadě zemí, nejvíce asi ve Spojených Státech Amerických, převládá trend a ideál štíhlosti. Ten, kdo do tohoto ideálu nezapadá se může stát terčem posměšků a kritiky (Farrell, 2011). Váhová stigmatizace se prohloubila kolem 19. století. Politické karikatury, reklamy či spisy lékařů z této doby ukazují, že je váhové stigma hluboce zakořeněná ve vývoji představ o rase, pohlaví a civilizaci. V roce 2004 vznikla divadelní hra s názvem *Fat Pig*, která pojednává o muži randícím s obézní ženou. Muž se obává posměšků a svůj vztah s touto ženou se snaží před veřejností utajit. Tato hra poukázala na fakt, že se tolerance k obézním lidem snižuje a obézní člověk nemá příliš dobré vyhlídky do budoucnosti, jako je slušná práce, skutečný romantický vztah atd. Obézní lidé si pak strategicky nasazují sebedopceňující masku (Farrell, 2011).

Tuto skutečnost podporují média a jejich pojetí obezity jako hrozby pro lidstvo. Američtí lékaři i novináři po celém světě tvrdí, že tloušťka je veřejným nepřitelem číslo jedna. Od 90. let se tak obezita vžila jako globální problém. Téměř každý den jsou o tomto tématu uveřejňovány nové příspěvky či články. Všude jsou reklamy na hubnutí, cvičební plány, operace a objevují se žaloby proti společnostem provozujícím rychlé občerstvení a podobně (Farrell, 2011).

Smýšlení o obezitě jako „*hrozbě pro lidstvo*“ zamlžuje úsudek a vyvolává morální paniku - hledá se viník, a to vede k diskriminaci- nadsazeně, je to až válka proti tuku. Panuje přesvědčení, že epidemie obezity si zaslouží pozornost stejně jako jiné epidemie, tuk je nepřítel a nepřátele musíme zničit. Tohle pojetí dává obezitě negativní konotaci, podobně jako jiným nemocem jako jsou tuberkulóza, rakovina a jiné nemoci, a podněcuje tendence přijmout drastická opatření k jejímu odstranění. Populární příběhy o obezitě mohou přispívat ke zkreslení hmotnosti tím, že příliš zjednodušují příčiny obezity a naznačují, že snadná

řešení povedou k rychlým a udržitelným výsledkům („*méně jezte, buďte aktivnější*“), čímž nastavují nerealistická očekávání a maskují obtížné problémy, se kterými se obézní lidé setkávají. Kromě toho se taková vyprávění často zaměřují na diskusi o individuálním chování a vnímaných selháních, přičemž zanedbávají zohlednění důležitých biologických, sociálních a environmentálních faktorů. Média často udržují stereotypní zobrazení lidí žijících s obezitou a posilují společenskou přijatelnost zkršení hmotnosti. Lidé si již nepamatují, zda odsuzují obézní kvůli zdravotním dopadům nebo kvůli estetickému aspektu. Mají zakořeněné, že obezita je špatná a nežádoucí (Farrell, 2011).

Takováto přesvědčení o obezitě se staly podkladem pro diskriminaci obézních. Negativní pojetí obezity jako hrozby brzdí lidskou schopnost přemýšlet o zdravotních problémech. Někteří zastánci trendu štíhlosti argumentují tím, že pokud budeme obezitu stigmatizovat, pomůžeme tím obézním lidem v boji proti tloušťce. Ukázalo se, že toto přesvědčení je nepravdivé. Kalifornská studie zjistila, že redukční dieta má jen krátkodobý efekt na snížení hmotnosti a na celkové zdraví obézních. Stigmatizace obézních má ve většině případů na zdraví a tělesnou hmotnost spíše negativní dopad než ten pozitivní. Zahanbování, obtěžování nebo kritika lidí za jejich váhu a/nebo stravovací návyky se v médiích často používá k motivaci lidí ke změně jejich chování. Výzkum ukazuje, že fat-shaming má opačný účinek (Tomiya, 2014). Fat-shaming způsobuje stres a může vést k tomu, že se lidé přejídají a vyhýbají se fyzické aktivitě (Schvey, Puhl, & Brownell, 2011).

Stigma obezity je všudypřítomné. Podrobné studie o situaci v Evropě obecně chybí, ale nedávná studie z jedné země v západní Evropě zjistila, že stigma zažilo 19 % lidí s obezitou. U lidí s těžkou obezitou bylo toto číslo mnohem vyšší až 38 % (Sikorski et al., 2016). Ačkoli muži i ženy pocítují stigma kvůli obezitě, ženy trpící psychopatologií související s jídlem uvádějí, že zažívají větší stigmatizaci obezity a internalizují zkršení hmotnosti více než muži (Boswell & White, 2015).

Neexistuje dostatek nadnárodních studií, které by srovnávaly postoje založené na váze. Jedna studie zahrnující Spojené státy, Kanadu, Island a Austrálii dospěla k závěru, že úroveň postojů zkršených hmotností jsou podobné napříč zeměmi. Jedinci s obezitou zažívají stigma ze strany pedagogů, zaměstnavatelů, zdravotníků, médií, a dokonce i od přátel a rodiny (Puhl et al., 2008).

Údaje z Rudd Center for Food Policy and Obesity naznačuje, že děti školního věku s obezitou mají o 63 % vyšší pravděpodobnost, že budou šikanovány; 54 % dospělých s

obezitou uvádí, že jsou stigmatizováni spolupracovníky a 69 % dospělých s obezitou uvádí zkušenosti se stigmatizací ze strany zdravotníků (WHO, 2017).

Ať se nám tato skutečnost zamlouvá, či nikoliv, stigmatizace na základě hmotnosti je v dnešní společnosti běžný jev. Existují různé formy odporu této skutečnosti. Jeden z klíčových způsobů, kterými se lidé vyrovnávají s protivenstvím, je spojit se s ostatními podobnými lidmi – různé hubnouce skupiny, kde se podporují, nebo naopak skupiny, kdy se snaží ukázat, že jsou spokojené takové, jaké jsou např. National Association to Aid Fat Americans. Změna váhového stigmatu je ale příliš velkou výzvou a nabízí se otázka, zda se vůbec někdy podaří tato přesvědčení změnit (Farrell, 2011).

3.3.2 Negativní důsledky váhové stigmatizace

Stigma je základní příčinou zdravotních a dalších zátěží, která postihuje lidi nad rámec jakéhokoli postižení, které mohou mít. Na rozdíl od jiných forem stigmatizace, jako je například stigmatizace na základě rasy, třídy, schopností, pohlaví, sexuální orientace atd., je stigma obezity spojeno s významnými fyziologickými a psychologickými důsledky, včetně zvýšené deprese a úzkosti, poruchy příjmu potravy a sníženého sebevědomí (Puhl & Heuer, 2009). Stigma obezity může také ovlivnit kvalitu péče o pacienty s obezitou, což v konečném důsledku vede ke špatným zdravotním výsledkům a zvyšuje riziko úmrtnosti (Sutin, Stephan, & Terracciano, 2015).

Posměšky, urážky a jiné formy váhové stigmatizace mají na jedince negativní dopady. Konkrétně je váhové stigma a zkrslení hmotnosti spojeno s negativním body image, nespokojeností s tělem, nízkým sebevědomím, pocitu bezcennosti a osamělosti, mnohdy až sebevražednými myšlenkami a činy, depresí, úzkostí, jinými psychickými poruchami, maladaptivními stravovacími návyky, vyhýbáním se fyzické aktivitě či patofyziologií vyvolané stresem a vyhýbáním se lékařské péči. Důkazy stále častěji ukazují, že jedinci s obezitou si mohou osvojit postoje zkrslené na váze, což vede k zahanbování a stereotypům o sobě samých. Internalizace zkrslení hmotnosti může také způsobit škody jako je špatné zdraví a kvalita života související se s přejídáním a maladaptivním zdravotním chováním (Kahan & Puhl, 2017).

Protože jsou kritické postoje k obézním lidem tak časté a rozšířené, někteří lidé internalizují tato negativní společenská sdělení. To může způsobit, že se obézní nebo dokonce i lidé s průměrnou váhou, cítí tlustí, a začnou omezovat důležité aspekty svého života, jako je chození do školy, změna zaměstnání, nákup stylového oblečení, randění nebo sexuální vztah, nebo dokonce vyhledání lékařské péče (Robinson & Bacon, 1996).

Tento fenomén nazýváme jako váhové zkreslení (*weight bias*). Váhové zkreslení je definováno jako negativní postoje a přesvědčení o lidech kvůli jejich váze. Tyto negativní postoje se projevují stereotypy a/nebo předsudky vůči lidem s nadváhou a obezitou. Váhové zkreslení může vést ke stigmatizaci obezity, což je sociální znak nebo nálepka přisuzovaná jedinci, který je obětí těchto předsudků. Stigma obezity zahrnuje akce proti lidem s obezitou, které mohou způsobit vyloučení a vést k nespravedlnosti – například, když se lidem s obezitou nedostává adekvátní zdravotní péče nebo když jsou diskriminováni na pracovišti nebo ve vzdělávacím prostředí. Jestliže jedinci zvnitřní negativní stereotypy spojované s jejich hmotností a sami zneváží vlastní hodnotu na základě své tělesné váhy, hovoříme o tzv. *weight bias internalization* (Durso & Latner, 2008).

Studie Durso a Latnera (2008) zdůrazňuje, že váhové zkreslení (*weight bias*) je odlišný konstrukt od protitukových postojů (*antifat attitudes*). Na základě této hypotézy bylo vyvinuto několik měřítek explicitních protitukových postojů k prozkoumání existence a korelací váhového zkreslení, včetně *Antifat Attitudes Questionnaire (AAQ)*, *Antifat Attitudes Test* a *Persons and Beliefs About Obese Persons scales*. Při použití tradičních měřítek zkreslení hmotnosti u jedinců, kteří sami mají nadváhu, se vycházelo z předpokladu, že měření zkreslených postojů těchto jedinců k obezitě je synonymem pro měření sebestigmatizace. Tedy někdo, kdo má nadváhu či obezitu a jeho skóre na tradičních metodách protitukových postojů ukazuje zaujatost proti obézním lidem, je jeho postoj k obézním lidem vnímán jako internalizovaný postoj k sobě samému.

Tato studie se snažila definovat a prozkoumat internalizaci zkreslení hmotnosti jako konstrukt, který se může lišit od postojů proti tuku a nemusí být adekvátně měřen škálami postojů proti tuku. Klíčovým rysem, který může odlišit internalizaci zkreslení hmotnosti od postojů proti tuku, je typ provedené atribuce. Konkrétně protitukové postoje se vyznačují přisuzování „druhému“, zatímco internalizace zkreslení hmotnosti sestává z přisouzení „já“. Předpokládali, že atributy „já“ mají škodlivý vliv na jedince, který je vytváří. Tato studie mimo jiné přispěla k vývinu *Weight bias internalization Scale (WBIS)*, což je jedenácti-položková škála hodnotící internalizované váhové zkreslení mezi lidmi s nadváhou a obezitou. Výsledky potvrdily hypotézy, že se jedná o drobně odlišené konstrukty, jež je zapotřebí odlišit a zkoumat odlišnými nástroji (Durso & Latner, 2008).

Sizeismus, další pojem označující hodnocení lidí na základě váhy, zažívají lidé v systému zdravotní péče i jinde. Toto hodnocení má negativní dopady na chování obézních lidí, což může v budoucnu přispět k jejich špatnému zdraví (Chrisler & Barney, 2016). V jedné studii

(Vartanian & Novak, 2011) na více než 100 dospělých lidech, 97 % dotázaných uvedlo, že zažili stigma související s váhou, a 48 % dotázaných uvedlo, že stigmatizující situaci zažili alespoň jednou týdně. Jak se BMI zvyšovalo, rostly i zprávy o stigmatizaci hmotnosti. Ukázalo se, že časté zkušenosti s váhovým stigmatem předpovídají nárůst hmotnosti a vyhýbání se cvičení (Sutin, Stephan & Terracciano, 2015). Stigmatizující chování vůči obézním lidem dané osoby většinou nijak nemotivuje ke změně, spíše jim uškodí a jejich zdravotní stav se zhoršuje.

V další studii (Amy et al., 2006) se s nárůstem indexu tělesné hmotnosti (BMI) zvýšilo i procento účastníků, kteří uvedli zpoždění při vyhledání zdravotní péče. Zpoždění ve vyhledávání zdravotní péče kvůli vnímané diskriminaci na váze bylo spojeno s vyšší úmrtností a horším sebehodnocením zdraví, i když výzkumníci zohlednili faktory jako je kouření, úroveň fyzické aktivity a zátěž nemocí. Časté důvody, proč se pacienti vyhýbají nebo oddalují zdravotní péči, jsou takové, že přibrali na váze od poslední návštěvy v ordinaci, nechtějí se vážit a vědí, že jim bude řečeno, aby zhubli (Chrisler & Barney, 2016). Negativní dopady váhové stigmatizace v oblasti duševního zdraví zkoumala studie Friedmana a kolektivu (2005). Tato studie hodnotila vztah mezi stigmatizací na základě hmotnosti, ideologickým přesvědčením o obezitě a psychologickým fungováním u 93 obézních pacientů hledajících léčbu. Zaměřovali se také na záchvatovité přejídání a roli stresu. Účastníci vyplnili baterii sebehodnotících dotazníků, které měřily psychologické přizpůsobení, postoje k hmotnosti, víru v ovladatelnost hmotnosti a frekvenci vážení na základě stigmatizace. Stigmatizace na základě hmotnosti byla u účastníků běžnou zkušeností. Frekvence stigmatizujících zážitků byla pozitivně spojena s depresí, obecnými psychiatrickými symptomy a narušením tělesného obrazu a negativně spojena se sebevědomím. Stigmatizující zážitky predikovaly jak záchvatovité přejídání, tak celkový psychický stres. Vlastní negativní postoje účastníků k problémům s váhou byly spojeny s jejich psychickým utrpením (Friedman et al., 2005). Tyto údaje jsou v souladu s tvrzením, že stigmatizace založená na váze předpovídá přejídání a že psychický stres spojený se stigmatizujícími zážitky může být důležitým zprostředkujícím faktorem (Ashmore et al., 2008).

3.3.3 Prevence váhové stigmatizace

Velkou roli při boji proti negativním důsledkům váhové stigmatizace a budování efektivní prevence sehrává WHO. Komise WHO pro ukončení dětské obezity uznala, že obezita u dětí je spojena se stigmatizací a nižším dosaženým vzděláním (WHO, 2016). Komise také

potvrdila, že vlády a společnost mají morální odpovědnost jednat jménem dětí s cílem snížit zdravotní a sociální důsledky obezity. Neschopnost reagovat na dětskou obezitu a řešit stigmatizaci obezity a s ní související nemocnost ovlivní sociální a zdravotní kapitál budoucích generací a zvýší nerovnost. Podporou zprávy Komise a přijetím jejích doporučení prostřednictvím usnesení Světového zdravotnického shromáždění členské státy uznaly, že diskriminace dětí s obezitou ze strany zdravotníků a dalších je nepřijatelná a že je třeba řešit stigmatizaci a šikanu (Ramos, 2015).

Regionální kancelář WHO pro Evropu může spolupracovat s členskými státy mnoha různými způsoby a prostřednictvím několika politických rámců, aby zajistila, že v národních aktivitách v oblasti veřejného zdraví bude patřičně zohledněno stigma týkající se hmotnosti a obezity u dětí a dospělých. Toho lze dosáhnout zejména prostřednictvím výzkumu, sdílením znalostí a zkoumáním způsobů, jak zvýšit obavy ze zkreslení hmotnosti a stigmatu obezity v různých oblastech, včetně veřejné politiky, vzdělávání a zdravotní péče (Alberga et al., 2016).

Světová zdravotnická organizace (WHO, 2017) navrhla konkrétní opatření pro podporu prevence váhové stigmatizace:

- Monitorovat a reagovat na dopad šikany na základě hmotnosti mezi dětmi a mladými lidmi (např. prostřednictvím programů proti šikaně a školení pro odborníky v oblasti vzdělávání).
- Posoudit některé nezamýšlené důsledky současných strategií podpory zdraví na životy a zkušenosti lidí s obezitou.
- Dát hlas dětem a mladým lidem s obezitou.
- Pracovat s rodinami na vytváření přístupů zaměřených na zdraví, které posilují odolnost dětí a berou v úvahu pozitivní výsledky, mimo jiné včetně hmotnosti.
- Vytvořit nové standardy pro zobrazování jedinců s obezitou v médiích a přejít od používání obrazů a jazyka, které zobrazují lidi žijící s obezitou v negativním světle.
- Doporučuje zvážit následující kroky:
 - vyhýbat se fotografiím, které zbytečně zdůrazňují nadváhu nebo které izolují části těla jednotlivce (např. obrázky, které neúměrně zobrazují břicho nebo spodní část těla; obrázky, které zobrazují holé břicho pro zdůraznění nadměrné hmotnosti);
 - vyhýbat se obrázkům, které zobrazují jednotlivce od krku dolů (nebo se zablokovaným obličejem) kvůli zachování anonymity;

- vyhýbat se fotografiím, které udržují stereotyp (např. jíst nezdravé jídlo, sedavé chování) a nesdílejí kontext s doprovodným písemným obsahem.

- Osvojit si ve zdravotnických systémech a službách veřejné zdravotní péče adekvátní jazyk, jako je „*pacient nebo osoba s obezitou*“ spíše než „*obézní pacient*“.
- Zapojit lidi s obezitou do rozvoje programů a služeb veřejného zdraví a primární zdravotní péče.
- Řešit zkreslení hmotnosti ve službách primární zdravotní péče a vyvinout modely zdravotní péče, které podporují potřeby lidí s obezitou.
- Aplikovat integrované rámce chronické péče ke zlepšení zkušeností pacientů a výsledků při prevenci a zvládnání obezity. Kromě toho:

- uznat, že mnoho pacientů s obezitou se opakovaně pokoušelo zhubnout;

- zvážit, že pacienti mohli mít negativní zkušenosti se zdravotníky, a přistupovat k nim citlivě a empaticky;

- zdůraznit význam realistické a udržitelné změny chování

- prozkoumat všechny možné příčiny současného problému a vyvarovat se domněnkám, že je to důsledek stavu hmotnosti jednotlivce.

- Uvědomit si, že je obtížné dosáhnout udržitelného a významného úbytku hmotnosti.
- Vytvářet podpůrné komunity a zdravé prostředí.
- Zvážit nezamýšlené důsledky zjednodušujících narativů o obezitě a zaměřit se na všechny faktory (sociální, environmentální), které obezitu řídí.
- Podporovat odolnost v oblasti duševního zdraví a tělesnou pozitivitu u dětí, mladých lidí a dospělých s obezitou.
- Zvýšit vnímavost zdravotníků, pedagogů a tvůrců politik k dopadu zkreslení hmotnosti a stigmatu obezity na zdraví a pohodu (WHO, 2017).

Dále se předpokládá, že roli v prevenci stigmatu založeném na váze mohou sehrát média. Jak jsme již výše zmínili, mediální obrazy zobrazující obezitu mají často stigmatizující konotaci. Regulace těchto obsahů a nahrazení nestigmatizujícími obsahy, by mohly pomoci při prevenci stigmatizace na základě obezity v médiích. Účelem výzkumu bylo zhodnotit dopad nestereotypních, pozitivních mediálních zobrazení obézních osob na zaujaté postoje, a také navrhnout změnu v mediální praxi, která by mohla snížit předpojatost veřejnosti k hmotnosti a následné negativní zdravotní výsledky u těch, kteří zažívají váhové stigma. Byly

provedeny dva online experimenty, ve kterých účastníci viděli buď stigmatizující nebo pozitivní fotografii obézního modelu. V prvním experimentu si 146 účastníků prohlédlo fotografii obézní ženy z Kavkazu nebo Afroameričana. V druhém experimentu stejný počet účastníků sledovalo buď kavkazský mužský nebo ženský obézní model. Bylo zjištěno, že účastníci, kteří si prohlíželi stigmatizující obrázky, podporovali silnější sociální distancované postoje a negativnější postoje k obézním osobám než účastníci, kteří si prohlíželi pozitivní obrázky. U účastníků byla větší preference pozitivních obrázků než stigmatizujících obrázků. Tyto výsledky byly konzistentní bez ohledu na rasu nebo pohlaví zobrazeného obézního modelu. Zjištění naznačují, že pozitivnější mediální zobrazení obézních jedinců může pomoci snížit stigma na váze a s ním spojené negativní zdravotní výsledky (Pearl & Brownell, 2012).

Negativní postoje vůči obézním lidem mají různé skupiny lidí. Tyto skupiny často připisují obézním lidem odpovědnost za jejich tělesný vzhled a viní je z nedostatku vůle a střídmosti. Další zajímavou myšlenkou bylo prozkoumat, zda učení na základě případu pomůže snížit zkreslení hmotnosti mezi studenty ošetrovatelství s cílem zlepšit jejich postoje a přesvědčení vůči osobám s obezitou. Byla provedena randomizovaná kontrolovaná studie mezi 13 skupinami lékařsko-chirurgických klinických praktik sestávajících ze šesti až osmi studentů bakalářského studia ošetrovatelství ve třetím ročníku. Všichni účastníci byli rozděleni do skupiny se vzdělávacím programem o váhovém zkreslení, nebo do skupiny bez tohoto programu. Všichni účastníci bez ohledu na randomizaci vyplnili dotazník Postoje k obézním osobám (ATOP) a Názory na obézní osoby (BAOP). Skóre BAOP účastníků ve skupině s programem se významně zlepšilo ve srovnání s kontrolní skupinou. Nedošlo k žádným významným změnám v postojích k jedincům s obezitou, jak naznačují skóre ATOP. Zjištění této pilotní studie naznačují, že intenzivnější program, který zahrnuje scénáře učení založeného na případu, které vyvolají kritické myšlení ve spojení se standardním programem má potenciál snížit některé aspekty zkreslení hmotnosti, nikoliv však všechny (Oliver et al., 2022).

Poněkud radikálním řešením je snaha o vymýcení všech negativních postojů k obézním lidem oslavou všech ženských těl bez ohledu na jeho tvar a velikost a propagací obézních těl jako normálních. Obsah sociálních médií s tzv. *Body Positivity*, neboli tělu pozitivním obsahem, může být prospěšný pro náladu žen a jejich tělesný obraz, ale objevily se obavy, že může snížit motivaci ke zdravému chování. Studie zkoumala rozdíly v náladě žen, tělesné spokojenosti a hypotetickém výběru jídla po zhlédnutí body positive příspěvků. Ženy, které

si prohlížely příspěvky body positive obsah se ženami průměrné velikosti, uváděly pozitivnější náladu než kontrolní skupina; ženy, které si prohlížely příspěvky s většími ženami, nikoli. Neexistovaly žádné účinky stavu na negativní náladu nebo spokojenost s tělem. Výsledky tedy obecně nepotvrdili významný dopad body positive obsahu v médiích na spokojenost žen se svým tělem, na jejich jídelní chování a neměly prakticky žádný dopad na postoje k obezitě obecně (Simon & Hurst, 2021). Další výzkum potvrdil pouze pozitivní dopad na spokojenost s vlastním tělem po shlédnutí body positive obsahu, vliv tohoto obsahu na postoje a hodnocení tělesného vzhledu ostatních lidí ale prokázán nebyl (Manning & Mulgrew, 2022). Body positive obsah může do určité míry pomoci obézním lidem přijmout své tělo a zmírnit negativní dopad médií na tělesné sebepojetí, váhové stigmatizaci ale tento obsah vždy předcházet nedokáže.

O zmírnění dopadů a prevenci váhové stigmatizace se snažila a snaží řada aktivistických skupin. Hnutí přijímání tuku (*fat pride, fat empowerment*) je sociální hnutí, které se snaží odstranit sociální stigma tloušťky ze společenských postojů tím, že široké veřejnosti poukazuje na sociální překážky, se kterými se tlustí lidé potýkají. Mezi sporné oblasti patří estetický, právní a lékařský přístup k lidem, jejichž těla jsou tlustší než společenská norma. Moderní hnutí za přijímání tuku začalo koncem 60. let. Kromě své politické role představuje hnutí akceptace tuku také subkulturu, která pro své členy působí jako sociální skupina. Hnutí za přijímání tuku bylo kritizováno z několika hledisek, včetně lékařského, že zastiňuje negativní aspekty nadváhy tím, že ji normalizuje (Cooper, 2008).

Jako Fat Underground se označovalo radikální hnutí, jehož existence neměla dlouhé trvání. Nikdy neobsahoval více než hrstku lidí a byl spíše na obtíž než skutečnou hrozbou – členové obtěžovali a uráželi skupiny hubnoucích, avšak nikdy se neuchýlili ke skutečnému násilí. Počátkem osmdesátých let Fat Underground zanikl, zatímco NAAFA (*National Association to Advance Fat Acceptance*) zůstala nejhlasitějším obhájcem práv obézních Američanů. NAAFA je dobrovolnická vícegenerační organizace, která se snaží změnit narativ o tloušťce, bojovat za práva na tuky a zvýšit respekt ke všem lidem ve všech tělech. Na svých webových stránkách hlásají motto: „*Thustoši mají práva a je třeba je chránit!*“. Podle Centers for Disease Control mají nyní dvě třetiny dospělých Američanů nadváhu a polovina z nich se kvalifikuje jako obézní. Existuje rostoucí blogová komunita, přezdívaná Fatosphere, kde blogeři brojí proti zprávám o obezitě v médiích. I když druhá skupina, International Size Acceptance Association, vznikla v roce 1997, NAAFA se stala předním obhájcem obézních

Američanů v médiích, které o obézních vtipkují, až po letecké společnosti, které nutí obézní cestující platit si druhé místo k sezení (Cooper, 2008).

Gimlin (2002) vedl rozhovory se ženami zapojenými do NAAFA ohledně stigmatu spojeném s tloušťkou. Účastnice uvedly, že se necítily sexuálně atraktivní, dokud nezačaly navštěvovat akce NAAFA a nesetkaly se s obdivovateli tuku nazývaných jako *fat admirers* FA (obdivovatelé tloušťky). I když je pravda, že účastnice stále bojují se svým tělem a jeho přijetím, 72 % uvedlo, že se méně stydí, protože se učí být na své tělo pyšné bez ohledu na jeho vzhled (Gailey, 2012). I tento výzkum potvrzuje pozitivní vliv spíše na jednotlivce trpící obezitou a jejich přístup k tloušťce než na globální přesvědčení populace o obezitě.

Váhová stigmatizace a negativní postoje k obezitě jsou celospolečenskými problémy. I když se objevuje spousta snah, jak tato přesvědčení vymýtit, zůstává otázkou, jestli je to vůbec možné. Jak jsme zmínili výše, tato přesvědčení jsou v naší kultuře hluboce zakořeněná po staletí. Menším, přesto reálným cílem je zmapovat a prozkoumat tyto postoje detailněji, abychom alespoň částečně mohli pracovat na zmírnění dopadů, které má váhová stigmatizace jak na lidi trpící obezitou, tak na všechny jedince, kteří se svým tělem nejsou spokojeni a jsou nuceni se podřizovat soudobému kultu štíhlosti.

4 VÝZKUMNÉ PROJEKTY VE SLEDOVANÉM TÉMATU

Poslední teoretická kapitola této práce bude pojednávat o výzkumných zjištěních k problematice postojů k obezitě, váhové stigmatizace a dopadech na sebepojetí stigmatizovaných.

Huizinga a jeho výzkumný tým (2009) zkoumali vliv vyššího BMI na respekt lékařů k obézním pacientům. Spolu s kolegy analyzoval data ze vstupní návštěvy čtyřiceti lékařů. Celkem 238 pacientů bylo zařazeno do randomizované kontrolované studie, která se zabývala komunikací mezi pacientem a lékařem. Nezávislou proměnnou byl BMI a výsledkem byl respekt lékaře k pacientovi. Lékaři pocívali nízký respekt k 39 % obézním pacientům. Vyšší BMI pacienta bylo významně negativně spojeno s respektem k němu.

Zajímavý výzkum se zabýval sexuálními a randíciemi zkušenostmi obézních žen. Celkem 36 žen splňující kritéria obezity bylo dotazováno na jejich tělesný vzhled, zapojení do hnutí za přijetí tělesného vzhledu, na randění a sexuální historii. Výsledky ukázaly, že většina účastnic cítila intenzivní tělesný stud a měla neuspokojivý sexuální život (Gailey, 2012). V podobné studii Gailey a Prohaska (2006) studovali tzv. „hogging“, tedy praktiku, při které muži uzavírají sázky ve skupinách o to, kdo si přivede domů nejobemnější ženu. Účastníci, jež praktikovali „hogging“, uvedli, že si myslí, že plnoštíhlé ženy jsou „snadno dosažitelné“, protože zoufale touží po pozornosti nebo jsou nejisté. Naznačovali, že plnoštíhlé ženy jsou považovány za nesexuální nebo méně sexuálně přitažlivé než osoby s normální hmotností. Tato tvrzení jsou však nepodložená, stigmatizující a do značné míry ignorují zkušenosti obézních žen a relevantní informace o jejich sexualitě (Gailey, 2012).

Další výzkumná studie zkoumala trendy ve vnímané diskriminaci na základě hmotnosti a výšky mezi celostátně reprezentativním souborem amerických dospělých ve věku 35–74 let, porovnávající zkušenosti s diskriminací na základě rasy, věku a pohlaví. Výzkumníci se dotazovali na primární důvod diskriminace a umožnili účastníkům uvést více důvodů. Výsledky ukazují, že prevalence diskriminace na základě hmotnosti a výšky se zvýšila ze 7 % v letech 1995–1996 na 12 % v letech 2004–2006, přičemž postihla všechny skupiny populace kromě seniorů. Tento růst pravděpodobně nelze vysvětlit změnami v míře obezity (Andreyeva & Brownell, 2008).

Studie ze Spojených států se věnovala frekvenci a psychologickým korelátům diskriminace hlášeným Američany s podváhou, normální hmotností, nadváhou a obezitou prvního,

druhého i třetího stupně. Analýzy využívaly údaje ze studie Midlife Development ve Spojených státech - národního průzkumu více než 3 000 dospělých ve věku 25 až 74 let. Ve srovnání s osobami s normální hmotností, obézní osoby více hlásí institucionální a každodenní mezilidskou diskriminaci. U obézních osob je vyšší pravděpodobnost, že hlásí diskriminaci v zaměstnání a špatné zacházení. Obézní osoby uvádějí nižší míru sebedpřijetí než osoby s normální hmotností, přesto je tento vztah plně zprostředkován pocitem, že je někdo diskriminován kvůli tělesné hmotnosti nebo fyzickému vzhledu (Carr & Friedman, 2005).

Účelem jiného výzkumu bylo prozkoumat na neklinickém souboru dospělých lidí zkušenosti s váhovou stigmatizací. Šest genderově specifických fokusních skupin tvořilo 31 dospělých dobrovolníků, a sice 17 žen a 14 mužů. Bylo měřeno vnímání stereotypů založených na váze a účastníci měli uvést příklady situací, kdy se s nimi kvůli váze zacházelo odlišně nebo špatně. Zúčastněné osoby uváděly nejrůznější formy škádlení, obtěžování, nadávek, urážek, negativních soudů a domněnek. Účastníci uvedli, že k takovým zážitkům docházelo doma, mezi přáteli i cizími lidmi, v práci a ve zdravotnických zařízeních. Ženy uváděly větší počet a rozmanitější negativní zkušenosti než muži (Cossrow & McGuire, 2001).

Váhové stereotypy se mohou lišit také podle barvy pleti. Výzkum se zabýval hodnocením osobnosti na základě prvotního dojmu (*halo efektu*) u bílých a černých žen, a to jak s normální váhou, tak s nadváhou či obezitou. Jak bylo předpokládáno, osobnost bílých žen s normální váhou byla hodnocena pozitivněji než osobnost bílých žen s nadváhou. Váha nehrála roli při hodnocení osobnosti nebo atraktivity černošek (Wade et al., 2003).

Následující studie zkoumala váhové stereotypy mezi bílou a hispánskou mládeží. Cíle tohoto výzkumu zněly: a) zdokumentovat stereotypní názory na obézní vs. hubené vrstevníky; b) zkoumat, do jaké míry přispívají stereotypní přesvědčení k záměrům chování vůči obézním vs. hubeným vrstevníkům; c) prozkoumat potenciální rozdíly ve váhových stereotypech a záměrech chování u bílé a hispánské mládeže. Účastníci, 157 hispánských a 117 studentů bělochů ze středních škol, vyplnili demografický dotazník, dotazník tučných stereotypů (FSQ), adjektivní kontrolní seznam a dotazník sdílených aktivit (SAQ). Účastníci podporovali stereotypy související s hmotností, které předpovídaly jejich sociální, akademické a volnočasové záměry jednání. Dále uvedli větší ochotu zapojit se do společenských, akademických a rekreačních aktivit s hubenými vrstevníky. Mezi bílými a hispánskými adolescenty bylo zjištěno jen málo rozdílů v postojích k obézním lidem (Greenleaf et al., 2006).

S váhovou stigmatizací se lidé setkávají i v domácím prostředí. Posměšky a poznámky přichází od blízkých přátel či přímo členů rodiny. Mnohým z nás se stalo, že nám příbuzní řekli, že potřebujeme zhubnout nebo nám prodavačka v obchodním centru radila, co si obléct, abychom skryli své křivky. Tzv. *Body-shaming* (anglický výraz pro stigmatizaci na základě vzhledu těla) se nenápadně vkrádá do každodenní konverzace ve formě vtipů, neškodných poznámek a nevyžádaných rad. Studie Joshiho (2017) shromáždila pomocí rozhovoru s obézními pacienty, kteří zažili body-shaming od blízkých osob, nejčastější fráze, které jsou obézním lidem předhazovány. Tento výčet dokazuje, jak se zdánlivě nenápadně váhové stereotypy vkrádají do našeho běžného slovníku:

1. „Obvykle, když po dlouhé době potkám člověka – většinou příbuzného – vyjádří se k mé váze: *Ach, přibrála jsi / zhubla jsi. Co jsi dělala, abys zhubla?*”
2. *"Je čas, abyste se vdala, musíte zhubnout."*
3. *"Jsi tak tlustá, nikdo si tě nevezme. Můj otec by řekl, že si mě vezmou jen ragbisté a zápasníci, protože jinak se naše velikosti neshodují."*
4. *"Jsi tlustá, ale pořád vypadáš moc hezky. Opravdu se umíš nést."*
5. *"Co se děje? Nějaké dobré zprávy?" (těhotenství)*
6. *"Obchodníci mi často říkají, jaké šaty si mám koupit, abych skryla své křivky a vypadala hubeně."*
7. *"Páni, hodně jsi zhubla. Vypadáš dobře." (což značí, že obézní vypadala špatně)*
8. *"Lidé ti říkají, abys nejedla všechno od rýže po brambory a smažená jídla."*
9. *"Nejezte tolik."*
10. *"Můj táta mi vždycky "z legrace" říkal fat-ass."*
11. *"Má tak velká prsa. Měla by nosit jiné oblečení a prsa zahalit."*
12. *"Pokud příbuzný zahlédne v okolí nějakou osobu s nadváhou, otočí se a řekne, že vypadám přesně jako ona."*
13. *"Učitelka jógy mi řekla: 'Ano, můžeme s tebou začít jógu, ale nejdřív musíme zapracovat na tvé váze, pak budeš moci provádět pokročilé ásany. Ted' se mě lidé ptají: Dokážeš dělat tak těžké jógové pozice, když jsi pořád tlustá? Pomáhá ti jóga zhubnout? Jak můžeš dělat tyto pozice s tak velkým tělem, jako máš ty?"*
14. *"Máš tak hezký obličej, měla bys zhubnout, pak budeš vypadat krásně."*
15. *"Při nástupu do stísněného výtahu je těžší osoba vždy zesměšňována skupinou přátel s ohledem na kapacitu výtahu."*

16. *"V jakékoli oblasti, nejen v těch, které jsou ve skutečnosti spojené s vaším vnějším vzhledem, ale dokonce i v korporátním světě, jsou lidé vždy posuzováni podle své velikosti místo svého talentu. Těžký člověk je považován za nevhodného, hloupého, líného, ne dost chytrého nebo ne dost talentovaného"* (Joshi, 2017).

Tato studie navíc ukázala, že běžný argument, že *fat-shaming* (synonymum body-shamingu) motivuje lidi, aby usilovněji pracovali na snížení hmotnosti nebo změnili své návyky, je mylný. Výzkum ve skutečnosti ukazuje, že internalizace zkraslení hmotnosti může ve skutečnosti vést ke špatnému zdraví. Lidé, kteří se stydí za svou váhu, jsou vystaveni zvýšenému riziku nízkého sebevědomí, úzkosti a deprese, ale také somatickým nemocem, jako je cukrovka, srdeční choroby či mrtvice (Joshi, 2017).

Formování a utváření negativních postojů k obezitě a podněcování ke stigmatizaci na základě váhy ovlivňují také média a jejich obsah. Během roku 2017 bylo ve Spojeném království i v jiných zemích publikováno značné množství článků v médiích, které stigmatizují a diskriminují lidi s nadváhou a obezitou. Takové články mohou číst miliony lidí, v tištěné i online podobě. Vzhledem k tomu, že postoje s váhovým stigmatem předpovídají diskriminační chování, je role médií hluboce znepokojivá. U přímých a nepřímých cílů stigmatizace mohou mít takové postoje hluboký dopad na fyzické a duševní zdraví obézních lidí. Mediální zobrazení obezity jsou často stigmatizující a nepřesná. Vydavatelé a redaktoři tento mediální obsah jen zřídka zpochybňují, a tak proud hanlivých článků zaplavuje mainstreamová média (Flint et al., 2018).

V konkrétním případě, časopis *Esquire* obsahoval odporný článek s poněkud znepokojující poznámkou: *„Zabil bych je všechny a udělal z nich svíčky“*; přičemž *„oni“* znamenalo označení osob s nadváhou a obezitou. Podobné články utváří dojem, že váhová stigmatizace a diskriminace jsou přijatelné, a tím podporují taková společenská přesvědčení. V obdobném časopisu byl popsán rozhovor se ženou, která odmítala, aby její dceru ve škole vyučovala obézní učitelka. V neposlední řadě, australský časopis *Herald Sun* publikoval článek s názvem: *„Obézní? Pravděpodobně jste příliš líní cvičit“*, kde označil lenost jako hlavní příčinu obezity (Flint et al., 2018).

Fat-shaming se často vyskytuje na sociálních sítích. Bylo analyzováno více než 17 000 tweetů souvisejících s fat-shamingem za účelem zjištění závažnosti a forem propagace váhového stigmatu. Největší počet příspěvků obsahující stigmatizující hesla byl zjištěn ve městě Wyoming a Vermont. Zajímavé je, že Vermont má jednu z nejnižších měr obezity u dospělých v Americe a Wyoming má jednu z nejnižších měr dětské obezity, díky čemuž se

obyvatelé těchto států mohou cítit oprávněněji negativně hodnotit obézní lidi. Na druhém konci spektra byly státy s nejnižším výskytem fat-shamingových tweetů, a to Kalifornie a Texas (Elliptical Reviews, 2014).

Ve Spojených státech je více než 34 % obézních. To ale neznamená, že v ostatních zemích se fat-shaming nevyskytuje. Naopak, po celém světě se objevily tweety obsahující fráze jako „*přestat jíst*“ a „*zhubnout*“. Výrazy a fráze používané v tweetech se pohybovaly od obecných, jako je „*zhubnout*“, až po vyloženě kruté, s výrazy jako „*tlustý b--ch*“ a „*sádlo*“, jež se v tweetech vyskytovaly znepokojivě často. Bez ohledu na volbu slov, studie ukazují, že ve skutečnosti tyto poznámky nemají vliv na hubnutí. U lidí, kteří jsou zesměšňováni nebo zahanbeni za svou váhu, není o nic pravděpodobnější, že zhubnou dříve, a mohou být dokonce náchylnější k přibírání na váze (Elliptical Reviews, 2014).

Ač se to z výše uvedených poznatků může zdát, v každé společnosti není ideálem krásy štíhlost. Stojí za zmínku, že na některých místech jako jsou Jamajka a Nigérie platí, že „*velké je krásné*“ a lidé, zejména ženy, se aktivně snaží přibrat na váze. To však může vést k nezdravým praktikám, a dokonce i body-shamingu opačným směrem, kdy se ženy stydí za příliš hubené tělo a jsou nuceny podstoupit drastická opatření, aby se zakulatily. Celosvětová data však možná nejvíce vypovídají o častém a rozšířeném používání fráze „*tlustý a ošklivý*“ – tyto dva termíny se v moderní společnosti staly téměř zaměnitelnými, což vytváří politováníhodnou živnou půdu pro fat-shaming (Elliptical Reviews, 2014).

Také kampaně proti obezitě, jejichž prvotní záměr má často dobrý úmysl, mohou neúmyslně stigmatizovat jedince s obezitou pomocí obrázků, které zobrazují negativní stereotypy obezity. Tato studie zkoumala dopad obrázků na váhové stigma pomocí falešných kampaní proti obezitě s různými typy obrázků. Účastníci (N = 240) byli náhodně přiřazeni k jedné ze čtyř podmínek kampaně: stereotypní obrázky, méně stereotypní obrázky, neutrální obrázky nebo žádné obrázky. Všechny čtyři podmínky používaly stejný nestigmatizující text zprávy. Účastníci uváděli své postoje k sociálním situacím (požadovaná sociální vzdálenost) podle obrázků. Jednotlivci, jež obdrželi pouze text o obezitě bez obrázků, hodnotili, do jaké míry byl text doprovázející kampaň stigmatizující. Výsledky odhalili, že stereotypní obrazy byly hodnoceny jako nejvíce stigmatizující a byly také spojeny s nižším hodnocením pozitivních vlastností cíle a větším sociálním odstupem. Z toho vyplývá, že při kampaních je důležité zvážit dopad obrázků kampaně proti obezitě, které zobrazují běžné stereotypy obezity. Vytvoření, testování a šíření nestigmatizujících kampaní je důležité pro snížení stigmatizace a lepší zapojení těchto jednotlivců do prevence veřejného zdraví (Johnstone & Grant, 2018).

Váhová stigmatizace a negativní postoje k obézním se zdají být v populaci častými jevy. V následující výzkumné části diplomové práce se pokusíme zjistit, s jakou četností se tyto jevy vyskytují v dospělé populaci českých žen a jaký mají podle jejich hodnocení dopad na jejich sebepojetí, duševní a fyzické zdraví.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU A CÍLE VÝZKUMU

5.1 Formulace výzkumného problému a cíle práce

Jedním z hlavních cílů této práce je popsat vztah k jídlu a vlastnímu tělu, zjistit postoje k obezitě a zkušenosti s váhovou stigmatizací u českých žen. Jako deskriptivní cíle jsme si vytyčili:

- Popsat stravovací návyky českých žen.
- Zjistit zastoupení přítomnosti závislosti na jídle u českých žen.
- Zjistit spokojenost českých žen s vlastním tělem a jejich vztah k vlastnímu tělu.
- Zmapovat zkušenosti českých žen s váhovou stigmatizací.
- Zjistit, jaké postoje k obezitě zastávají české ženy.

Mezi další cíle této diplomové práce patří prozkoumání souvislostí mezi spokojeností s vlastním tělem, snahou o redukci hmotnosti, hodnotami BMI, výskytem poruch/y příjmu potravy, přítomností závislosti na jídle a postoji k obezitě.

5.2 Výzkumné otázky a statistické hypotézy

V této práci se snažíme popsat stravovací návyky českých žen a zjistit, jaký mají vztah k vlastnímu tělu. V této oblasti se pokusíme nalézt odpovědi na výzkumné otázky:

- Jaké jsou stravovací návyky českých žen?
- Jsou české ženy se svým tělem spokojené?
- Jak české ženy hodnotí vzhled svého těla?
- Přály by si české ženy svoji postavu nějakým způsobem změnit?
- Podnikají české ženy v současné době nějaké kroky ke změně postavy?
- V jakém zastoupení se vyskytují poruchy příjmu potravy ve výzkumném souboru?

V Dotazníku stravování jsme se českých žen tázali na jejich výšku a váhu. Na základě údajů jsme mohli u žen vypočítat předpokládané hodnoty BMI. Předpokládáme, že hodnoty BMI se budou nepatrně zvyšovat s přibývajícím věkem. Na základě toho jsme stanovili první výzkumnou hypotézu:

H1: Existuje pozitivní korelace mezi hodnotou BMI a věkem.

V teoretické části této práce jsme zmiňovaly, že ženy s nadváhou či obezitou jsou častěji nespokojené s vlastním tělem (viz kapitola 1.4.). Na základě tohoto předpokladu jsme vytvořili hypotézu: **H2: Existuje pozitivní korelace mezi hodnotou BMI a spokojeností s vlastním tělem.**

Dalším naším cílem bylo zmapovat zkušenosti s váhovou stigmatizací u českých žen. Pomocí dotazníku SSI-Bb se pokusíme zodpovědět naši výzkumnou otázku:

- Jaké zkušenosti mají české ženy s váhovou stigmatizací?

Kromě zkušeností s váhovou stigmatizací a tělesného sebepojetí nás také zajímala otázka:

- Jaké jsou postoje českých žen k obézním lidem?

Předpokládáme, že ženy, které trpí nadváhou či obezitou, budou v hodnocení a postojích k jiným obézním lidem shovívavější. Tento předpoklad budeme ověřovat pomocí hypotézy:

H3: Existuje negativní korelace mezi hodnotou BMI a postoji k obezitě.

Postoje k obezitě také může ovlivnit, jak moc je žena se svým tělem spokojená. Naše čtvrtá hypotéza zní:

H4: Existuje pozitivní korelace mezi postoji k obezitě a spokojeností s vlastním tělem.

Pomocí Yalské škály závislosti na jídle mYFAS 2.0 chceme zodpovědět výzkumnou otázku:

- Jaký je výskyt závislosti na jídle ve výzkumném souboru?

V této oblasti jsme si stanovili dvě výzkumné hypotézy:

H5: Existuje pozitivní korelace mezi BMI a závislostí na jídle.

H6: Existuje negativní korelace mezi postoji k obezitě a závislostí na jídle.

Kromě těchto hlavních výzkumných hypotéz jsme formulovali hypotézy, jež předpokládají vztah mezi zmiňovanými proměnnými a jednotlivými faktory dotazníku AFA. Metoda AFA měří tři faktory, a to nechuť k tloušťce (*dislike*), strach z vlastní tloušťky (*fear of fat*) a víru ve schopnost ovlivnění hmotnosti (*willpower*) (více o této metodě v kapitole 7.2.). Tyto faktory budeme zkoumat ve vztahu k BMI a spokojenosti s vlastním tělem.

H7: Existuje negativní korelace mezi BMI a faktorem *Dislike*.

H8: Existuje pozitivní korelace mezi BMI a faktorem *Fear of Fat*.

H9: Existuje negativní korelace mezi BMI a faktorem *Willpower*.

H10: Existuje negativní korelace mezi spokojeností a faktorem *Dislike*.

H11: Existuje pozitivní korelace mezi spokojeností a faktorem *Fear of Fat*.

H12: Existuje negativní korelace mezi spokojeností a faktorem *Willpower*.

6 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU A METODY VÝBĚRU VÝZKUMNÉHO SOUBORU

V této kapitole se zaměříme na deskriptivní údaje o našem výzkumném souboru a popíšeme, jaké metody jsme zvolili pro jeho výběr.

Náš výzkumný soubor tvoří 2174 českých žen. Podmínkou pro účast ve výzkumu byl věk alespoň 17 let a narození nebo pobyt na území České republiky. Věkové rozpětí našeho výzkumného souboru je poměrně široké, jsou zde zastoupeny ženy od 17 do 74 let. Nejvyšší početní zastoupení má věková skupina od 26 do 45 let. Tato skupina tvoří 51 % celkového počtu respondentek. Průměrný věk respondentek je 29 let, směrodatná odchylka $\pm 9,11$. Rozdělení výzkumného souboru dle věku podle Langmeiera a Krejčířové (2006) podrobně zobrazuje tabulka 1.

Tabulka 1. Rozdělení výzkumného souboru do kategorií podle věku

Věkové rozmezí	Vývojové etapy	N	%
17-19 let	adolescence	263	12,10
20-25 let	mladá dospělost	667	30,68
26-45 let	střední dospělost	1111	51,10
46-65 let	pozdní dospělost	126	5,80
66 a více	stáří	7	0,32
Celkem		2174	100

V dotazníku sociodemografických údajů jsme se respondentek také dotazovali na bydlení, vzdělání, státní občanství, ekonomický status a počet porodů. Celkem 77 % všech respondentek žije ve městech, 23 % žije na vesnicích, sedm z nich otázku týkající se bydlení nevyplnilo. V oblasti vzdělání, necelých 7 % žen ukončilo vzdělávání základní školou. Střední školu ukončenou výučním listem dokončily 4 % účastnic. Nejvyšší zastoupení (907) 42 % má kategorie střední škola ukončená maturitní zkouškou. Vyšší odbornou školu vystudovalo 72 (3 %) žen. Vysokoškolské vzdělání je v souboru zastoupeno v hojném počtu, a to v 18 % bakalářské (382), 25 % magisterské nebo inženýrské (543) a necelé 1 %

doktorské vzdělání (17). Stejně jako v předešlém případě, sedm účastnic tuto položku vyplnilo.

Celkem 938 (43 %) žen je v současné době zaměstnaných, 638 (29 %) studuje, 373 žen (17 %) v současné době pobývá na mateřské dovolené. Téměř 7 % (166) žen z našeho výzkumného souboru podniká, nezaměstnaných je 24 žen (1 %). Ostatní ženy jsou buďto v důchodu nebo položku nevyplnily či označili položku jako „jiné“. České státní občanství má 97 % dotázaných žen. Převážná většina, tedy 64 % žen (1381) zatím neporodilo žádné dítě, 15 % žen (334) porodilo jedno dítě, 16 % (352) porodilo děti dvě a 4 % dosud porodily tři děti. Dále 12 žen porodilo čtyři děti a jedna žena porodila pět dětí. Osmnáct žen na otázku týkající se porodu neodpovědělo.

Naším cílem bylo získat data od co nejvyššího počtu českých žen rozmanitého věku, vzdělání a ekonomického statusu. V online výzkumném šetření ale není zcela možné tuto rozmanitost ošetřit. Pro výběr výzkumného souboru jsme použili nepravděpodobnostní metody výběru. První metodou byl samovýběr. Vytvořili jsme profil na sociální síti Instagram a zájemci o danou problematiku, kteří splňovali podmínky, se mohli výzkumu zúčastnit. Jelikož jsme dotazníky propagovali především přes sociální sítě, využili jsme i metodu sněhové koule, kdy účastnice, kterým se myšlenka našeho projektu líbila, sdílely odkaz na výzkum mezi své známé a sledující. Jednalo se především o záměrný výběr, jelikož jsme dotazníky primárně posílaly a propagovaly ve skupinách či profilech na sociálních sítích, které se dle jejich obsahu zajímaly o témata jako jsou body image, vztah k vlastnímu tělu, prevence obezity, poruchy příjmu potravy či zdravá strava a cvičení.

7 METODOLOGICKÝ RÁMEC

V této kapitole se budeme věnovat tomu, jaký design a typ výzkumu jsme pro výzkumné šetření zvolili a popíšeme metody, jež jsme k testování použili. V závěru kapitoly se budeme krátce věnovat metodám zpracování a analýzy dat.

7.1 Design výzkumu a typ výzkumu

Pro zpracování tématu byl zvolen kvantitativní přístup. Kvantitativní metody ve vědě předpokládají, že můžeme do jisté míry predikovat lidské chování. Tento typ výzkumu využívá náhodných výběrů respondentů, jelikož má za cíl zobecnění výsledků výzkumu na určitou populaci. Pro sběr dat využívá strukturované testy, dotazníky a inventáře. Narozdíl od kvalitativního přístupu je žádoucí předložit testovou metodu co nejvyššímu počtu respondentů. Tímto krokem lze zajistit reprezentativnost výzkumného souboru vůči populaci. Kvantitativní výzkum bývá spojován s hypoteticko-deduktivním modelem. Podstatou je existence teorie o určitém jevu nebo vztahu v reálném světě. Na základě tohoto předpokladu pomocí dedukce formulujeme statistické hypotézy, které pak ověřujeme pomocí statistických testů. Na závěr vždy výsledek vztáhneme zpět k původní teorii (Hendl, 2016).

V psychologii rozlišujeme metody klinické a testové. Jelikož jsme pro náš výzkumný projekt použili testovou baterii obsahující dotazníky a inventáře, jedná se o aplikaci testových metod. Testové metody jsou charakteristické standardizovanými postupy se standardizovanými pravidly administrace. Tato pravidla brání možnému nežádoucímu zkreslení pravidel administrátorem. Cílem testových metod je získání menšího množství informací od co největšího počtu respondentů (Svoboda, Humpolíček & Šnorek, 2013). Pro účely našeho výzkumného projektu jsme zvolili dotazníkové metody, které podrobně popíšeme v následující podkapitole.

7.2 Aplikovaná metodika

V úvodu dotazníkové baterie účastnice nejprve označily, zda souhlasí se zpracováním osobních údajů. Následně vyplnily sadu sociodemografických položek, které se účastnic dotazovaly na pohlaví, věk, vzdělání a další sociodemografické údaje. Dále následovaly metody, které popíšeme v dalších podkapitolách.

7.2.1 Dotazník stravování a pohybové aktivity

Dotazník stravování a pohybové aktivity (2019) vytvořený Pipovou, Dolejšem a Suchou se skládá z 19 položek. Pro tento výzkum jsme použili jeho zkrácenou verzi, kde se nedotazujeme na pohybovou aktivitu. Pohybová aktivita není stěžejním tématem našeho výzkumného šetření, proto položky, jež se jí týkají, nebyly do dotazníkové baterie zahrnuty z důvodu vysokého celkového počtu položek v testové baterii. Odpovědi na položky v Dotazníku stravování a pohybové aktivity nemají vždy stejný formát, proto je pod každou otázkou uvedena instrukce, kolik odpovědí může respondent označit. Účastnice měly za úkol označit křížkem vždy jednu nebo více odpovědí. Většina otázek je zaměřena na četnost určitých skutečností či chování v jejich běžném životě (např. Toto chování se u mě vyskytuje: nikdy, několikrát za rok, ..., nikdy atd.).

Dotazník mapuje jídelní chování a stravovací návyky. Dále jsou zde obsaženy otázky týkající se hodnocení vlastního těla, vztahu k jídlu a spokojenosti s vlastním tělem. Položky se dotýkají i poruch příjmu potravy a spánkového režimu. V neposlední řadě zde přidáváme otázky na tělesné údaje, jako jsou výška, současná váha a váha, kterou by si účastnice přála mít. Na jejich základě můžeme vypočítat i hodnoty BMI (*Body Mass Index*). Nejedná se však o reálně naměřenou hodnotu, výpočet je pouze orientační. Otázky na tělesné údaje nebo na spánek jsou otevřené, respondentky mají doplnit číslo. U ostatních otázek respondentky vybírají odpověď/i na otázky z 5 nebo více možností.

7.2.2 Dotazník postojů k tloušťce AFA

Dotazník postojů k tloušťce AFA (Crandall, 1994; Pipová, Kostková, Dolejš, 2019) je metoda, která zjišťuje přesvědčení o obézních lidech. Obsahuje 13 položek, na každou z nich lze odpovídat na deseti bodové škále podle toho, do jaké míry respondentka souhlasí s předloženými tvrzeními. Číslo jedna znamená, že s tvrzením vůbec nesouhlasí a číslo deset, že s tvrzením zcela souhlasí. Položky jsou tematicky rozděleny do tří oblastí. První oblastí jsou negativní postoje/nechuť k obézním lidem (*Dislike*), druhou je strach z vlastní tloušťky (*Fear of Fat*) a třetí posuzuje možnosti ovlivnění tloušťky a míru zavinění obezity (*WillPower*). Čím vyššího skóre v dotazníku respondent dosáhne, tím silnější jsou jeho negativní postoje k obézním lidem (Crandall, 1994).

Metoda vznikla jako překlad zahraniční metody AFA (*Antifat Attitudes Questionnaire*), kterou vytvořil v roce 1994 Christian S. Crandall. Psychometrické vlastnosti této metody byly zkoumány v různých zemích. Například Argyrides a kolektiv (2023) ověřovali psychometrické vlastnosti této metody pro řeckou populaci. Uvedli, že metoda má

uspokojivou vnitřní konzistenci ($\alpha = 0,9$) i inkrementální validitu ($F(6, 641) = 36,65$, $p < 0,001$, $R^2_{adj} = 0,25$). Obdobných pozitivních výsledků dosáhla i španělská studie, která uvedla hodnotu reliability $\alpha = 0,8$ (Macho et al., 2022).

7.2.3 Yalská škála závislosti na jídle mYFAS 2.0.

Yalská škála závislosti na jídle mYFAS 2.0. (Schulte, Gearhardt, 2017; Pipová, Dolejš, Suchá, 2019) je škála o 13 položkách, která měří potravinovou závislost. Vznikla jako překlad zahraniční metody *Yale Food Addiction Scale*, konkrétně její modifikované zkrácené verze mYFAS 2.0. Původní verze metody obsahovala celkem 35 položek. Tato metoda prokázala dobré psychometrické vlastnosti napříč překladům do různých jazyků (Brunault et al., 2014; Manzoni et al., 2018 aj.).

Zkrácená verze mYFAS 2.0 neměří s takovou citlivostí, jako původní delší verze, nicméně v několika studiích prokázala odpovídající reliabilitu ($KR=0,8/0,9$) jako verze nezkrácená (Schulte & Gearhardt, 2017; Pipová et al., 2021).

Položky se zaměřují na stravovací návyky účastnic v uplynulém roce. V úvodu je krátká instrukce s vysvětlením pojmů, které se v položkách vyskytují a mohly by být při vyplňování nejasné. Metoda se dotazuje na četnost jídelního chování v uplynulém roce, respondentky vybírají z osmi odpovědí: nikdy, méně než měsíčně, jedenkrát měsíčně, dvakrát až třikrát měsíčně, jednou týdně, dvakrát až třikrát týdně, čtyřikrát až šestkrát týdně nebo každý den. Tato škála se snaží zjistit míru závislosti na jídle u každé respondentky. Odpovědi na položky sytí celkem 12 faktorů, například přítomnost trvalé touhy po jídle, omezování důležitých pracovních, společenských a rekreačních aktivit kvůli jídlu aj. Na základě počtu symptomů můžeme výsledky u každé respondentky rozdělit do kategorií: žádná závislost na jídle, mírná závislost na jídle, středně těžká závislost na jídle a těžká závislost na jídle. Validizačním kritériem je poslední z dvanácti kategorií týkající se prožívané úzkosti kvůli jídlu.

7.2.4 Zkušenost s váhovou stigmatizací SSI-Bb

Původní metoda SSI (*Stigmatizing Situations Inventory*) je jednou z nejčastěji používaných metod, jež měří zkušenosti s váhovou stigmatizací. Plná verze dotazníku obsahuje celkem 50 položek, je tedy relativně rozsáhlá. Proto byly vyvinuty její zkrácené verze, které při testování prokázaly dobrou spolehlivost i validitu. Pro náš výzkum jsme vybrali překlad zkrácené verze s názvem SSI-Bb. Tuto metodu jsme používali pouze pro deskriptivní analýzu. SSI-Bb obsahuje celkem 10 položek. Účastnice vybíraly na desetibodové stupnici, jak často se v minulosti setkali s určitými situacemi souvisejícími s váhovou stigmatizací. Na výběr měly z možností: nikdy, jednou v životě, několikrát v životě, přibližně jednou za

rok, několikrát za rok, přibližně jednou za měsíc, několikrát za měsíc, přibližně jednou za týden, několikrát za týden nebo denně (Vartanian, 2015). Pro upřesnění zjištěných informací a pro lepší porozumění zkušenostem žen s váhovou stigmatizací jsme na závěr této metody zařadili kvalitativní položku, která se dotazovala, jaký dopad měly zkušenosti s váhovou stigmatizací dopad na jejich tělesné sebepojetí.

V dotazníkové baterii byly obsaženy další tři metody. Jejich výsledky poslouží jako podklad do jiných odborných publikací. Mezi tyto metody patří **Dotazník sebepojetí (DOS-18)** vytvořený Dolejšem, Dostálem, Obereignerů a Orlem (2021), dále **Škála místa kontroly Zemanové a Dolejše (SMKZD)** (2016) a metoda pro hodnocení vzhledu vlastního těla **Basic Olomouc Body Rating (BOBR)** od Šrámkové a Cakirpaloglu (2016).

7.3 Metody zpracování a analýzy dat

Po ukončení sběru dat následovala úprava dat pro analýzu v programu Microsoft Excel. Jednotlivým odpovědím u každé z otázek byly přiřazeny zástupné číselné hodnoty (např. 1=jsem spokojená se svým tělem). Chybějící hodnoty jsme doplnili pomocí regresní imputace. Všechny dotazníky administrované za účelem naší výzkumné studie byly sloučeny do jednoho dokumentu. Naše dotazníková baterie obsahovala celkem osm metod. Pro účely této diplomové práce byla použita data ze čtyř metod. Zbylá data poslouží jako poklad pro další odborné publikace a výstupy.

Část analýzy dat proběhla už v samotném programu Microsoft Excel, který jsme použili pro tvorbu grafů, tabulek a pro základní hrubé výpočty. Pro náročnější operace s daty jsme použili statistický program Statistica 13. Pro jednoduché deskriptivní výsledky jsme použili základních popisných statistik a frekvenčních tabulek. Naše stanovené hypotézy testovaly korelace mezi jednotlivými proměnnými ordinální nebo metrické povahy. Pro ověření jejich platnosti jsme využili Spearmanova (v případě jedné či více ordinálních proměnných) nebo Pearsonova korelačního koeficientu (v případě metrických proměnných). V rámci hlubšího zkoumání vtažů jsme v některých případech využili i t-testu pro dva nezávislé výběry (neboli Welchova testu), analýzy rozptylu při jednoduchém třídění (ANOVA) a Mann-Whitneyova U testu. V případě použití t-testu pro dva nezávislé výběry jsme mezi výsledky uvedli hodnotu testové statistiky t a jako ukazatel míry účinku jsme pro prezentaci výsledků zvolili Cohenovo d . V případě použití testu ANOVA jsme uvedli ve výsledcích hodnotu testové statistiky F .

Hypotézy jsme testovali na hladině významnosti $p < 0,05$. P-hodnota $< 0,001$ značí velmi vysoce signifikantní výsledky, $p < 0,01$ vysoce signifikantní, $p < 0,05$ signifikantní a vyšší p-hodnoty značí, že nemáme dostatek důkazů proti platnosti nulové hypotézy. Ve výčtu hypotéz uvádíme hypotézy alternativní oboustranné. Vztahy mezi proměnnými jsme zkoumali pomocí korelačních koeficientů, kdy $|r| \geq 0,5$ značí silný vztah, $|r| < 0,5$ považujeme za středně silný vztah, $|r| < 0,3$ považujeme za slabý vztah a korelační koeficient s hodnotami $|r| < 0,1$ považujeme za zanedbatelný vztah mezi sledovanými proměnnými. Uvedené vztahy platí pro korelace pozitivního i negativního znění.

8 REALIZACE VÝZKUMU

8.1 Organizace a průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo od začátku května do konce listopadu 2022, tedy asi šest měsíců. Na začátku roku 2022 jsme vybrali metody, které jsme do výzkumu chtěli zahrnout a sestavili dotazníkovou baterii, která se skládá celkem z 97 položek. Vzhledem k povaze výzkumu jsme zvolili online výzkumné šetření. Vyplňování dotazníkové baterie zabere cca 25–30 min, což jsme považovali za adekvátní dobu, více položek už by mohlo náročné na pozornost účastnic a mohlo by snížit jejich motivaci vyplňování dokončit. V dubnu 2022 proběhla pilotní studie s 20 ženami, které jsme požádali, aby nás upozornily na jakékoliv chyby či nejasnosti ohledně srozumitelnosti znění položek a do komentářů nakonec baterie nám napsaly, co bychom mohli zlepšit pro ostré testování. Na začátku května jsme spustili ostré testování, které jsme nechali běžet co nejdélejší možnou dobu, abychom získali co nejvyšší počet respondentek. Mezitím jsme se věnovali teoretické části této práce.

Téměř každý den jsme se snažili náš výzkum co nejvíce propagovat přes sociální sítě. Za tímto účelem byl vytvořen instagramový i facebookový profil s názvem „*Body Image Research*“. Na tomto profilu jsme uveřejnili základní informace týkající se výzkumného šetření. Pro zvýšení důvěryhodnosti jsme zde krátce představili náš výzkumný tým a popsali, čemu se jeho členové profesně věnují. Upozornili jsme zde na publikaci, která vznikla na podkladě dat z výzkumného šetření na obdobné téma. Toto šetření jsme realizovali v roce 2020 a publikace nese název „*Stravování a vztah k jídlu u českých adolescentů ve 21. století*“ (Pipová et al., 2021).

Pro účel propagace výzkumu jsme sestavili zprávu, která obsahovala stručné shrnutí podstaty našeho výzkumu, odkaz na dotazníkovou baterii a také poděkování za případnou

účast a propagaci. Tuto zprávu v různých modifikacích jsme rozesílali ze zmíněného profilu. Na profilu jsme se snažili být aktivní a zveřejňovat aktuální informace o průběhu šetření. Po ukončení sběru dat jsme všem zúčastněným poděkovali. Po vyhodnocení dat zveřejníme pro zájemce na tomto profilu výsledky výzkumu a publikace, které vzniknou na podkladě dat získaných z tohoto šetření.

8.2 Etika výzkumu

Při každém výzkumném šetření je nezbytné zajistit etický přístup k účastníkům. V tomto výzkumném šetření jsme se řídili Etickým kodexem APA (2017). Na začátek dotazníkové baterie jsme zařadili položku, ve které účastnice odsouhlasily, zda souhlasí se zpracováním poskytnutých osobních údajů dle nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů, pro účely výzkumného šetření. Pokud některá účastnice neposkytla svůj souhlas, nebylo možné dotazníkovou baterii vyplnit a do výzkumu ji zařadit. Samozřejmostí byla také důvěra informací a anonymita všech účastnic. Každé respondentce, jež vyplnila dotazník byl přiřazen číselný kód. Vyplnění dotazníku bylo dobrovolné, účastnice mohly kdykoliv z testování odstoupit s tím, že měly možnost ponechat vyplněné jen některé položky z metod a jiné nechat bez odpovědi.

Kdykoliv měly účastnice nějaké dotazy ohledně výzkumného šetření, byly odkázány buďto na web výzkumného týmu (<https://persona.upol.cz>) nebo jsme jim je zodpověděli zprávou přes sociální síť. Pokud byla některá respondentka ochotná nasdílet náš výzkum přes sociální síť, srdečně jsme jí poděkovali. Poděkování všem účastnicím, které se do výzkumu zapojily, jsme zahrnuli do úvodní části dotazníkové baterie, a po ukončení fáze sběru dat jsme zveřejnili hromadné poděkování na sociálních sítích. Pro zájemce o výsledky výzkumného bádání bude na profil na sociální síti, jež byl vytvořen za účelem toho výzkumu, zveřejněn odkaz na tuto diplomovou práci, případně na další publikace, které vzniknou na podkladech dat z tohoto výzkumu.

9 VÝSLEDKY

V této části práce se zaměříme na výsledky našeho výzkumného šetření. Popíšeme zde deskriptivní výsledky Dotazníku stravování a pohybové aktivity a dotazníku SSI-Bb zaměřeného na zkušenosti žen s váhovou stigmatizací. Dále zde uvedeme výsledky Dotazníku postojů k obezitě AFA a Yalské škály závislosti na jídle mYFAS 2.0. V závěru kapitoly se budeme věnovat zhodnocení platnosti hypotéz, jež jsme popsali v kapitole 5.2.

9.1 Výsledky Dotazníku stravování a pohybové aktivity

Jednou z výzkumných otázek, kterou jsme chtěli pomoci tohoto dotazníku zodpovědět, byla otázka: **Jaké jsou stravovací návyky českých žen?**

Výsledky ukazují, že 38 % žen se stravuje v rychlém občerstvení jen několikrát ročně, druhá nejčastější odpověď byla asi jednou měsíčně. Jednou týdně se takovým způsobem stravuje 17 % dotázaných žen. V otázce o konzumaci slaných a sladkých pochutin jsou výsledky rozmanitější. Slané pochutiny, jako jsou chipsy, hot-dogy apod. konzumuje 32 % žen asi jednou měsíčně, téměř 28 % jednou týdně a 27 % žen konzumuje tyto pochutiny pouze několikrát ročně. Celkem 8 % žen konzumuje tyto potraviny dvakrát až čtyřikrát týdně. Jak se zdá, ženy konzumují sladkosti častěji než slané pochutiny. Sladkosti si 29 % žen dopřává dvakrát až čtyřikrát týdně, 24 % je konzumuje jedenkrát týdně. Vyšší zastoupení zde mají i odpovědi jako čtyřikrát až šestkrát týdně (10 %) nebo jednou denně (14 %).

Kromě konzumace nutričně méně hodnotných potravin jsme se dotazovali také na pití slazených nápojů či energetických nápojů. Asi 28 % dotázaných žen pije colu nebo jiné slazené nápoje pouze několikrát ročně, 24 % je pije jednou měsíčně. Vysoké zastoupení zde měly i odpovědi jednou týdně 21 % a dvakrát až čtyřikrát týdně 10 %. Pití energetických nápojů není u žen tak oblíbené, jako je pití slazených nápojů. Více než polovina žen (67 %) uvedla, že energetické nápoje nepije nikdy a 17 % je pije pouze jednou ročně.

Tabulky 2 a 3 zobrazují početní i procentuální zastoupení odpovědí na otázky týkající se stravovacích návyků dotázaných českých žen. Červenou barvou jsou zvýrazněny vždy dvě hodnoty zastoupeny v odpovědích nejčastěji.

Tabulka 2. Frekvenční tabulka odpovědí o konzumaci nutričně méně hodnotných potravin

<i>Nutričně méně hodnotné potraviny/nápoje</i>	Stravování v rychlém občerstvení		Pití coly a slazených nápojů		Pití energetických nápojů		Konzumace slaných pochutin		Konzumace sladkostí	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Frekvence	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nikdy	125	5,74	198	9,10	1462	67,19	90	4,14	23	1,06
Několikrát ročně	826	37,96	619	28,45	368	16,91	589	27,07	132	6,07
1x měsíčně	800	36,76	530	24,36	160	7,35	689	31,66	245	11,26
1x týdně	361	16,59	465	21,37	84	3,86	603	27,71	523	24,03
2-4 dny v týdnu	47	2,16	220	10,11	65	2,99	165	7,58	625	28,72
4-6 dní v týdnu	4	0,18	49	2,25	15	0,69	20	0,92	212	9,74
1x denně	5	0,23	38	1,75	14	0,64	12	0,55	295	13,56
Několikrát denně	2	0,09	51	2,34	3	0,14	3	0,14	117	5,38
Nevyplněno	6	0,28	6	0,28	5	0,23	5	0,23	4	0,18

Tabulka 3. Frekvenční tabulka odpovědí o konzumaci zdravých potravin

<i>Nutričně hodnotné potraviny</i>	Konzumace ovoce		Konzumace zeleniny	
	N	%	N	%
Frekvence	N	%	N	%
Nikdy	5	0,23	4	0,18
Několikrát ročně	14	0,64	7	0,32
1x měsíčně	68	3,13	33	1,52
1x týdně	192	8,82	103	4,73
2-4 dny v týdnu	458	21,05	362	16,64
4-6 dní v týdnu	391	17,97	356	16,36
1x denně	579	26,61	400	18,38
Několikrát denně	460	21,14	906	41,64
Nevyplněno	9	0,41	5	0,23

V otázkách na konzumaci ovoce a zeleniny ženy nejčastěji v obou případech označily odpovědi jednou nebo několikrát denně. Necelá polovina žen (42 %) uvedla, že konzumuje zeleninu několikrát denně. Další ženy odpovídaly nejčastěji tak, že konzumují zeleninu jednou denně (18 %), dvakrát až čtyřikrát týdně (17 %) nebo čtyřikrát až šestkrát týdně (16

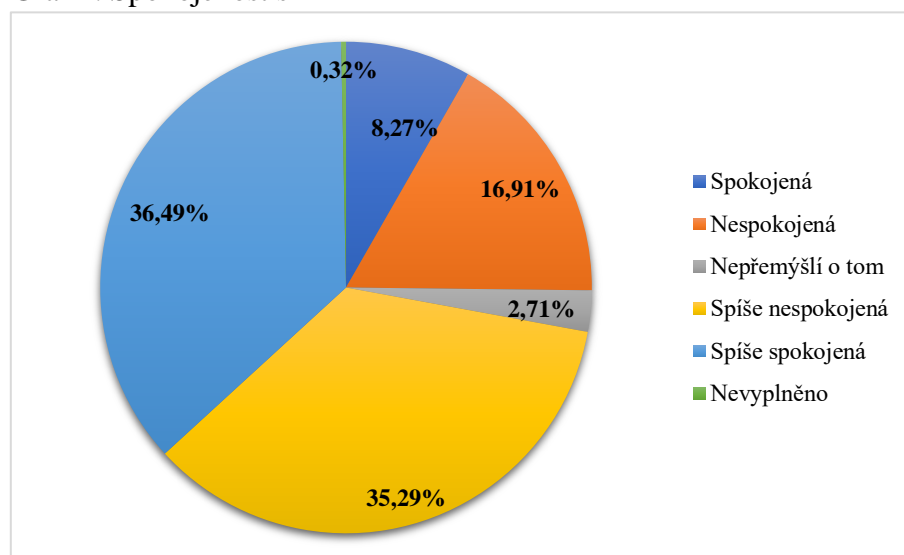
%). Četnost konzumace ovoce se nepatrně liší. Nejvyšší zastoupení mají odpovědi jednou denně 27 % a několikrát denně 21 %, další nejčastější odpověď je dvakrát až čtyřikrát týdně. Ve všední dny snídá 75 % dotázaných žen. V tyto dny nikdy nesnídá 8 % žen. O víkendech snídá oba dva dny 87 % žen. Svoje stravování hodnotí 60 % žen jako spíše zdravé a 21 % jako spíše nezdravé. Posouzení vlastního stravování českých žen podrobně zobrazuje tabulka 4.

Tabulka 4. Frekvenční tabulka odpovědí posouzení vlastního stravování

<i>Posouzení vlastního stravování</i>		
Frekvence	N	%
Nezdravé	65	2,99
Spíše nezdravé	464	21,32
Nevím	226	10,39
Spíše zdravé	1316	60,48
Zcela zdravé	98	4,50
Nevyplněno	7	0,32

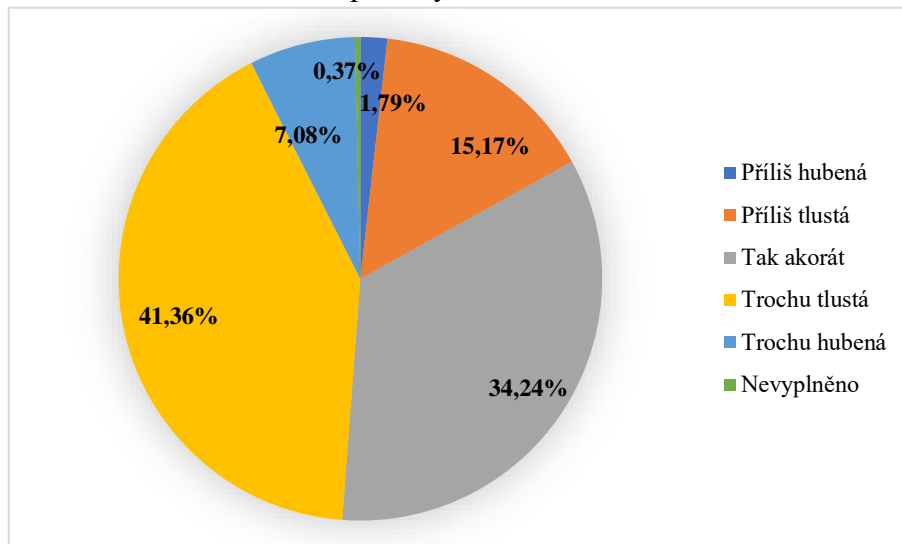
Kromě deskripce stravovacích návyků jsme si kladli za cíl zodpovědět otázku: **Jsou české ženy se svým tělem spokojené?** Jak můžeme vidět na grafu 1, tak poměr žen spíše spokojených a spíše nespokojených je téměř vyrovnaný. Převážně spokojeně se svým tělem se cítí 37 % (794) žen, a převážně nespokojeně se cítí 35 % (768) žen. Z celkového součtu odpovědí ale vyplývá, že jsou české ženy se svojí postavou spíše nespokojené.

Graf 1. Spokojenost s vlastním tělem



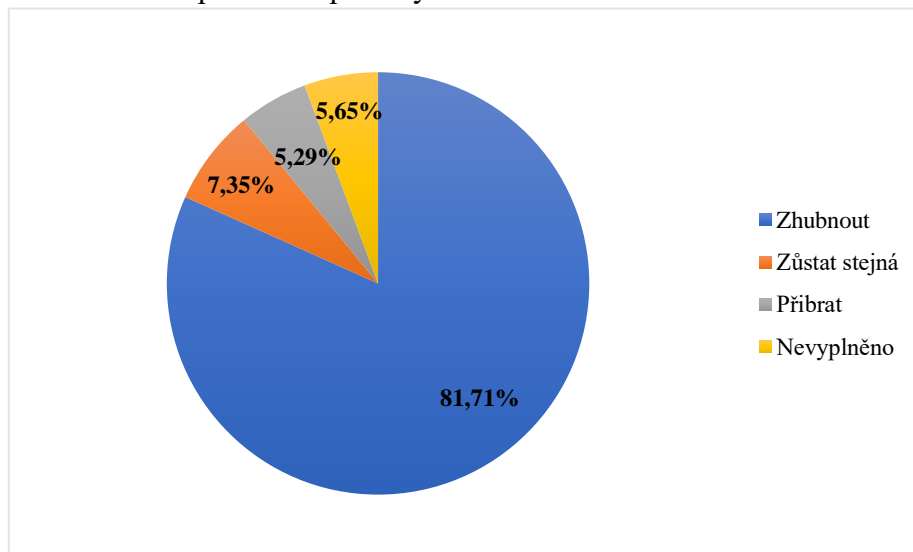
Následující výzkumná otázka zněla: **Jak ženy hodnotí vzhled svého těla?** Ženy měly vzhled svého těla zhodnotit podle toho, zda si myslí, že je jejich postava spíše hubená, tak akorát až po příliš tlustou. Jako spíše tlustou hodnotí svoji postavu 41 % žen, druhá nejčastější odpověď je postava tak akorát u 34 % žen. Podrobnější výsledky zobrazuje graf 2.

Graf 2. Hodnocení vlastní postavy



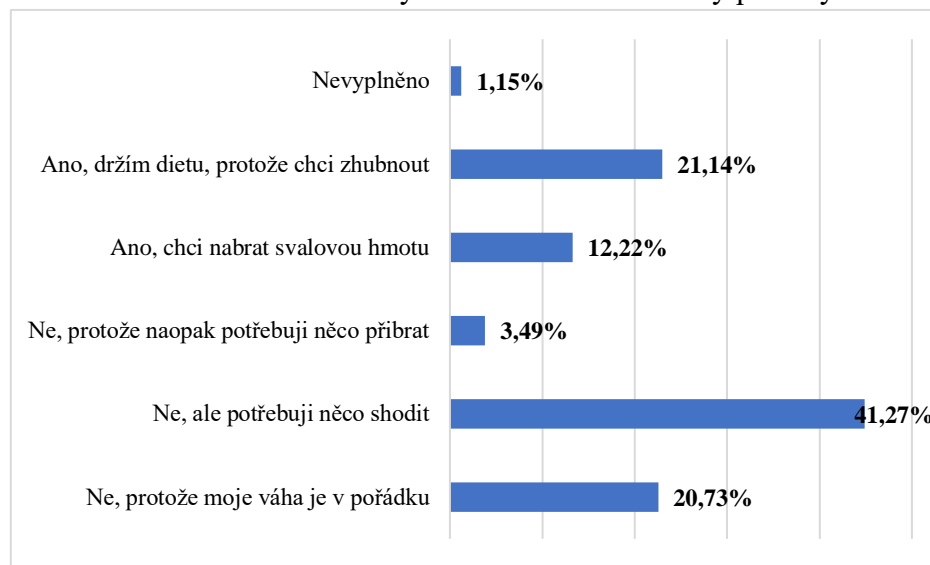
Dále jsme se žen dotazovali, zda by: **Chtěly svoji postavu nějakým způsobem změnit?** - tedy buďto zhubnout, přibrat nebo zůstat stejná. Až 82 % (1778) všech dotázaných žen by si přálo zhubnout. Podrobnější výsledky ukazuje graf 3. Jak se zdá, tak štíhlost je, jak jsme se domnívali, pro dotázané ženy žádoucím stavem.

Graf 3. Touha po změně postavy



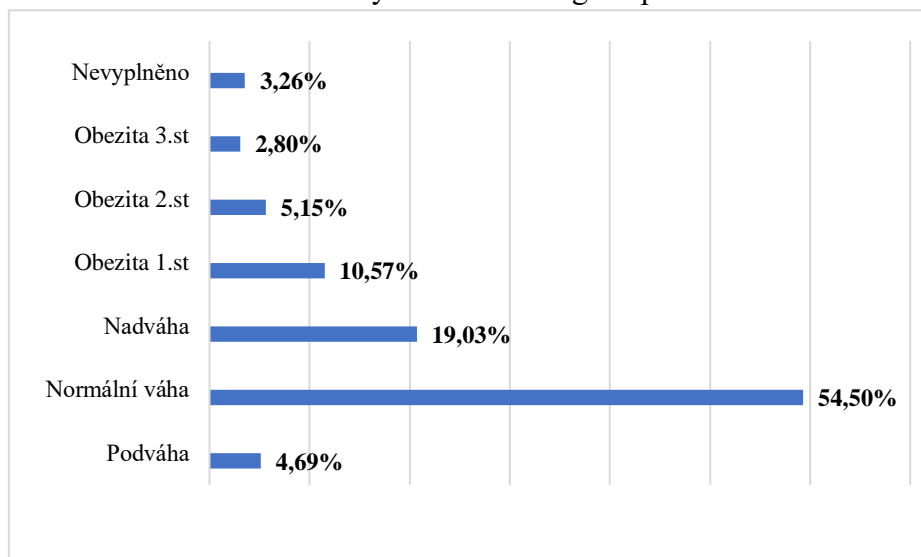
Pokud české ženy touží svoji postavu změnit, nabízí se otázka, zda: **Podnikají v současné době ženy nějaké kroky ke změně vzhledu postavy?** Tady ale odpovědi nejsou tak jednoznačné. Nejčastěji ženy odpovídaly tak, že v současné době žádnou dietu nedrží, ale že by nějaké to kilo potřebovaly shodit. Takto odpovědělo 41 % žen. Dietu za účelem hubnutí drží v současné době 21 % žen. Něco přes 20 % žen označilo, že dietu nedrží, protože jejich váha je v pořádku. Příkladáme zde graf 4 pro detailnější přehled výsledků.

Graf 4. Současná aktivita českých žen za účelem změny postavy



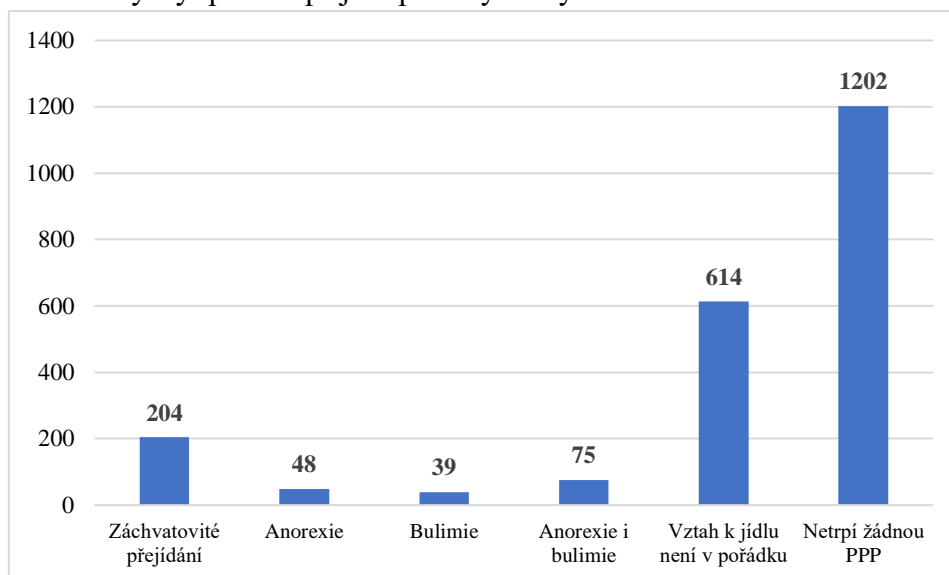
Dotazník stravování a pohybové aktivity také obsahuje položky dotazující se žen na jejich tělesné údaje, tedy na výšku a váhu. Díky těmto hodnotám můžeme vypočítat hodnoty BMI (Body Mass Index) a na základě těchto hodnot si udělat představu o tělesném vzhledu zúčastněných žen. Podle získaných hodnot BMI jsme ženy rozdělili do jednotlivých kategorií, jež můžeme vidět v grafu 5. Přes polovinu (55 %) zúčastněných žen se pohybuje v kategorii normální váhy, tedy má hodnotu BMI v rozmezí 18,5-25,0. Nadváhou trpí 19 % žen a 5 % žen zase podváhou. Obezitou prvního stupně trpí 11 % žen, obezitou druhé stupně 5 % žen a obezitou třetího stupně necelé 3 % žen.

Graf 5. Rozdělení zúčastněných žen do kategorií podle hodnot BMI



K otázkám týkajícím se stravování a hodnocení vlastního těla se váže i problematika poruch příjmu potravy, proto jsme do dotazníku toto téma zahrnuly. U 55 % žen se nikdy nevyskytla žádná porucha příjmu potravy. Celkem 28 % žen odpovědělo, že sice žádnou z poruch příjmu potravy netrpí, ale vnímají, že jejich vztah k jídlu není v pořádku. Graf 6 ukazuje odpovědi na naši výzkumnou otázku: **V jakém zastoupení se vyskytují poruchy příjmu potravy u českých žen?**

Graf 6. Výskyt poruch příjmu potravy ve výzkumném souboru

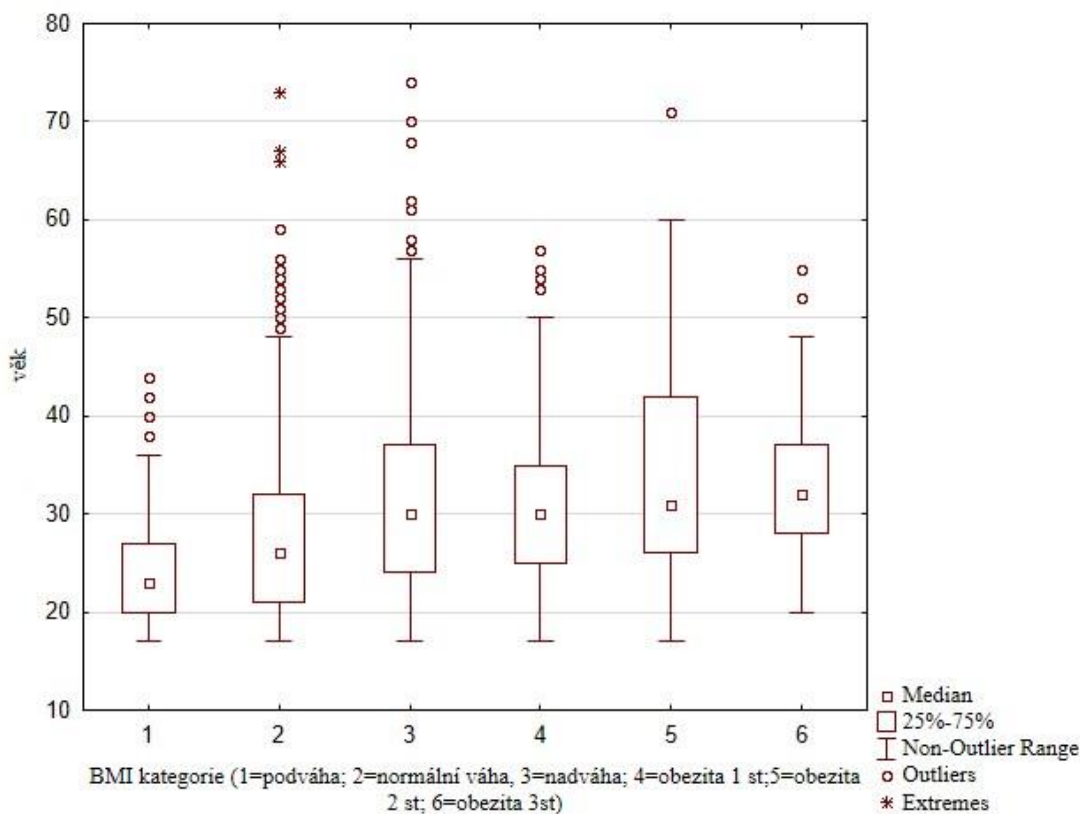


Pro úplnost získaných informací jsme se žen ptali na jejich spánek. Zúčastněné ženy nejčastěji spí 7 hodin denně (36 %) nebo 8 hodin denně (28 %). Dále 19 % zúčastněných žen označilo, že spí průměrně 6 hodin denně, 6 % žen spí průměrně 5 hodin denně a 3 % žen

spí až 9 hodin denně. Ve výzkumném souboru se vyskytovaly i ženy (1 %), které spí méně než 5 hodin denně a i ženy, které spí více než 9 hodin denně (1 %).

Nyní se dostáváme k první z našich výzkumných hypotéz, ve které nás zajímalo, zda **H1: Existuje pozitivní korelace mezi hodnotou BMI a věkem.** Hodnoty BMI se ve výzkumném souboru pohybovaly od 14,8 do 68,6. Věkové rozložení účastnic bylo od 17 do 74 let. Souvislost mezi BMI a věkem byla ověřena pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Mezi proměnnými byl nalezen slabý vztah s hodnotou korelačního koeficientu $r=0,24$ a p-hodnotou $p < 0,001$. Vztah mezi těmito proměnnými zobrazuje graf 7. Nalezený vztah je statisticky významný a hypotézu H1 **přijímáme**.

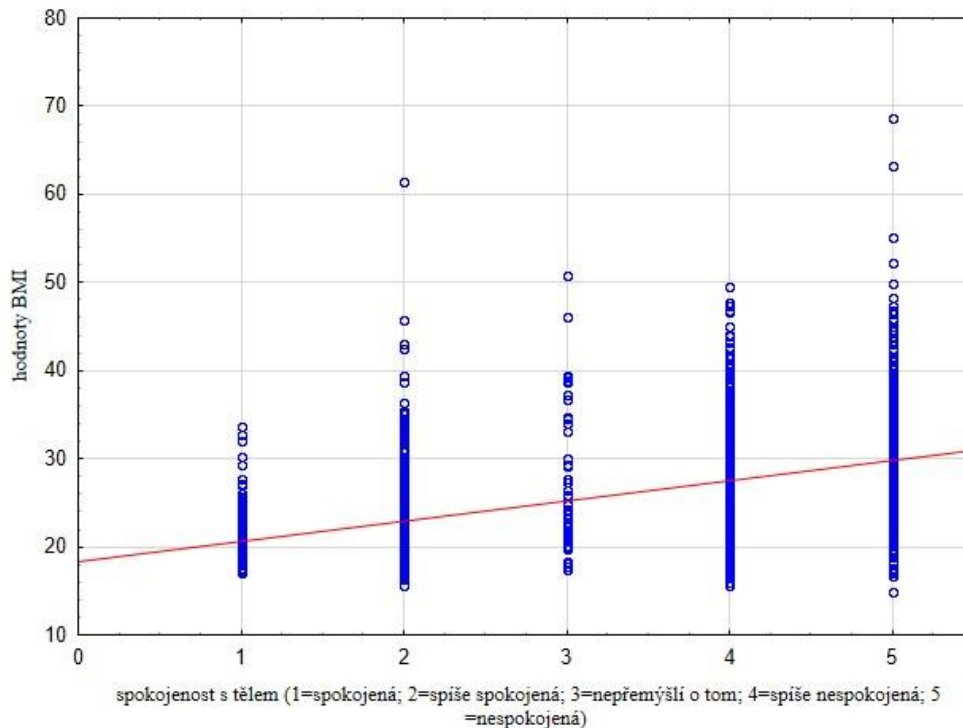
Graf 7. Krabicový graf rozdílů v kategoriích BMI podle věku



Tělesný vzhled má velký vliv na spokojenost s tímto vzhledem. Proto jsme předpokládali, že **H2: Existuje pozitivní korelace mezi hodnotou BMI a spokojeností s vlastním tělem.** Tuto hypotézu jsme zkoumali pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Byl nalezen silný vztah $r=0,54$; $p < 0,001$ mezi BMI a spokojeností s tělem. Zcela spokojené s vlastní postavou jsou nejčastěji ženy s normální váhou (7 %) a s podváhou (1 %). Spíše spokojené jsou nejčastěji ženy s normální váhou (29 %) a ženy s nadváhou (4 %). Celkem 54 žen (3 %) o spokojenosti nad vlastním tělem nepřemýšlí. Se svojí postavou je spíše nespokojeno

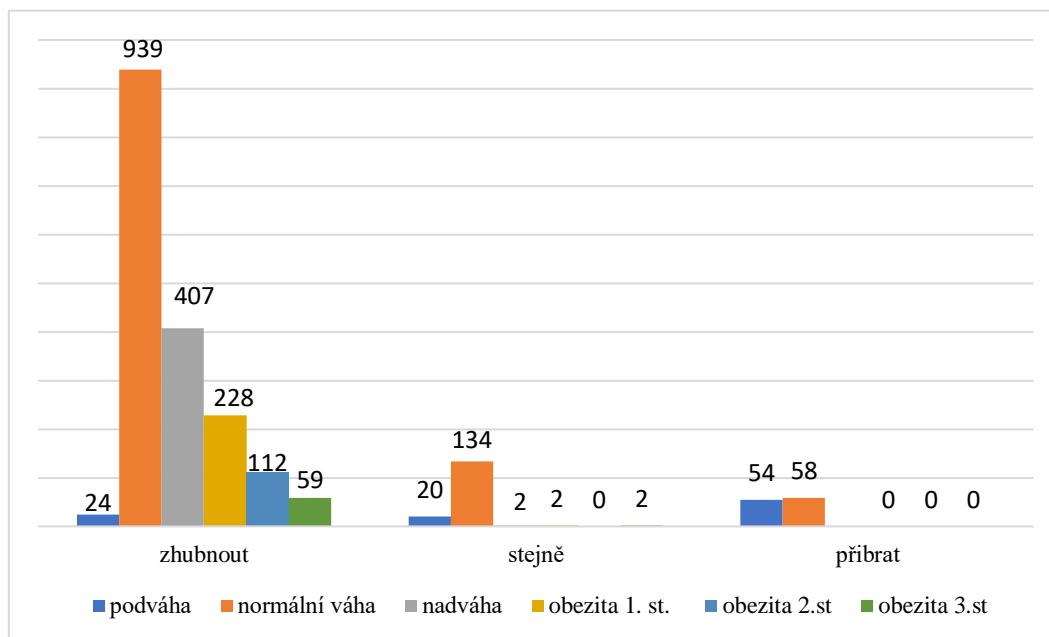
16 % žen, jež spadají do kategorie normální váhy, 10 % žen s nadváhou a 4 % žen v kategorii obezity 1. stupně. Zcela nespokojené s vlastní postavou jsou nejčastěji ženy s nadváhou (5 %) a ženy s obezitou 1. stupně (4 %). V kategoriích obezity jsou zcela spokojené s vlastní postavou pouze 4 ženy (0,2 %). Z výše uvedeného jasně vyplývá, že hodnota BMI velmi ovlivňuje spokojenost s vlastním tělem a hypotézu **přijímáme**. Tuto skutečnost potvrzuje i bodový graf 8.

Graf 8. Bodový graf souvislosti hodnot BMI a spokojenosti s vlastním tělem



Zajímavé je zjištění, že v současné době drží dietu za účelem redukce váhy nejčastěji ženy s normální váhou (8 %) a ženy s nadváhou (6 %). Obézní ženy spíše označovaly odpověď, že v současné době dietu nedrží, ale že si myslí, že by potřebovaly nějaké to kilo shodit (10 %). Přibrat chtějí, podle očekávání, nejčastěji ženy s podváhou (2 %). Zhubnout si nejčastěji přejí ženy s normální váhou (46 %), dále ženy s nadváhou (20 %) a ženy v prvním stupni obezity (11 %) - podrobněji v grafu 9. V následující podkapitole se zaměříme na to, jak na tělesný vzhled žen reaguje jejich okolí.

Graf 9. Touha po změně postavy u žen podle kategorií BMI



9.2 Deskripce výsledků Dotazníku o zkušenostech s váhovou stigmatizací SSI-Bb

Jako další výzkumnou otázku jsme si pokládali: **Jaké zkušenosti mají české ženy s váhovou stigmatizací?** Se stigmatizujícími situacemi založenými na tělesném vzhledu se mohou ženy setkat prakticky kdekoliv. V dětství se 14 % dotázaným ženám několikrát stalo, že byly kvůli svojí váze vyčleňovány vychovatelkou nebo učitelem, 5 % žen se s takovou situací během svého dětství setkalo jednou. V dětství se jedné pětina dotázaných žen (437) několikrát stalo, že jejich vrstevníci nahlas komentovali jejich váhu před ostatními. Celkem 7 % (144) žen má s touto situací zkušenost v dětství jednou, 5 % (103) ženám se to stávalo několikrát ročně a 5 % žen tyto situace zažívalo i několikrát týdně.

Několikrát v životě se 21 % žen stalo, že na ně lidé na veřejnosti zírali kvůli jejich váze, 6 % žen se s tím setkává až jednou ročně, skoro stovce žen (4 %) se takové situace stávají několikrát měsíčně nebo dokonce několikrát týdně (4 %). Až 26 % žen několikrát v životě zaslechlo, jak o jejich váze lidé říkají na veřejnosti hrubé poznámky. Skoro stovka žen (5 %) se s tímto setkává přibližně jednou ročně. Při cestování v autobuse se 5 % žen jednou nebo několikrát v životě stalo, že na ně lidé našťavaně zírali nebo je obtěžovali, protože zabíraly „*příliš mnoho*“ místa.

Alespoň jednou nebo vícekrát v životě se 32 % žen setkalo s váhovou stigmatizací u lékaře, kdy jim lékař doporučil dietu, přestože k nim žena nepřišla kvůli hubnutí či tělesné váze. Celkem 92 žen (4 %) se setkalo se stigmatizací při pracovním pohovoru, kdy se domnívaly, že je na pracovní pozici nepřijali kvůli váze, tvaru nebo velikosti jejich postavy. Alespoň jednou v životě 22 % dotázaných žen se jejich rodinní příslušníci cítili trapně kvůli jejich váze nebo velikosti postavy.

Někteří lidé předpokládají, že lidé s nadváhou či obezitou jsou nestřídmí v jídle. S tímto předpokladem se za svůj život na vlastní kůži setkalo 25 % žen. Několikrát v životě se s touto situací setkalo 315 žen (15 %), několikrát ročně 142 žen (7 %) a 64 žen (3 %) uvedlo, že se s tímto předpokladem od okolí setkávají dokonce denně. Dále jsme se dotazovali, zda se ženám někdy stalo, že je jejich partner zneužíval, protože předpokládal, že jsou kvůli svojí postavě zoufalé a nechají si to líbit. Jednou v životě se tato situace stala 9 % žen, několikrát za život 7 % žen, a častěji než několikrát za život se s touto situací setkalo 6 % žen.

Z výsledků vyplývá, že váhová stigmatizace je v populaci českých žen přítomná.

Tabulka 5. Frekvenční tabulka s výsledky dotazníku SSI-Bb

<i>Váhová stigmatizace</i>	Vyčleňování		Komentování		Hrubé		Zírání na		Poznámky	
	učitelem v dětství		váhy vrstevníky		poznámky na váhu		veřejnosti		při cestování	
Frekvence	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nikdy	1408	64,71	1098	50,47	1028	47,24	1048	48,16	1921	88,28
Jednou v životě	109	5,01	144	6,62	235	10,80	68	3,13	42	1,93
Několikrát v živ.	306	14,06	437	20,08	573	26,33	464	21,32	62	2,85
Jednou ročně	33	1,52	21	0,97	34	1,56	38	1,75	5	0,23
Několikrát ročně	88	4,04	103	4,73	98	4,50	131	6,02	16	0,74
Jednou měsíčně	31	1,42	39	1,79	35	1,61	60	2,76	7	0,32
Několikrát měs.	42	1,93	72	3,31	51	2,34	92	4,23	5	0,23
Jednou týdně	32	1,47	36	1,65	21	0,97	38	1,75	4	0,18
Několikrát týdně	43	1,98	103	4,73	25	1,15	90	4,14	3	0,14
Denně	36	1,65	70	3,22	23	1,06	87	3,99	5	0,23
Nevyplněno	48	2,21	53	2,44	53	2,44	60	2,76	106	4,87

<i>Váhová stigmatizace</i>	Nevyžádaná		Stigma při		Využití		Stigma od		Předpoklad	
	dieta od lékaře		pracovním pohovoru		zranitelnosti partnerem		rodinných příslušníků		nestřídmosti v jídle	
Frekvence	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nikdy	1440	66,18	2026	93,11	1637	75,23	1624	74,63	1285	59,05
Jednou v životě	278	12,78	53	2,44	200	9,19	110	5,06	63	2,90
Několikrát v živ.	243	11,17	26	1,19	158	7,26	242	11,12	315	14,48
Jednou ročně	51	2,34	3	0,14	12	0,55	21	0,97	26	1,19
Několikrát ročně	64	2,94	4	0,18	23	1,06	45	2,07	142	6,53
Jednou měsíčně	9	0,41	2	0,09	15	0,69	12	0,55	36	1,65
Několikrát měs.	13	0,60	2	0,09	26	1,19	23	1,06	67	3,08
Jednou týdně	1	0,05	0	0,00	5	0,23	5	0,23	22	1,01
Několikrát týdně	5	0,23	2	0,09	20	0,92	12	0,55	34	1,56
Denně	20	0,92	0	0,00	22	1,01	13	0,60	64	2,9
Nevyplněno	52	2,39	58	2,67	58	2,67	69	3,17	122	5,6

9.3 Výsledky dotazníku AFA

Pomocí dotazníku AFA jsme zjišťovali, **jaké jsou postoje českých žen k obézním lidem**. Čím vyšší byl naměřen hrubý skór v odpovědích v dotazníku AFA, tím silnější negativní postoje k obézním lidem ženy zastávají. Tabulka 6 obsahuje průměrný hrubý skór odpovědí v jednotlivých faktorech, a to faktoru *Dislike* (nechuť/odpor k obezitě), *Fear of Fat* (strach z vlastní tloušťky) a *Willpower* (míra zavinění obezity). V tabulce jsou uvedeny i jednotlivé směrodatné odchylky, minimální a maximální naměřené hodnoty.

Tabulka 6. Deskriptivní statistiky odpovědí v dotazníku AFA

<i>Subškály a celkové skóre AFA</i>	Průměrné skóre	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka (±)
Faktor Dislike	20,90	7	70	11,79
Faktor Fear of Fat	18,56	3	30	8,65
Faktor Willpower	14,90	3	30	6,44
Celkové skóre AFA	54,36	13	122	18,83

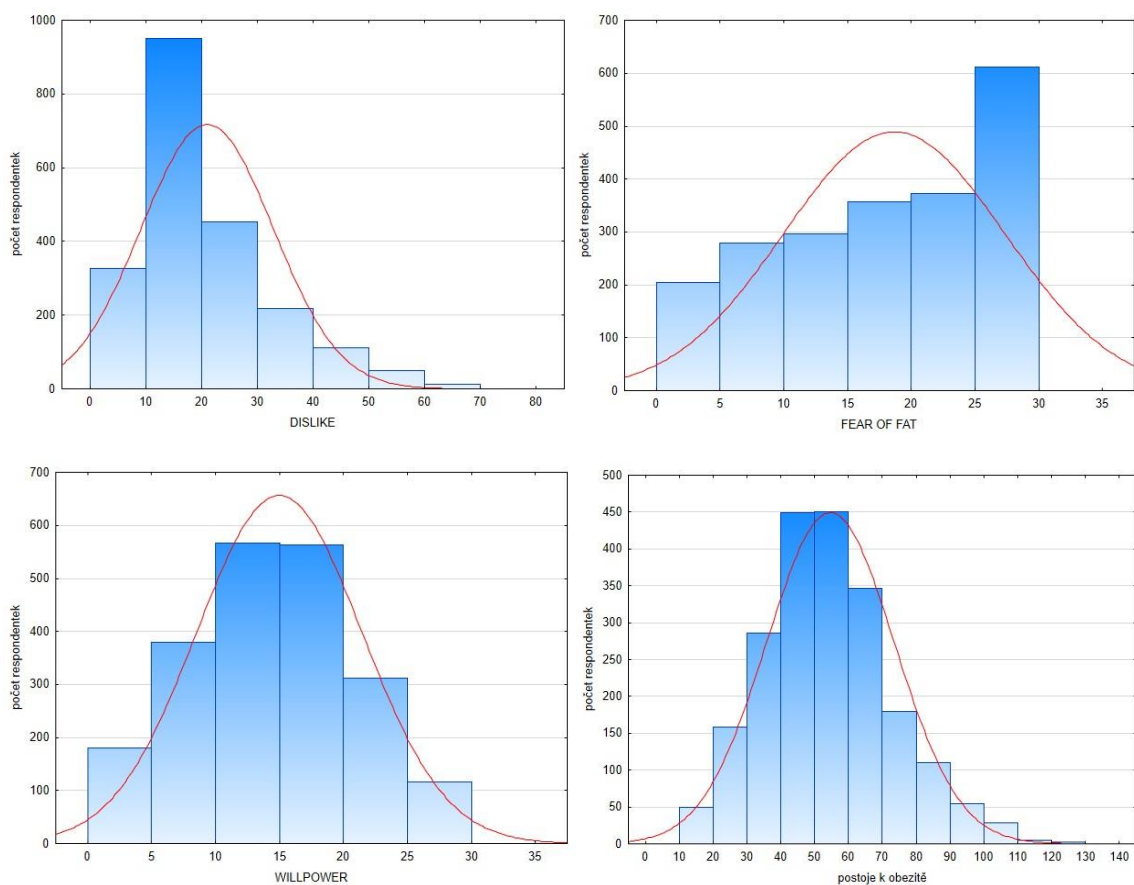
Pro lepší porozumění tomu, jaké postoje k obezitě zastávají české ženy, jsme si celkové hrubé skóry i hrubé skóry jednotlivých faktorů zobrazili pomocí histogramů. Jak můžeme vidět v grafu 10, hrubé skóry faktoru *Dislike* (nechuť/odpor k obezitě) jsou na histogramu zešikmeny na levou stranu, což značí, že zúčastněné ženy ve většině případů necítí silný odpor k obézním lidem. Například s tvrzením: „*Opravdu nemám tlusté lidi v oblíbenosti.*“ spíše souhlasilo jen 16 % dotázaných žen. Dále zde uvedeme například tvrzení: „*Dělá mi problém brát tlusté lidi vážně.*“, se kterým převážná většina (90 %) spíše nesouhlasila či silně nesouhlasila. Hrubý skór odpovědí ve faktoru *Dislike* se nejčastěji pohybuje mezi hodnotami 10-20.

Jinak je tomu ale na druhém histogramu zobrazujícím hrubé skóry u faktoru *Fear of Fat* (Strachu z vlastní tloušťky). V tomto případě není průměrná hodnota odpovědí vypovídající údaj. Odpovědi se rovnoměrně pohybují od 3 do 25 s rostoucí tendencí, kdy se hrubé skóry nejčastěji pohybují v rozmezí od 25 do 30. Strach z toho, že ztloustne má 60 % (1305) dotázaných žen. S tvrzením: „*Jedna z nejhorších věcí, která by se mi mohla stát, je přibrat 10 kilo.*“ spíše souhlasilo nebo souhlasilo 50 % žen, což je velice vysoké procento. Z toho vyplývá, že strach z vlastní tloušťky je u dotázaných žen mnohem silnější, než je jejich nechuť k obezitě, jež vidí na jiných ženách.

Co se týče hrubých skóre faktoru *Willpower* (míru zavinění obezity), třetí histogram naměřených hodnot se nejvíce ze všech tří faktorů podobá normálnímu rozdělení a hrubé skóre se nejčastěji pohybují v rozmezí od 10 do 20. S tvrzením: „*Někteří lidé jsou tlustí, protože nemají žádnou vůli.*“ spíše souhlasilo nebo zcela souhlasilo 49 % dotázaných žen, druhá polovina s tímto tvrzením spíše nesouhlasila nebo zcela nesouhlasila. V posouzení tvrzení: „*Tlustí lidé si za svou tloušťku můžou převážně sami.*“ se 34 % žen přiklání ke spíše souhlasím nebo souhlasím a 63 % žen s tímto tvrzením spíše nebo zcela nesouhlasilo. To znamená, že odpovědi na položky sytící tento faktor jsou velmi vyrovnané a nelze s jistotou říct, jestli zúčastněné ženy připisují míru zavinění tloušťky spíše dotyčné obézní osobě či jiným faktorům.

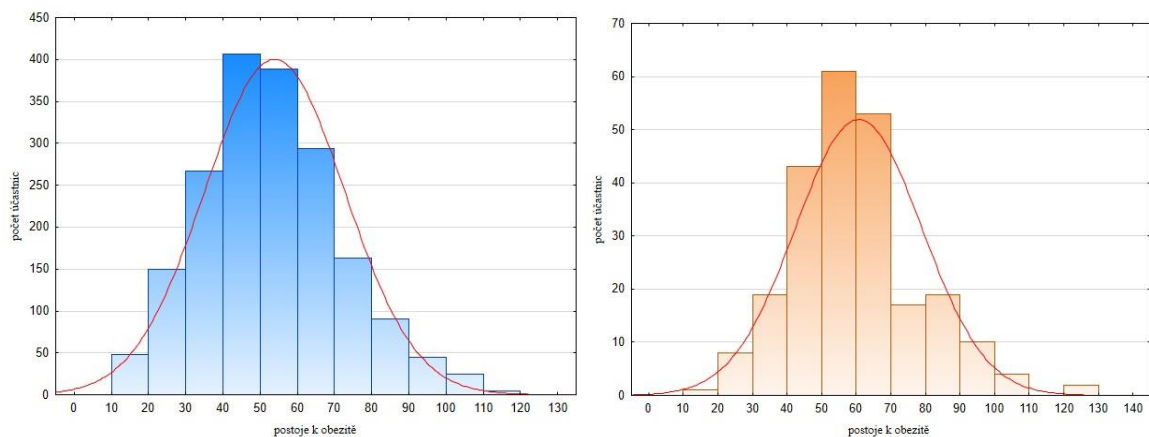
Histogram celkových skóre v tomto dotazníku vidíme v grafu 10 v pořadí jako poslední. Můžeme zde vidět, že postoje českých žen k obézním lidem nejsou nějak výrazně negativní ani pozitivní, spíše průměrné. Nejčastěji se hrubé skóre odpovědí pohybují v rozmezí 40-70. Dalo by se tvrdit, že postoje k obézním lidem u českých žen nejsou nijak silně ani pozitivní ani silně negativní.

Graf 10. Histogramy odpovědí v Dotazníku AFA a jeho jednotlivých faktorech



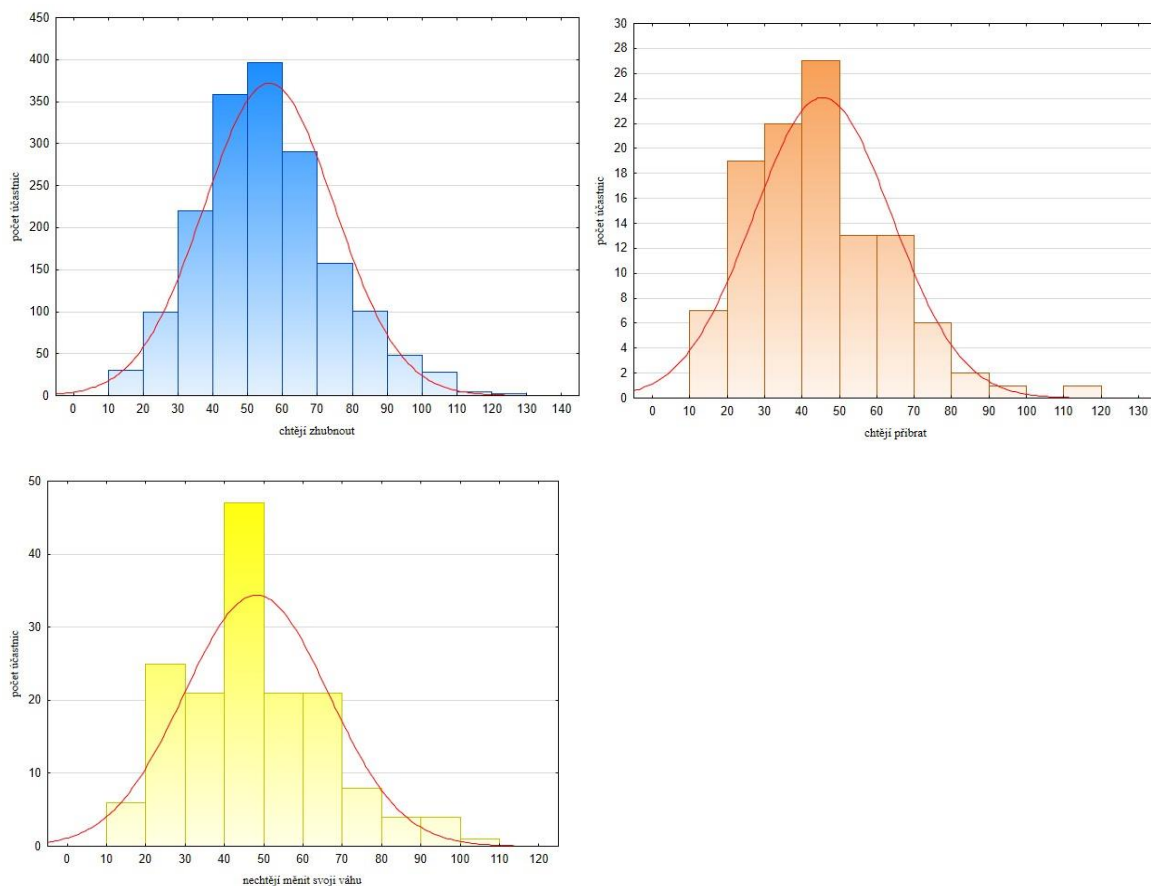
Postoje k obezitě může ovlivnit skutečnost, **zda ženy trpí nebo netrpí některou z poruch příjmu potravy**. Srovnali jsme postoje k obezitě u obou skupin pomocí t-testu pro dva nezávislé výběry. Uvedeme zde testovou statistiku $t(2118) = -5,24$, p-hodnotu ($p < 0,001$) a ukazatel míry účinku $d = -0,36$. Postoje k obezním lidem v těchto skupinách zobrazuje graf 11. Postoje žen, které trpí některou z poruch příjmu potravy, jsou v grafu označeny oranžovou barvou. Postoje žen, jež netrpí žádnou z poruch příjmu potravy, jsou označeny barvou modrou. Z porovnání obou grafů je na první pohled patrné, že mezi skupinami **existuje rozdíl** v postojích k obezitě. Zdá se, že ženy trpící poruchami příjmu potravy mají obecně silnější negativní postoje k obezitě než ženy, které trpí nějakou z těchto poruch.

Graf 11. Histogramy postojů k obezitě ve skupinách ne/trpící poruchami příjmu potravy



Dále nás zajímalo, jestli **postoje k obezitě bude ovlivňovat skutečnost, že se daná žena snaží zhubnout nebo přibrat nebo si nepřeje svoji postavu změnit**. Tuto otázku jsme zkoumali pomocí testu ANOVA. Hodnota testové statistiky F je $F(2, 2001) = 28,46$ s p-hodnotou $p < 0,001$. V grafu 12 můžeme vidět, jak **se postoje k obezitě liší** u žen podle toho, jestli chtějí zhubnout (modrá barva), přibrat (oranžová barva) nebo zůstat stejné postavy jako mají nyní (žlutá barva). Výše uvedené výsledky můžeme zobecnit tvrzením, že skutečnost, jestli si žena přeje změnit svoji postavu či nikoliv, má vliv na její postoje k obezním lidem obecně.

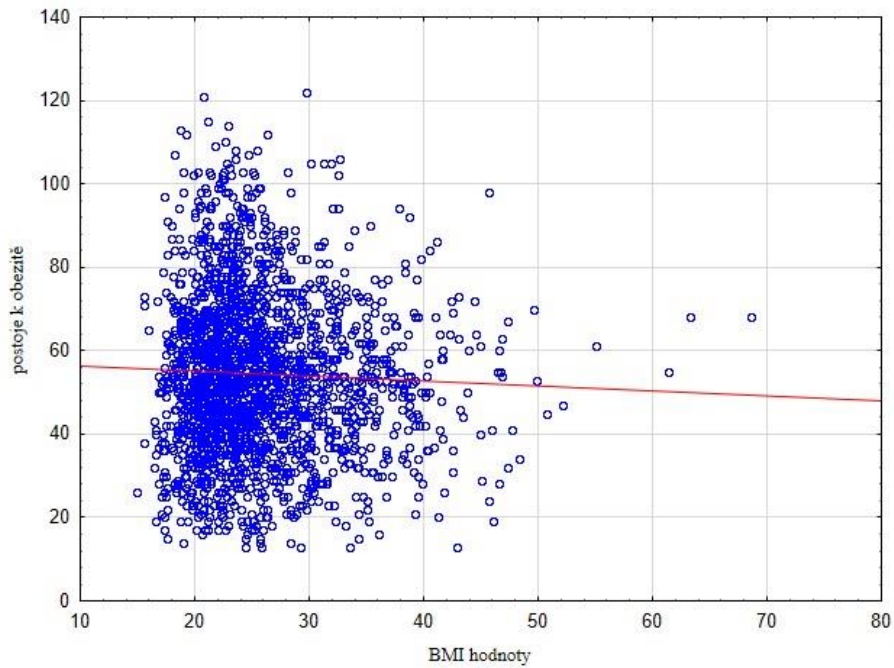
Graf 12. Histogramy postojů k obezitě u žen podle touhy zhubnout, přibrat či postavu neměnit



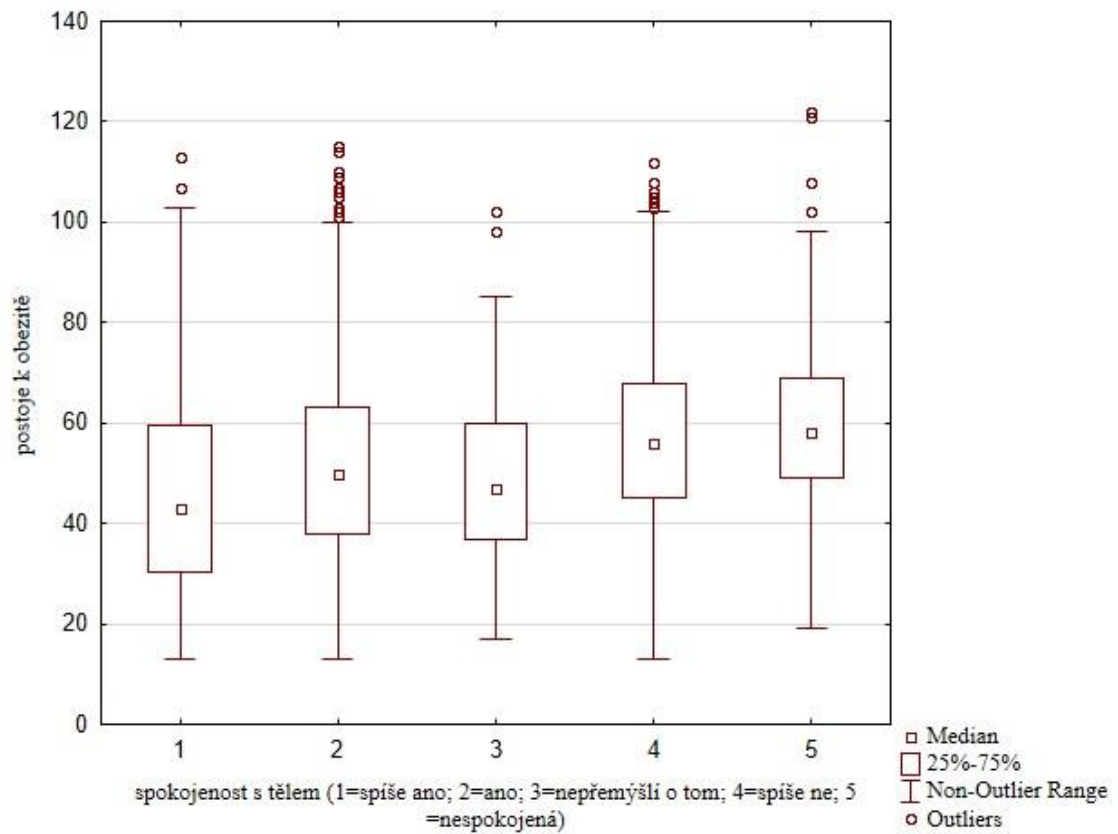
V pořadí třetí výzkumná hypotéza zní: **H3: Existuje negativní korelace mezi hodnotou BMI a postoji k obezitě.** Její platnost jsme testovali pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Mezi proměnnými byla nalezena sice negativní korelace ($r = -0,04$), nicméně není statisticky významná ($p = 0,234$). Vztah BMI a postojů k obezitě jsme zobrazili pomocí bodového grafu 13, na kterém je též patrný mírný klesající trend. Na základě výsledků nemůžeme tvrdit, že čím nižší je BMI účastnic, tím silnější negativní postoje k obezitě ženy zastávají. Výše uvedenou hypotézu H3 **nepřijímáme**.

Postoje k obezitě také může ovlivnit, jak moc je žena se svým tělem spokojená. Naše čtvrtá hypotéza zní: **H4: Existuje pozitivní korelace mezi postoji k obezitě a spokojeností s vlastním tělem.** Její platnost jsme testovali pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Z výsledků je patrné ($r = 0,22$; $p < 0,001$), že mezi proměnnými existuje slabá souvislost, která je statisticky významná. Hypotézu H5 můžeme **přijmout**. Postoje k obezitě v jednotlivých skupinách podle míry spokojenosti s vlastním tělem zobrazuje graf 14.

Graf 13. Bodový graf zobrazující vztah mezi BMI a postoji k obezitě



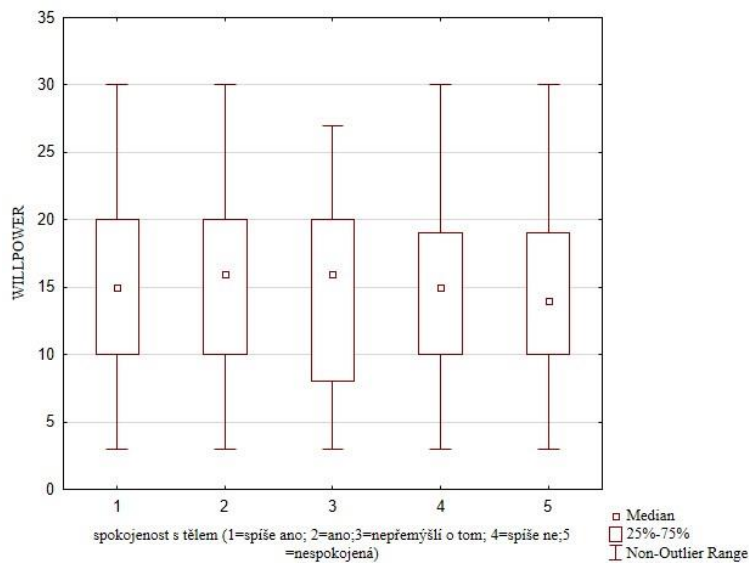
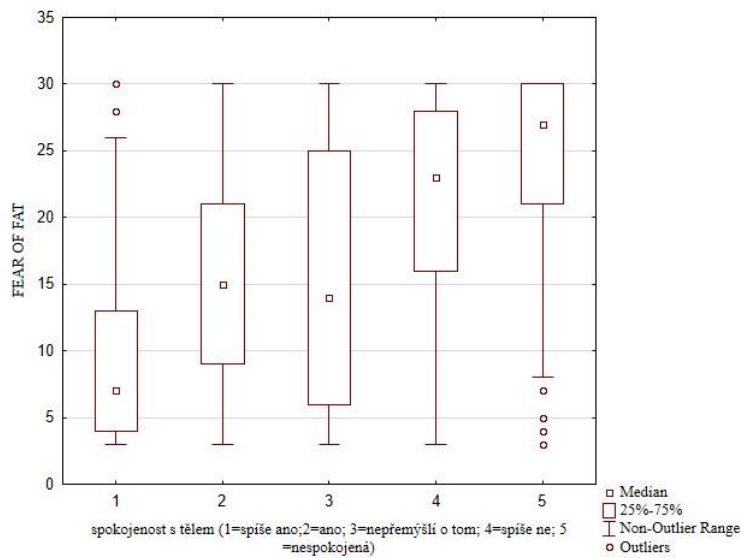
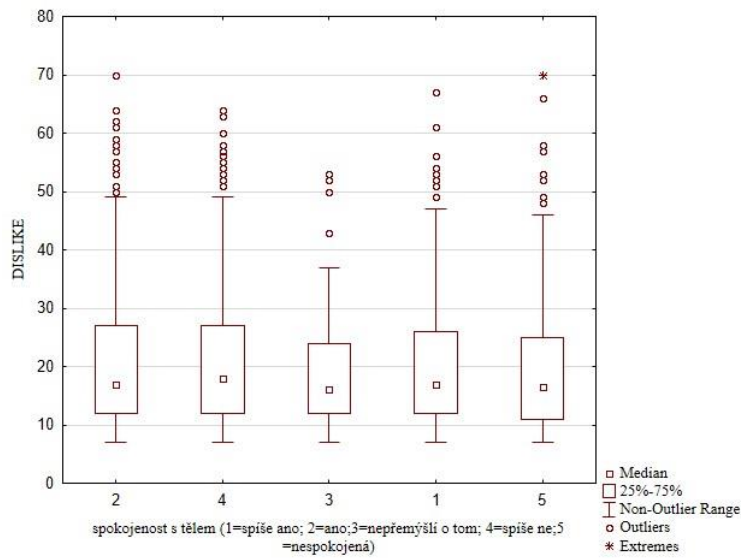
Graf 14. Krabicový graf zobrazující postoje k obezitě podle spokojenosti s tělem



Souvislost s těmito proměnnými můžeme zkoumat nejen s celkovými postoji k obezitě, ale také s jednotlivými faktory dotazníku AFA. Při zkoumání vztahů mezi BMI a jednotlivými faktory dotazníku AFA jsme použili Pearsonův korelační koeficient. Nejprve jsme testovali hypotézu: **H7: Existuje negativní korelace mezi BMI a faktorem *Dislike***. Mezi faktorem *Dislike* a BMI byla nalezena slabá negativní korelace s hodnotou korelačního koeficientu $r = -0,11$ a p-hodnotou $p < 0,001$. Dále jsme testovali hypotézu: **H8: Existuje pozitivní korelace mezi BMI a faktorem *Fear of Fat***. I zde byla nalezena mezi proměnnými slabá, tentokrát pozitivní korelace ($r = 0,17$; $p < 0,001$), jež je statisticky významná. Poslední hypotéza o souvislosti s BMI zní: **H9: Existuje negativní korelace mezi BMI a faktorem *Willpower***. Zde byl rovněž nalezen slabý negativní vztah ($r = -0,14$; $p < 0,001$). Přestože mezi BMI a celkovými postoji k obezitě nebyl nalezen silný vztah, mezi BMI a jednotlivými faktory dotazníku AFA existuje statisticky významná souvislost. Všechny tři hypotézy (H7, H8, H9) o souvislosti mezi BMI a jednotlivými faktory dotazníku AFA **přijímáme**.

Kromě korelací jednotlivých faktorů dotazníku AFA s hodnotami BMI jsme tyto faktory dali do souvislosti i se spokojeností s vlastním tělem. Předpokládali jsme, že **H10: Existuje negativní korelace mezi spokojeností s vlastním tělem a faktorem *Dislike***. Tento předpoklad se ale nepotvrdil. Stejně jako další dvě následující hypotézy jsme jej ověřili pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Výsledky ukázaly hodnotu korelačního koeficientu $r = -0,03$ s p-hodnotou $p = 0,234$. Na základě těchto zjištění **hypotézu nepřijímáme**. Dále jsme předpokládali, že **H11: Existuje pozitivní korelace mezi spokojeností s vlastním tělem a faktorem *Fear of Fat***. Tato hypotéza byla potvrzena. Hodnota korelačního koeficientu $r = 0,50$ a p-hodnota $p < 0,001$ ukazuje na silný vztah mezi sledovanými proměnnými. Hypotézu **přijímáme**. Poslední hypotéza o souvislosti mezi spokojeností s vlastním tělem a faktory AFA zní: **H12: Existuje negativní korelace mezi spokojeností a faktorem *Willpower***. Hodnota korelačního koeficientu $r = -0,04$ s p-hodnotou $p = 0,077$ vypovídá o tom, že zde sice existuje určitý klesající trend, nicméně vztah mezi těmito proměnnými není statisticky významný. Tuto hypotézu proto **nelze přijmout**. Porovnání jednotlivých faktorů a jejich vztahu ke spokojenosti s tělem zobrazuje graf 15.

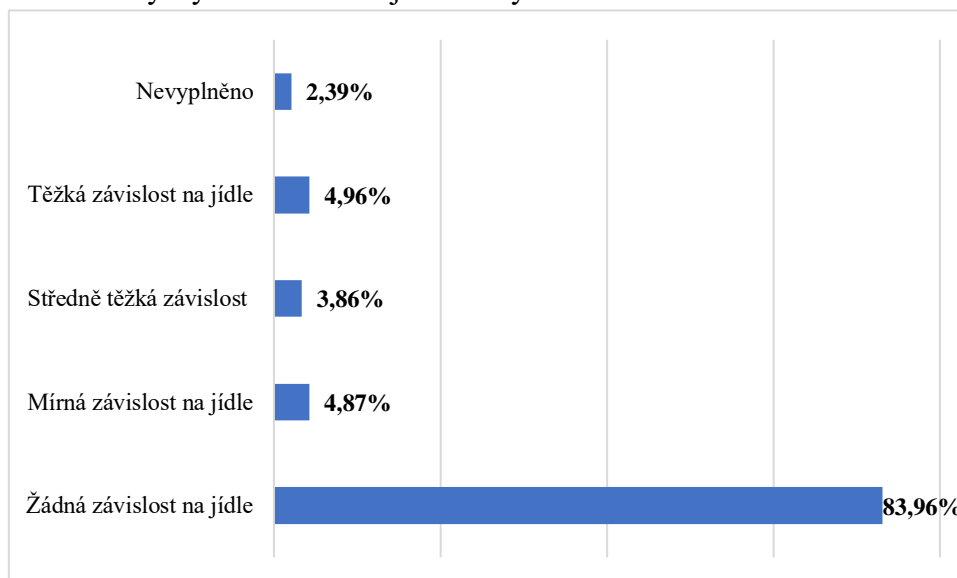
Graf 15. Krabicové grafy vztahů mezi faktory AFA a spokojeností s tělem



9.4 Výsledky Yalské škály závislosti na jídle mYFAS 2.0

Pomocí Yalské škály mYFAS 2.0 jsme chtěli podrobněji zmapovat, **jaký vztah k jídlu mají české ženy**. Díky výsledkům tohoto dotazníku můžeme náš výzkumný soubor rozdělit podle vztahu k jídlu, přesněji řečeno podle míry závislosti na jídle. Graf 16 ukazuje **výskyt závislosti na jídle ve výzkumném souboru** podle rozdělení do kategorií žádná, mírná, střední a těžká závislost na jídle. Pro zajímavost uvedeme i odpovědi na některé položky.

Graf 16. Výskyt závislosti na jídle ve výzkumném souboru



Sto devatenácti ženám (5 %) se jednou týdně stávalo, že jedly až do momentu, že se cítily fyzicky špatně, přičemž 4 % žen se cítily otupěle nebo unaveně kvůli přejídání. Alespoň jednou měsíčně se kvůli strachu z přejedení 6 % žen vyhýbalo práci, škole nebo jiným společenským aktivitám. Přejídání někdy v životě omezovalo v péči o rodinu nebo v domácích pracích 11 % žen. Starost kvůli přejídání si rodinní příslušníci dělali minimálně jednou měsíčně o 6 % zúčastněných žen.

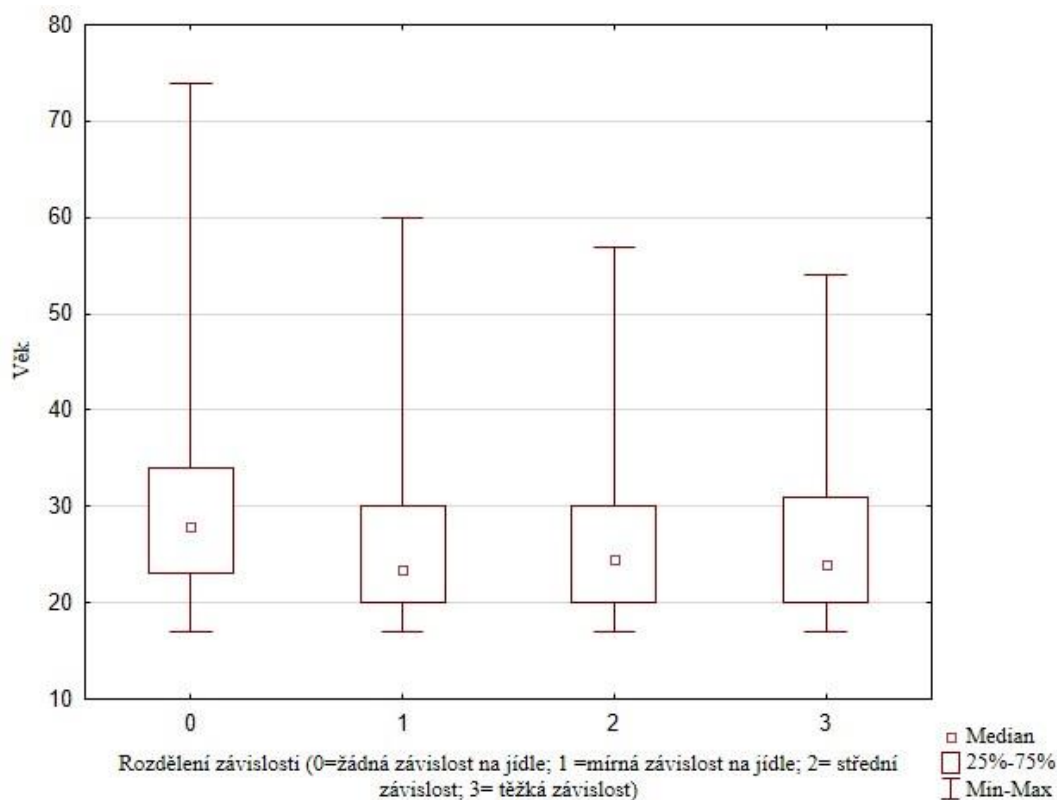
Stravovací návyky nikdy nezpůsobily trápení 738 (34 %) ženám, alespoň jednou měsíčně způsobily trápení 40 % žen. Každý den pokračovalo ve stejném stravování, i když jim to způsobovalo citové problémy, 148 (7 %) žen. Kvůli jídlu a stravování má/mělo v životě vážné problémy (ať už s denním režimem, prací, školou, přáteli, rodinou nebo se zdravím) každý den 5 % dotázaných žen. Přes 7 % žen mohlo přijít k úrazu, protože jídlo odvedlo jejich pozornost (např. při řízení auta). Silné nutkání jíst určité jídlo, kdy dotyčná osoba nemohla myslet na nic jiného, zažívalo minimálně jednou měsíčně 623 (29 %) žen. Nějakou formou závislosti na jídle trpí podle výsledků 14 % žen. Pozitivní zjištění je, že 84 % žen není podle výsledků závislá na jídle.

Deskriptivní údaje týkající se věkového rozložení podrobněji popisuje tabulka 7. Uvádíme zde průměrný věk v jednotlivých kategoriích závislosti, početní a procentuální zastoupení v jednotlivých kategoriích, směrodatné odchylky a mediány. Následující graf 17 zobrazuje věkové rozložení respondentek v jednotlivých kategoriích závislosti na jídle. Z výsledků vyplývá, že závislost na jídle se týká spíše mladších žen než těch starších.

Tabulka 7. Průměrný věk v jednotlivých kategoriích závislosti na jídle

<i>Kategorie závislosti na jídle</i>	průměr	N	SD	%	Medián
Žádná závislost	29,48	1827	9,01	84	28
Mírná závislost	26,08	106	8,31	5	24
Střední závislost	26,73	84	8,89	4	25
Těžká závislost	26,31	107	8,49	5	24

Graf 17. Krabicový graf zobrazující věkové rozložení v jednotlivých kategoriích závislosti na jídle



Jedním z předpokladů bylo, že **existuje rozdíl v závislosti na jídle u žen podle toho, zda je u nich přítomná některá z poruch příjmu potravy**. Z tabulky 8 je patrné, že tyto dvě proměnné spolu **souvisí**. Tuto skutečnost jsme ověřili pomocí Mann-Whitneyova U testu

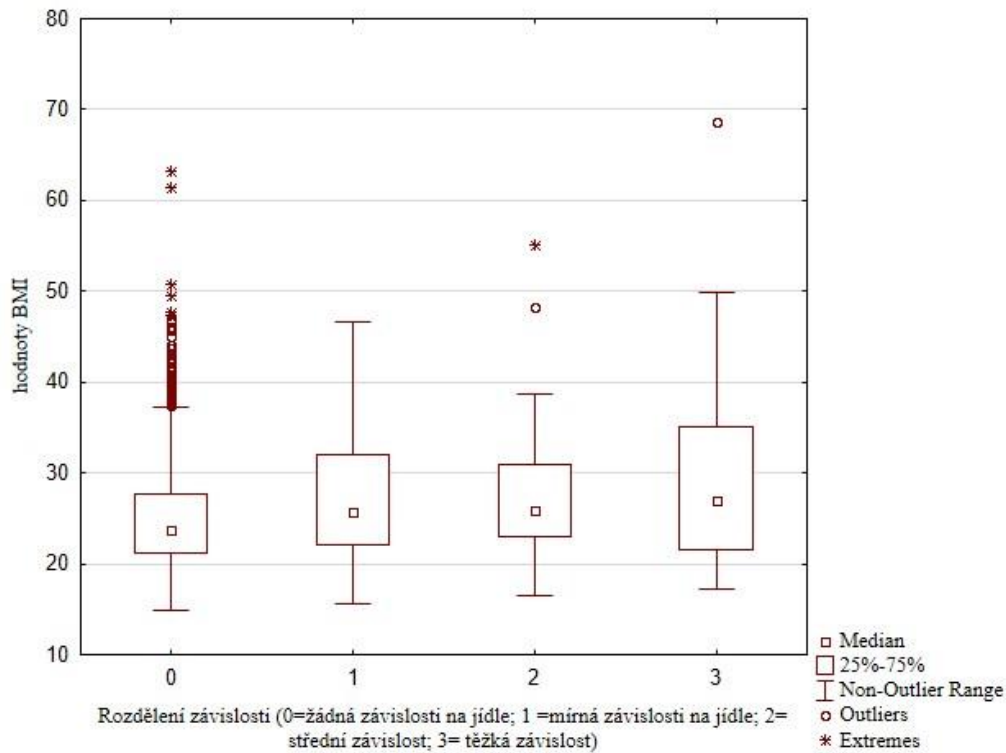
($U= 101152$; $AUC=0,23$; $p <0,001$). Převážná většina žen (82 %) netrpí žádnou z poruch příjmu potravy ani u nich není přítomná závislost na jídle. Těžkou závislostí na jídle trpí častěji ženy, u kterých je zároveň přítomná i porucha příjmu potravy (4 %). V dalších kategoriích závislosti je tomu obráceně, tedy častěji je přítomna závislost na jídle u žen, co označily, že se u nich porucha příjmu potravy nevyskytuje.

Tabulka 8. Přítomnost poruch příjmu potravy u jednotlivých kategorií závislosti na jídle

<i>Závislost na jídle</i>	Bez přítomnosti PPP		Přítomna některá z PPP	
	N	%	N	%
Žádná závislost	1734	81,64	93	4,38
Mírná závislost	79	3,72	27	1,27
Střední závislost	46	2,17	38	1,79
Těžká závislost	29	1,37	78	3,67

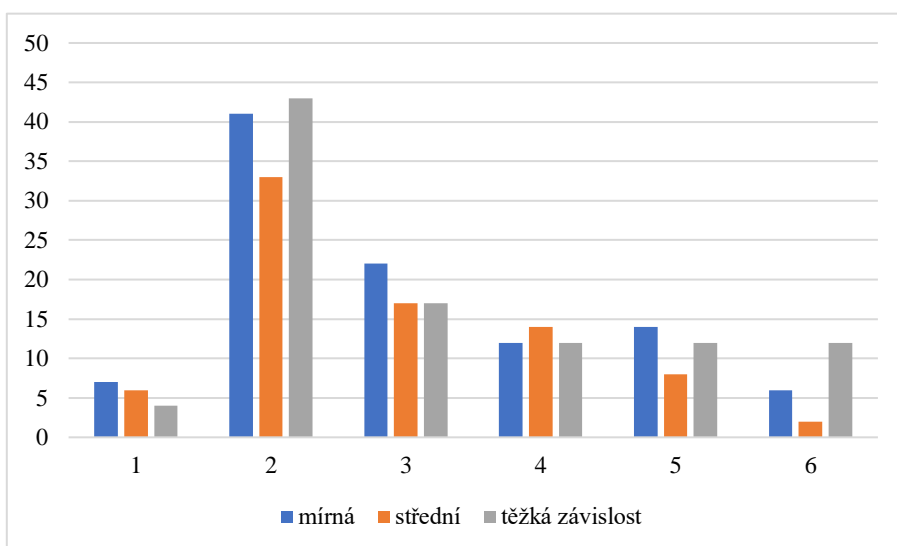
Další z našich hlavních výzkumných hypotéz zněla, zda: **H5: Existuje pozitivní korelace mezi BMI a závislostí na jídle.** Tento předpoklad jsme ověřili pomocí Pearsonova korelačního koeficientu ($r= 0,18$; $p <0,001$). Vztah, který byl nalezen mezi proměnnými BMI a závislostí je považován za slabý, přesto statisticky významný. Na základě toho hypotézu **přijímáme**. Přes 50 % všech zúčastněných žen spadá do kategorie normální váhy a současně netrpí žádnou závislostí na jídle. V kategorii bez závislosti na jídle je přítomno necelých 17 % ženy s nadváhou, 9 % ženy v kategorii obezity 1. st. a necelá 2 % žen v kategorii obezity 3. st. Ženy s podváhou a ženy v kategorii obezity 2. st. mají obdobné zastoupení, okolo 4 %. Mírnou závislostí na jídle nejčastěji trpí ženy s normální váhou (2 %), druhá nejhojněji zastoupená kategorie je nadváha (1 %). S nepatrnými rozdíly je tomu i u kategorií středně těžké a těžké závislosti na jídle. Následující graf 18 zobrazuje rozdíly v jednotlivých kategoriích závislosti na jídle podle hodnot BMI. I když je zde patrný vzrůstající trend, obecně nemůžeme tvrdit, že s vyšší hodnotou BMI je častěji přítomná závislost na jídle.

Graf 18. Krabicový graf zobrazující rozdíly v BMI v jednotlivých kategoriích závislosti na jídle



Sloupcový graf 19 srovnává ženy, u kterých je přítomná některá z forem závislosti na jídle a současně je rozděluje podle kategorií dle hodnot BMI. Z grafu je viditelné, že těžkou i středně těžkou závislostí na jídle trpí nejčastěji ženy s normální váhou. Předpoklad, že závislost na jídle bude častěji přítomná u žen s vyšším BMI je tedy mylný.

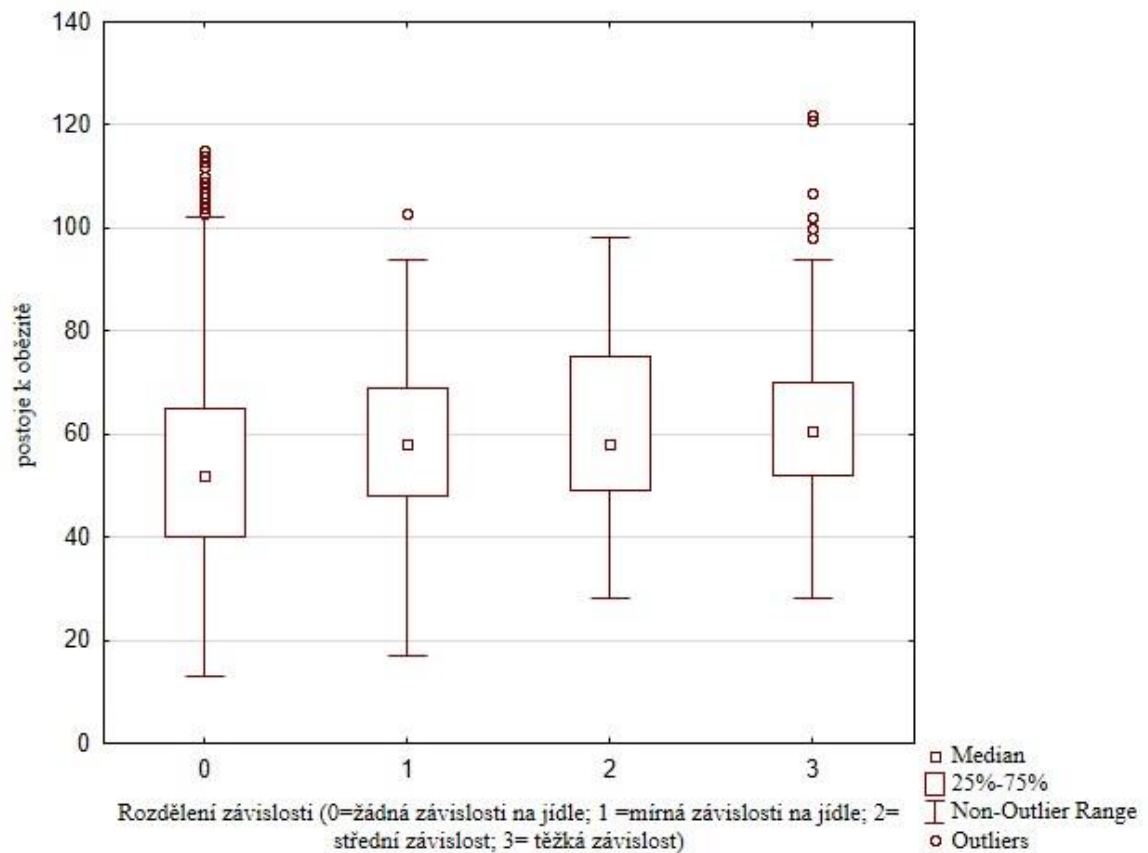
Graf 19. Sloupcový graf srovnání přítomné závislosti na jídle u kategorií BMI



Pozn.: Čísla na vodorovné ose odpovídají kategoriím BMI: 1=podváha; 2=normální váha; 3=nadváha; 4=obezita 1.st.; 5=obezita 2.st.; 6=obezita 3.st.)

Poslední stanovená hypotéza zní: **H6: Existuje negativní korelace mezi postoji k obezitě a závislostí na jídle.** Hypotézu jsme ověřili pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Výsledky korelačního koeficientu ($r=0,15$; $p < 0,001$) sice našly slabé souvislosti mezi danými proměnnými, mají ale opačný trend, než jsme předpokládali. Tuto hypotézu tedy **nepřijímáme**. Jak se zdá, ženy s vyššími stupni závislosti na jídle zastávají silnější postoje k obezitě než ženy s nižším nebo žádným stupněm závislosti na jídle. Jaké postoje k obezním lidem zastávaly ženy v různých kategoriích závislosti na jídle, zobrazuje graf 20.

Graf 20. Krabicový graf rozdílů v postojích k obezitě ve skupinách podle závislosti na jídle



Všechny výše uvedené výsledky s rozhodnutím o přijetí či nepřijetí hypotéz zobrazuje tabulka 9. Nejsilnější korelace byla nalezena mezi proměnnými BMI a spokojeností s tělem, nejslabší vztah byl nalezen mezi hodnotou BMI a závislostí na jídle. V tabulce uvádíme mimo hlavní hypotézy i další dílčí korelace, které byly nalezeny mezi proměnnými a jednotlivými faktory dotazníku AFA. Zde byl zjištěn nejsilnější vztah mezi spokojeností s vlastním tělem a strachem z tloušťky (*Fear of Fat*) a nejslabší vztah mezi spokojeností a faktorem možnosti ovlivnění tělesného vzhledu (*Willpower*).

Tabulka 9. Zhodnocení platnosti stanovených hypotéz

<i>Znění statistických hypotéz</i>	rozhodnutí
Stravovací návyky a tělesné sebepojetí (Dotazník stravování)	
H1: Existuje pozitivní korelace mezi hodnotou BMI a věkem.	přijímáme
H2: Existuje pozitivní korelace mezi hodnotou BMI a spokojeností s tělem.	přijímáme
Postoje k obezitě (AFA)	
H3: Existuje negativní korelace mezi hodnotou BMI a postoji k obezitě.	nepřijímáme
H4: Existuje pozitivní korelace mezi postoji k obezitě a spokojeností s tělem.	přijímáme
Závislost na jídle (mYFAS)	
H5: Existuje pozitivní korelace mezi BMI a závislostí na jídle.	přijímáme
H6: Existuje negativní korelace mezi postoji k obezitě a závislostí na jídle.	nepřijímáme
Dílčí korelace mezi sledovanými proměnnými	
H7: Existuje negativní korelace mezi BMI a faktorem <i>Dislike</i> .	přijímáme
H8: Existuje pozitivní korelace mezi BMI a faktorem <i>Fear of Fat</i> .	přijímáme
H9: Existuje negativní korelace mezi BMI a faktorem <i>Willpower</i> .	přijímáme
H10: Existuje negativní korelace mezi spokojeností a faktorem <i>Dislike</i> .	nepřijímáme
H11: Existuje pozitivní korelace mezi spokojeností a faktorem <i>Fear of Fat</i> .	přijímáme
H12: Existuje negativní korelace mezi spokojeností a faktorem <i>Willpower</i> .	nepřijímáme

10 DISKUZE

V této práci jsme se zabývali tématem tělesného sebepojetí, postojů k obezitě a váhovou stigmatizací u českých žen. Výzkumného šetření se zúčastnilo 2174 českých žen ve věkovém rozmezí od 17 do 74 let. Nejvyšší početní zastoupení měla věková skupina od 26 do 45 let. V následujících odstavcích zodpovíme výzkumné otázky a popíšeme, jaké jsme mezi proměnnými našli souvislosti.

Osvojení si zdravých stravovacích návyků se ukazuje jako funkční prevence vzniku a rozvoje obezity a zdravotních komplikací s ní spojených (WHO, 2020). Pomocí Dotazníku stravování a pohybové aktivity (Pipová et al., 2019) jsme zmapovali stravovací návyky více než dvou tisíců českých žen. Svoje stravování hodnotí 60 % dotázaných žen jako spíše zdravé a 21 % jako spíše nezdravé. V rychlém občerstvení se 38 % žen stravuje pouze několikrát ročně. Ženy si častěji dopřávají k jídlu sladkosti než slané pochutiny. Slané pochutiny konzumuje 32 % žen asi jednou měsíčně a 28 % žen je konzumuje jednou týdně, přičemž sladkosti si 29 % žen dopřává dvakrát až čtyřikrát týdně a 24 % je konzumuje jedenkrát týdně. Co se týče pijí slazených nápojů, 28 % dotázaných žen pije colu nebo jiné slazené nápoje pouze několikrát ročně a 24 % je pije jednou měsíčně. Více než polovina žen (67 %) uvedla, že nikdy nepije energetické nápoje.

Konzumace nutričně hodnotných potravin a redukce potravin s vysokým obsahem nasycených tuků a jednoduchých cukrů v jídelníčku je jednou z možností udržení si normální tělesné hmotnosti a podporuje celkové fyzické a duševní zdraví. V rámci globální strategie výživy Světová zdravotnická organizace doporučuje konzumovat denně minimálně 400 g (tj. pět porcí) ovoce a zeleniny (WHO, 2020b). Podle výsledků našeho výzkumného šetření české ženy dávají častěji přednost konzumaci zeleniny před konzumací ovoce. Zeleninu konzumuje necelá polovina žen (42 %) několikrát denně. Ovoce konzumuje několikrát denně 21 % dotázaných žen. Ve všední dny snídá 75 % dotázaných žen a o víkendech snídá oba dva dny 87 % žen. Z výše uvedených informací můžeme stravování českých žen považovat spíše za zdravé. České ženy konzumují několikrát denně ovoce i zeleninu, rychlé občerstvení a slazené nápoje si dopřávají pouze občasně.

Dotazník stravování kromě stravovacích návyků mapuje také tělesné sebepojetí a vztah k vlastnímu tělu. Výzkumy zaměřené na toto téma, například studie Fialové (2001) nebo Groganové (2000), ukazují, že většina žen je spíše nespokojená se svojí postavou a přeje si zhubnout. Toto tvrzení je v souladu s výsledky našeho výzkumného šetření. Spíše nebo zcela

nespokojených s vlastním tělem je 52 % dotázaných žen. Svoji postavu považuje za trochu tlustou 41 % žen a 34 % žen si o svojí postavě myslí, že je tak akorát. Až 82 % všech dotázaných žen by si přálo zhubnout. Zhubnout si nejčastěji přejí ženy s normální váhou (46 %), dále ženy s nadváhou (20 %). Zastoupení českých dospělých žen, které si přejí zhubnout, je vyšší než zastoupení adolescentních dívek toužících po zhubnutí (75 %) v předešlé výzkumné studii (Poláková, 2021). Takhle vysoké procento žen v našem výzkumném souboru, které si přeje zhubnout, podporuje tvrzení, že štíhlost je v současné společnosti žádoucím stavem a české ženy si přejí tohoto stavu dosáhnout.

Proces redukce hmotnosti bývá mnohdy pro ženy náročný, vyžaduje jak zařazení pravidelné fyzické aktivity, tak i úpravu kvality a množství přijímané potravy a celkovou změnu jídelních návyků. Výsledky výzkumu Masona a jeho kolegů (2019) ukázaly, že samotná pohybová aktivita bez dietních opatření nemá žádný vliv na snížení tělesné hmotnosti u žen. Ke snížení celkového množství tuku v těle je nezbytné také snížení počtu přijímaných kalorií a úprava kvality stravy. I přes veškerá opatření a vynaložené úsilí se nemusí podařit vysněného vzhledu postavy dosáhnout. Tělesné složení je z 40-70 % ovlivněno genetickými dispozicemi (Hainer, 2004). Většina dotázaných žen (41 %) v současné době žádnou dietu nedrží, ale myslí si, že by nějaké to kilo potřebovaly shodit. Dietu za účelem hubnutí drží v současné době 21 % žen. Nejčastěji jsou to ženy s normální váhou (8 %) a ženy s nadváhou (6 %). Něco přes 20 % žen označilo, že dietu nedrží, protože jejich váha je v pořádku.

Kromě subjektivních postojů k vlastnímu tělu nás zajímaly také objektivní tělesné údaje, jako jsou výška a váha zúčastněných žen. Na základě těchto údajů jsme vypočítali hodnoty BMI u zúčastněných žen a získali jsme tak lepší představu o tělesném vzhledu zúčastněných žen.

Podle Eurostatu (2019) obezita v České republice ohrožuje 18 % žen a mírnou nadváhou trpí 33 % žen. V našem výzkumném souboru se přes polovinu (55 %) zúčastněných žen pohybuje v kategorii normální váhy, tedy má hodnotu BMI v rozmezí 18,5-25,0. Nadváhou trpí 19 % žen a 5 % žen zase podváhou. Obezitou prvního stupně trpí 11 % žen, obezitou druhé stupně 5 % žen a obezitou třetího stupně necelé 3 % žen. Celkově tak obezitou trpí 19 % žen z našeho výzkumného souboru, což přibližně odpovídá výše uvedeným statistikám. Co se naopak liší, je skutečnost, že oproti 33 % žen, jež podle Eurostatu (2019) trpí nadváhou, je v našem výzkumném souboru pouze 19 % žen zařazených do kategorie nadváhy podle vypočtené hodnoty BMI. Tuto skutečnost mohlo ovlivnit to, že v našem

výzkumném souboru ženy svoje tělesné údaje vypisovali, nejedná se tedy o objektivně naměřené údaje. Prevalence nadváhy se během let také mohla mírně změnit.

Dotazník stravování se krátce dotýká také problematiky poruch příjmu potravy. Celosvětová prevalence poruch příjmu potravy se mezi lety 2000 a 2018 zvýšila z 3,4 % na 7,8 % (Galmiche et al., 2019). V našem výzkumném souboru 204 žen trpí nebo v minulosti trpělo záchvatovitým přejídáním, 48 žen mentální anorexií a 39 žen mentální bulimií, což je dohromady 17 % žen, které trpí nebo v minulosti trpělo některou z poruch příjmu potravy. Ve srovnání s výzkumem adolescentních dívek (Poláková, 2021), ve kterém byla zjištěna prevalence poruch příjmu potravy ve výzkumném souboru 3 %, je prevalence těchto poruch v našem výzkumném souboru poměrně vysoká. Jedním z možných vysvětlení je zvolená metoda sběru dat, kdy vyplnění dotazníkové baterie mohlo spíše oslovit ty ženy, pro které je problematika tělesného vzhledu důležitá. Přes polovinu dotázaných žen (55 %) uvedlo, že se u nich nikdy nevyskytla žádná z poruch příjmu potravy. Celkem 28 % žen odpovědělo, že sice žádnou z poruch příjmu potravy netrpí, ale vnímají, že jejich vztah k jídlu není v pořádku.

Kromě deskriptivních údajů jsme ověřovali i vztahy mezi sledovanými proměnnými. V určitých vývojových obdobích života se ženské tělo a jeho vzhled přirozeně proměňují. K nejvýraznějším změnám dochází v období puberty, v období gravidity a při nástupu stárnutí (Fialová, 2001). Předpokládali jsme, že hodnoty BMI by se u žen mohly zvyšovat s narůstajícím věkem. Byla nalezena statisticky významná pozitivní korelace ($r=0,24$; $p < 0,001$) mezi hodnotami BMI a věkem zúčastněných žen. Ukázalo se, že určitý trend ve zvyšování hodnoty BMI s narůstajícím věkem u českých žen existuje. Další z předpokladů, který jsme ověřovali, byla souvislost vnímané spokojenosti s vlastním tělem a hodnotou BMI. Mezi těmito proměnnými byla nalezena silná pozitivní korelace ($r=0,54$; $p < 0,001$). Tento vztah je nejsilnější ze všech vztahů sledovaných v tomto výzkumu. Z toho vyplývá, že ženy s vyššími hodnotami BMI jsou častěji se vzhledem svého těla nespokojené. Toto tvrzení podpořilo výše uvedené závěry o tom, že mezi českými ženami panuje žádoucí trend štíhlého těla.

Tělesný vzhled bývá často terčem pozornosti našeho okolí. Jedinci s obezitou či nadváhou, především ženy, zažívají stigma ze strany pedagogů, zaměstnavatelů, zdravotníků, médií, a dokonce i od přátel a rodiny (Puhl et al., 2008). Evropská studie uvádí, že váhové stigma zažívá 19 % až 38 % obézních osob (Sikorski et al., 2016). Pomocí Dotazníku o zkušenostech s váhovou stigmatizací (SSI-Bb) o deseti položkách jsme zmapovali, jaké

zkušenosti váhovým stigmatem mají české ženy. V dětství se 14 % dotázaných žen několikrát stalo, že byly kvůli svojí váze vyčleňovány z kolektivu vychovatelkou nebo učitelem. V dětství se jedné pětina dotázaných žen několikrát stalo, že jejich vrstevníci nahlas komentovali jejich váhu před ostatními. Několikrát v životě se 21 % žen stalo, že na ně lidé na veřejnosti zírali kvůli jejich váze. Až 26 % žen několikrát v životě zaslechlo, jak o jejich váze lidé říkají na veřejnosti hrubé poznámky. Alespoň jednou nebo vícekrát v životě se 32 % žen setkalo s váhovou stigmatizací u lékaře. K podobným výsledkům došla i studie Huizingy a jeho kolegů (2009), ve které bylo zjištěno, že lékaři projevovali nízký respekt k 39 % obézním pacientům. U obézních osob je vyšší pravděpodobnost, že hlásí diskriminaci v zaměstnání a špatné zacházení (Carr & Friedman, 2005). Se stigmatizací při pracovním pohovoru, kdy se ženy domnívaly, že je na pracovní pozici nepřijali kvůli váze, tvaru nebo velikosti jejich postavy, se setkaly 4 % žen. S váhovou stigmatizací se lidé setkávají i v domácím prostředí (Joshi, 2017). Alespoň jednou v životě 483 dotázaných žen (22 %) se jejich rodinní příslušníci cítili trapně kvůli jejich váze nebo velikosti postavy.

Lidé si obecně vysvětlují příčiny obezity různými způsoby. Britská studie zkoumala příčiny obezity podle mínění veřejnosti a zjistila, že účastníci považovali za hlavní příčiny nadváhy či obezity stravovací návyky (61 %) a nedostatek vůle (57 %) (Beeken & Wardle, 2013). Existuje tedy jakési přesvědčení, že obézní lidé jsou nestřídmí v jídle. S tímto předpokladem se za svůj život na vlastní kůži setkalo 25 % žen, kdy několikrát v životě se s touto situací setkalo 15 % žen a 3 % žen uvedlo, že se s tímto předpokladem od okolí setkávají dokonce denně.

Obezita je vnímaná jako společensky nežádoucí jev. Obézním lidem jsou připisovány charakteristiky jako pomalý, neaktivní, přejídající se, beztvarý a bez silné vůle (Hayran et al., 2013). Pomocí Dotazníku postojů k obezitě (AFA) jsme zjišťovali, jaké jsou postoje českých žen k obézním lidem. Zúčastněné ženy ve většině případů necítí silný odpor k obézním lidem. Například s tvrzením: „*Opravdu nemám tlusté lidi v oblíbené.*“ spíše souhlasilo jen 16 % dotázaných žen. Převážná většina (90 %) nesouhlasí s tvrzením, že by jim dělalo problém brát tlusté lidi vážně. Odpor k obézním lidem není u českých žen tak silný jako odpor při představě vlastní tloušťky.

Strach z toho, že ztloustne má 60 % dotázaných žen a 50 % žen si myslí, že jedna z nejhorších věcí, která by se jim mohla stát, je přibrat 10 kilo. Z toho vyplývá, že české ženy se děsí představy, že by přibraly na váze. I v tomto dotazníku jsme zjišťovali, jaké jsou příčiny obezity podle českých žen. Celkem 49 % dotázaných žen považuje za jednu

z hlavních příčin obezity nedostatek vůle. S předpokladem, že obézní lidé si mohou za svoji tloušťku převážně sami do jisté míry souhlasí 34 % žen. Z výsledků vyplývá, že postoje k obézním lidem u českých žen nejsou nijak silně ani pozitivní ani silně negativní, spíše průměrné. Ženy trpící poruchami příjmu potravy mají obecně silnější negativní postoje k obezitě než ženy, které poruchami příjmu potravy netrpí.

Předpokládali jsme, že postoje k obezitě bude ovlivňovat hodnota BMI. Předpoklad byl, že ženy s vyššími hodnotami BMI budou při hodnocení obézních lidí shovívavější. Tento předpoklad se ale nepotvrdil. Mezi proměnnými byla nalezena statisticky nevýznamná negativní korelace ($r = -0,04$; $0,234$). Ke stejným závěrům došla i studie Wanga, Brownella a Waddena (2004), která zjistila, že osoby s nadváhou nezastávají příznivější postoje k jiným osobám s nadváhou oproti lidem, kteří nadváhou netrpí.

Americká studie našla souvislost mezi postoji k obezitě a spokojeností s vlastním tělem (Aruguete et al., 2006). V našem výzkumném šetření jsme také našli slabou, přesto statisticky významnou, pozitivní korelaci ($r = 0,22$; $p < 0,001$) mezi těmito proměnnými. Proměnné BMI a spokojenost s tělem jsme zkoumali jak ve vztahu k celkovým postojům k obezitě, tak k jednotlivým faktorům dotazníku AFA. Přestože mezi celkovými postoji k obezitě a hodnotami BMI nebyla nalezena statisticky významná souvislost, mezi jednotlivými faktory dotazníku AFA a hodnotami BMI byly nalezeny slabé statisticky významné korelace. Mezi spokojeností s vlastním tělem a jednotlivými faktory dotazníku AFA byla zjištěna nejsilnější pozitivní korelace, a to mezi spokojeností a faktorem *Fear of Fat* ($r = 0,50$; $p < 0,001$). Tohle zjištění můžeme interpretovat tak, že ženy nespokojené s vlastním tělem mají větší strach z vlastní tloušťky než ženy, které jsou se svým tělem spokojené.

Pomocí Yalské škály závislosti na jídle (mYFAS 2.0) jsme zmapovali také výskyt různých stupňů závislosti na jídle ve výzkumném souboru. Nějakou formou závislosti na jídle trpí podle výsledků 14 % žen. Mírnou závislostí na jídle trpí 5 % dotázaných žen, středně těžkou závislostí na jídle trpí 4 % žen a těžkou závislostí na jídle trpí 5 % žen. Těžkou závislostí na jídle trpí častěji ženy, u kterých je zároveň přítomná i porucha příjmu potravy (4 %). Zdá se, že závislost na jídle se týká převážně žen okolo 20-30 roku věku. Stravovací návyky alespoň jednou měsíčně způsobily trápení 40 % žen. Silné nutkání jíst určité jídlo, kdy dotyčná osoba nemohla myslet na nic jiného, zažívalo minimálně jednou měsíčně 29 % žen. Kvůli jídlu a stravování má/mělo v životě vážné problémy (ať už s denním režimem, prací, školou, přáteli,

rodinou nebo se zdravím) každý den 5 % dotázaných žen. Pozitivní zjištění je, že 84 % žen není podle výsledků závislá na jídle.

Jak jsme již zmínili výše, lidé předpokládají, že lidé s nadváhou a obezitou jsou nestřídmí v jídle (Beeken & Wardle, 2013). Na základě toho předpokladu jsme ověřovali souvislost mezi hodnotami BMI a přítomností závislosti na jídle. Byla nalezena slabá pozitivní korelace ($r= 0,18$; $p < 0,001$) mezi těmito proměnnými. Nelze ale jednoznačně tvrdit, že ženy s vyššími hodnotami BMI jsou častěji závislé na jídle než ženy v kategorii normální hmotnosti či podváhy. Závislost na jídle jsme zkoumali také ve vztahu k postojům k obezitě. Předpokládali jsme, že silnější negativní postoje k obézním lidem budou mít ty ženy, které nejsou závislé na jídle. Tento předpoklad se ale nepotvrdil. Přítomnost závislosti na jídle nemá, podle našich zjištění, významný vliv na postoje k obézním lidem.

Určitý limit, který v našem výzkumném šetření spatřujeme, je nepravděpodobnostní výběr účastnic, který mohl v nepatrné míře ovlivnit celkové výstupy. Metoda samovýběru sebou nese riziko, že dotazníkovou baterii pravděpodobněji vyplní ty ženy, kterým je zkoumaná problematika blízká. Díky online formě výzkumu jsme však měli možnost získat rozsáhlý a rozmanitý soubor účastnic, takže u zvolené metody sběru dat převažují benefity nad jejími nedostatky. Do budoucna bychom rádi podrobněji srovnali data s předešlým výzkumným šetřením na adolescentní populaci a doplnili je o korelace s dalšími proměnnými, které se ke sledované problematice mohou vázat, například celkové sebepojetí či místo řízení.

Z uvedených závěrů vyplývá, že tělesný vzhled a váhové stigma je pro české dospělé ženy aktuální a důležité téma. Považujeme proto za přínosné se této problematice výzkumně věnovat a snažit se zvyšovat povědomí o této problematice u široké veřejnosti. Výše uvedená zjištění mohou být přínosem a určitým povzbuzením pro ženy, které se domnívaly, že se s trápením ohledně vzhledu svého těla potýkají sami. Získaná data můžeme využít v rámci šíření osvěty v problematice váhového stigmatu, primární prevenci váhového stigmatu a v boji proti mediálnímu a společenskému tlaku na štíhlost u žen.

11 ZÁVĚRY

V našem výzkumném projektu jsme se si kladli za cíl zjistit, jaké jsou stravovací návyky a tělesné sebepojetí českých žen, dále jaké jsou jejich postoje k obezitě a jaké zkušenosti mají české ženy s váhovým stigmatem.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že stravovací návyky českých žen jsou poměrně dobré a české ženy dávají spíše přednost zdravému stravování. České ženy konzumují několikrát denně ovoce (21 %) i zeleninu (42 %), rychlé občerstvení a slazené nápoje si dopřávají pouze občasně.

České ženy jsou se svojí postavou spíše nespokojené (52 %) a 41 % žen považuje svoji postavu za trochu tlustou. Zhubnout si přeje 82 % všech dotázaných žen. Z toho usuzujeme, že české ženy považují štíhlost za žádoucí charakteristiku a přejí si být štíhlejší. Zajímavé je i zjištění, že v současné době drží dietu za účelem hubnutí 21 % žen, přičemž jsou to nejčastěji ženy s normální váhou (8 %) nebo ženy s nadváhou (6 %).

Přes polovinu (55 %) zúčastněných žen se pohybuje v kategorii normální váhy, nadváhou trpí 19 % žen, 5 % žen trpí podváhou a obezitou prvního až třetího stupně trpí 19 % žen. Prevalence poruch příjmu potravy v našem výzkumném souboru je 17 %, což považujeme za vysoké číslo. Ukázalo se, že existuje slabá souvislost mezi BMI a věkem, kdy se s přibývajícím věkem hodnoty BMI nepatrně zvyšují. Se zvyšujícím BMI jsou ženy častěji nespokojené s vlastním tělem. Byla nalezena silná pozitivní korelace ($r=0,54$; $p < 0,001$) mezi těmito proměnnými, přičemž tato korelace byla nejsilnější ze všech, které byly v tomto výzkumu zjišťovány.

S váhovou stigmatizací se zúčastněné ženy setkaly jak v dětství, tak v dospělém věku. V dětství se jedné pětina dotázaných žen několikrát stalo, že jejich vrstevníci nahlas komentovali jejich váhu před ostatními. Alespoň jednou nebo vícekrát v životě se 32 % žen setkalo s váhovou stigmatizací u lékaře. S váhovou stigmatizací při pracovním pohovoru se setkaly 4 % žen a se stigmatizací od rodinných příslušníků 22 % žen. U 25 % žen o nich lidé v okolí předpokládali, že jsou nestřídmí v jídle.

Postoje k obezitě u českých žen nejsou ani výrazně negativní, ani výrazně pozitivní. Ženy spíše než odpor k obézním lidem pocítují strach z vlastní tloušťky. Tento strach pocítuje 60 % žen. Většina žen (90 %) nemá problém brát obézní lidi vážně. Celkem 49 % dotázaných žen považuje za jednu z hlavních příčin obezity nedostatek vůle. Ženy trpící poruchami příjmu potravy mají obecně silnější negativní postoje k obezitě než ženy, které poruchami

příjmu potravy netrpí. Při zkoumání vztahů mezi sledovanými proměnnými a postoji k obezitě byla zjištěna silná pozitivní korelace mezi spokojeností s tělem a faktorem *Fear of Fat* ($r=0,50$; $p < 0,001$). Strach z tloustnutí mají obecně častěji ženy nespokojené s vlastním tělem.

Závislost na jídle je přítomná u 14 % zúčastněných žen. Touto závislostí trpí častěji ženy v období mladší dospělosti, tedy v rozmezí od 20 do 30 let. Mírnou závislostí na jídle trpí 5 % dotázaných žen a středně těžkou závislostí na jídle trpí 4 % žen. Těžkou závislostí na jídle trpí 5 % žen. U žen s těžkou závislostí na jídle bývá nezřídka přítomna i porucha příjmu potravy (4 %). Kvůli jídlu a stravování má/mělo v životě vážné problémy každý den 5 % dotázaných žen. Stravovací návyky alespoň jednou měsíčně způsobily trápení 40 % žen. Silné nutkání jíst určité jídlo, kdy dotyčná osoba nemohla myslet na nic jiného, zažívalo minimálně jednou měsíčně 29 % žen. Závislost na jídle se nevyskytuje pouze u žen s vyššími hodnotami BMI. Byla sice nalezena slabá pozitivní korelace ($r= 0,18$; $p < 0,001$) mezi BMI a závislostí na jídle, touto závislostí ale trpí ženy ve všech kategoriích BMI. Mírnou a středně těžkou závislostí na jídle trpí dokonce častěji ženy s normální váhou či nadváhou než obézní ženy. Závěrem lze konstatovat, že tělesný vzhled je pro české ženy důležitým aspektem jejich života a má smysl se problematice společenského tlaku na štíhlost u žen věnovat.

SOUHRN

Výzkumný problém se týkal stravovacích návyků, tělesného sebepojetí a s nimi spojených fenoménů, jako jsou postoje k obezitě a zkušenosti s váhovou stigmatizací u žen. V teoretické části práce jsme první kapitole věnovali problematice body image a tělesného sebepojetí žen. Ideál krásy ženského těla se na pozadí doby proměňoval. V dnešní společnosti jsou na ženy a vzhled jejich těla vyvíjeny zvýšené nároky. Štíhlost je považována za podmínku výkonnosti, atraktivity, osobního štěstí a úspěchu (Fialová, 2006). Pokud žena nespĺňuje tato měřítka, může se setkat s negativními reakcemi na svoje tělo od okolí, a to může mít vliv na její spokojenost s tělem a na celkovou duševní pohodu. Výzkumy ukazují, že většina žen je nespokojená se svojí postavou a snaží se zhubnout (Fialová, 2001). Přílišné zabývání se vzhledem vlastního těla může gradovat a zvýšit riziko vzniku poruchy příjmu potravy nebo jiného psychického onemocnění. Poruchami příjmu potravy trpí totiž především ženy (Papežová, 2018).

V druhé kapitole jsme se věnovali tématu obezity a nadváhy. Odhaduje se, že přibližně 39 % světové populace trpí nadváhou nebo obezitou (WHO, 2020). Obezita ohrožuje 18 % žen v České republice, mírnou nadváhou trpí 33 % žen. Průměrná hodnota BMI (indexu tělesné hmotnosti) obyvatel České republiky dosáhla 25,2, což je těsně nad horní hranicí normální zdravé váhy (Eurostat, 2019). Obezita představuje zvýšené riziko pro vznik nádorových onemocnění, nemocí trávicího traktu, kožních chorob nebo syndromu spánkové apnoe a řady dalších zdravotních komplikací (Müllerová, et al., 2009). Existuje řada způsobů, jak s obezitou bojovat. Mezi nejčastější možnosti ovlivnění tělesného vzhledu řadíme úpravu kvality a množství přijímané potravy, změnu stravovacích návyků (Mason et al., 2019) a zařazení pravidelné pohybové aktivity (Zaman, 2019) a duševní hygienu. V případech těžkých forem obezity je metodou první volby bariatrická chirurgie (Fried, 2005).

V pořadí třetí kapitola se věnuje problematice váhové stigmatizace a postojům k obézním lidem. Obézním lidem jsou na základě vzhledu jejich těla připisovány vlastnosti jako lenost, nedostatek vůle, nedostatek morálního charakteru, špatná hygiena, nízká úroveň inteligence a nepřitažlivost (Carr & Friedman, 2005). Jelikož média hovoří o obezitě kvůli jejím zdravotním komplikacím jako o „*hrozbě pro lidstvo*“, tak se ve společnosti hlouběji zakořeňují negativní postoje o obézních lidech. Takováto přesvědčení o obezitě se staly podkladem pro diskriminaci obézních jedinců (Farrell, 2011). Lidé s nadváhou či obezitou se v průběhu života setkávají s nejrůznějšími formami váhové stigmatizace. Evropská studie uvedla, že váhové stigma zažilo minimálně 19 % lidí s obezitou (Sikorski et al., 2016).

Váhová stigmatizace může u stigmatizovaných jedinců způsobit nespokojenost s tělem, nízké sebevědomí, depresi, úzkosti, maladaptivní stravovací návyky, vyhýbání se fyzické aktivitě a řadu dalších obtíží (Kahan & Puhl, 2017). Výzkumy ukazují, že stigmatizující poznámky či komentáře nijak nemotivují obézní lidi ke změně, naopak jim mohou významně uškodit (Sutin, Stephan, & Terracciano, 2015).

V úvodu výzkumné části práce jsme nastínili naše výzkumné otázky a cíle výzkumu, podrobněji popsali metodiku a průběh výzkumného šetření a analýzy dat. Realizovali jsme online dotazníkové šetření. Do výzkumu se zapojilo 2174 českých žen ve věkovém rozmezí od 17 do 74 let. Jedním z našich hlavních cílů bylo zjistit, jaké mají české ženy stravovací návyky a jaké je jejich tělesné sebepojetí. Tyto fenomény jsme zjišťovali pomocí Dotazníku stravování a pohybové aktivity (Pipová, Dolejš & Suchá, 2019). Z výsledků vyplývá, že se české ženy stravují převážně zdravě. Ovoce i zeleninu konzumují několikrát denně a rychlé občerstvení si dopřávají pouze příležitostně. České ženy jsou se svojí postavou spíše nespokojené (52 %) a přejí si zhubnout (82 %). V současné době drží dietu za účelem hubnutí 21 % žen. Přes polovinu (55 %) zúčastněných žen se aktuálně pohybuje v kategorii normální váhy, nadváhou trpí 19 % žen, 5 % žen trpí podváhou a obezitou prvního až třetího stupně trpí 19 % žen. Prevalence poruch příjmu potravy v našem výzkumném souboru je 17 %. Ukázalo se, že existuje slabá souvislost mezi BMI a věkem, kdy se s přibývajícím věkem hodnoty BMI nepatrně zvyšují. Nejsilnější korelace byla zjištěna mezi proměnnými BMI a spokojeností s vlastním tělem ($r=0,54$; $p < 0,001$).

Dalším z našich výzkumných cílů bylo zjistit, jaké jsou zkušenosti s váhovou stigmatizací u českých žen. Tyto zkušenosti jsme zmapovali pomocí metody SSI-Bb. V dětství se jedné pětina dotázaných žen několikrát stalo, že jejich vrstevníci nahlas komentovali jejich váhu před ostatními. Alespoň jednou nebo vícekrát v životě se 32 % žen setkalo s váhovou stigmatizací u lékaře. Alespoň jednou v životě 22 % dotázaných žen se jejich rodinní příslušníci cítili trapně kvůli jejich váze nebo velikosti postavy. Z uvedených údajů vyplývá, že se české ženy se stigmatizací na základě váhy setkávají.

Kromě váhového stigmatu nás zajímalo i to, jaké postoje k obezitě české ženy zastávají. Postoje k obézním lidem jsme zkoumali pomocí Dotazníku AFA. Tento dotazník měří tři faktory, a to nechuť k obézním lidem (*Dislike*), strach z vlastní tloušťky (*Fear of Fat*) a míru zavinění obezity (*WillPower*). Z výsledků lze konstatovat, že zúčastněné ženy necítí silně negativní ani pozitivní postoje k obézním lidem. Ženy trpící poruchami příjmu potravy mají obecně silnější negativní postoje k obezitě než ženy, které poruchami příjmu potravy netrpí.

Opravdu nemá tlusté lidi v oblíbě 16 % žen. Brát tlusté lidi vážně nemá problém 90 % žen. Ženy pociťují strach z vlastní tloušťky (60 %). Polovina žen si myslí, že jedna z nejhorších věcí, která by se jim mohla stát, je přibrat 10 kilo. Častěji pociťují strach z přibírání ty ženy, které jsou se svým tělem nespokojené. Mezi spokojeností s vlastním tělem a faktorem *Fear of Fat* byla nalezena středně silná pozitivní korelace ($r=0,50$; $p < 0,001$). Celkem 49 % dotázaných žen považuje za jednu z hlavních příčin obezity nedostatek vůle. S předpokladem, že obézní lidé si mohou za svoji tloušťku převážně sami do jisté míry souhlasí 34 % žen.

V souvislosti s výše uvedenými fenomény nás také zajímalo, jaké je u českých žen zastoupení jednotlivých forem závislosti na jídle. Závislost na jídle jsme měřili pomocí Yalské škály závislosti na jídle (mYFAS 2.0). Zjistili jsme, že závislostí na jídle trpí nejčastěji ženy okolo věku 20-30 let. Nějakou formou závislosti na jídle trpí podle výsledků 14 % žen. Mírnou závislostí na jídle trpí 5 % dotázaných žen, středně těžkou závislostí na jídle trpí 4 % žen a těžkou závislostí na jídle trpí 5 % žen. Těžkou závislostí na jídle trpí častěji ženy, u kterých je zároveň přítomná i porucha příjmu potravy (4 %). Stravovací návyky alespoň jednou měsíčně způsobily trápení 40 % žen. Kvůli jídlu a stravování má/mělo v životě vážné problémy (ať už s denním režimem, prací, školou, přáteli, rodinou nebo se zdravím) každý den 5 % dotázaných žen. Byla nalezena slabá pozitivní korelace ($r=0,18$; $p < 0,001$) mezi BMI a přítomností závislosti na jídle. Nezdá se však, že by se závislost na jídle týkala výhradně žen s vyššími hodnotami BMI. Z výše uvedených informací vyplývá, že tělesný vzhled a štíhlost jsou aktuálními tématy pro české ženy.

Získaná data mohou být přínosem a určitým povzbuzením pro ženy, které se domnívaly, že se s trápením ohledně vzhledu svého těla potýkají sami. Tyto informace a zjištění můžeme využít v rámci šíření osvěty v problematice váhového stigmatu, primární prevenci váhového stigmatu a v boji proti mediálnímu a společenskému tlaku na štíhlost u žen. V této práci jsme podrobně popsali, s jakými situacemi a postoji veřejnosti si obézní lidé setkávají. Přestože chápeme, že stigma obezity je v populaci hluboce zakořeněné, tak věříme, že čtenáři této práce porozumí nesnáším, které obezita přináší, a budou s obézními lidmi jednat v budoucnu vždy citlivě a rovnocenně. Žádní lidé by neměli být nikdy stigmatizováni kvůli vzhledu svého těla.

SEZNAM LITERATURY

- Adámková, V. (2009). Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba. Facta Medica.
- Alberga, A. S., Pickering, B. J., Alix Hayden, K., Ball, G. D., Edwards, A., Jelinski, S., Nutter, S., Oddie, S., Sharma, A. M., & Russell-Mayhew, S. (2016). Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. *Clinical obesity*, 6(3), 175–188. <https://doi.org/10.1111/cob.12147>
- Allison, D. B., Basile, V. C., & Yuker, H. E. (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*, 10(5), 599–607. doi:10.1002/1098-108X(199109)10:53.0.CO;2-%23
- Anna Poláková (2021). *Body image a jeho význam pro české adolescenty*. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci
- Andreyeva, T., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2008). Changes in Perceived Weight Discrimination Among Americans, 1995–1996 Through 2004–2006. *Obesity*, 16(5), 1129–1134. doi:10.1038/oby.2008.35
- American Psychological Association (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Dostupné z: <https://www.apa.org/ethics/code/>.
- Amy, N. K., Aalborg, A., Lyons, P., & Keranen, L. (2006). Barriers to routine gynecological screening for White and African American obese women. *International Journal of Obesity*, 30, 147–155. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijo.0803105>
- Argyrides, M., Anastasiades, E., Charalambous, Z., & Michael, K. (2023). Validation of a Greek adaptation of the Anti-Fat Attitudes Questionnaire. *Clinical obesity*, 13(1), e12565. <https://doi.org/...565>
- Aruguete, M. S., Yates, A., & Edman, J. (2006). Gender differences in attitudes about fat. *North American Journal of Psychology*, 8(1), 183–192.
- Ashmore, J. A., Friedman, K. E., Reichmann, S. K., & Musante, G. J. (2008). Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults. *Eating Behaviors*, 9(2), 203–209. doi:10.1016/j.eatbeh.2007.09.006

- Beeken, R. J., & Wardle, J. (2013). Public beliefs about the causes of obesity and attitudes towards policy initiatives in Great Britain. *Public health nutrition*, 16(12), 2132–2137. <https://doi.org/10.1017/S1368980013001821>
- Bell, S. K., & Morgan, S. B. (2000). Children's attitudes and behavioral intentions toward a peer presented as obese: does a medical explanation for the obesity make a difference?. *Journal of pediatric psychology*, 25(3), 137–145. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/25.3.137>
- Bernard, M., Riedel-Heller, S. G., & Luck-Sikorski, C. (2019). Altruistic Behavior Depending on Opponents' Body Weight: An Experimental Approach. *Obesity facts*, 12(4), 448–459. <https://doi.org/10.1159/000501318>
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H., & Dasen, P. R. (2002). *Cross-cultural psychology: Research and applications* (2. vyd.). Cambridge University Press.
- Boswell, R. G., & White, M. A. (2015). Gender differences in weight bias internalisation and eating pathology in overweight individuals. *Advances in eating disorders (Abingdon, England)*, 3(3), 259–268. <https://doi.org/10.1080/21662630.2015.1047881>
- Borau, S., & Bonnefon, J.-F. (2017). The advertising performance of non-ideal female models as a function of viewers' body mass index: A moderated mediation analysis of two competing affective pathways. *International Journal of Advertising*, 36, 457–476. <https://doi.org/10.1080/02650487.2015.1135773>
- Bremner, J. D., Moazzami, K., Wittbrodt, M. T., Nye, J. A., Lima, B. B., Gillespie, C. F., ... Vaccarino, V. (2020). Diet, Stress and Mental Health. *Nutrients*, 12(8), 2428. doi:10.3390/nu12082428
- Brown, Z., & Tiggemann, M. (2016). Attractive celebrity and peer images on Instagram: Effect on women's mood and body image. *Body image*, 19, 37–43. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.08.007>
- Brunault, P., Ballon, N., Gaillard, P., Réveillère, C., & Courtois, R. (2014). Validation of the French version of the yale food addiction scale: an examination of its factor structure, reliability, and construct validity in a nonclinical sample. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 59(5), 276–284. <https://doi.org/10.1177/070674371405900507>

- Brychta, T., Brychtová, S. (2011). Obézní pacient v lékařské ordinaci. [online]. Interní medicína pro praxi. [cit. 2020-12-30]. 13(1). s. 28-30. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2011/01/07.pdf>
- Bult, M. J. F., van Dalen, T., & Muller, A. F. (2008). Surgical treatment of obesity. *European Journal of Endocrinology*, 158(2), 135–145. doi:10.1530/eje-07-0145
- Cakirpaloglu, P. (2012). Úvod do psychologie osobnosti. Grada.
- Carr, D., & Friedman, M. A. (2005). Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3), 244–259. doi:10.1177/002214650504600303
- Center for Disease Control and Prevention (2018). *Behavior, environment, and genetic factors all have a role in causing people to be overweight and obese.* Dostupné z: <https://www.cdc.gov/genomics/resources/diseases/obesity/index.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Tips to Help Children Maintain a Healthy Weight.
- Cooper Charlotte (2008). *What's Fat Activism?* Department of Sociology. University of Limerick. <https://ulsites.ul.ie/sociology/sites/default/files/Whats%20Fat%20Activism.pdf>
- Cossrow, N. H. F., Jeffery, R. W., & McGuire, M. T. (2001). Understanding Weight Stigmatization: A Focus Group Study. *Journal of Nutrition Education*, 33(4), 208–214. doi:10.1016/s1499-4046(06)60033-x
- Crandall, C.S. (1994). Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 882-894.
- Crook, M. (1995). V zajetí image těla: jak chápat a odmítat mýty o tělesném image (1. vyd). OLDAG.
- Davison, K. K., & Birch, L. L. (2004). Predictors of Fat Stereotypes among 9-Year-Old Girls and Their Parents. *Obesity Research*, 12(1), 86–94. doi:10.1038/oby.2004.12
- Deloitte Access Economics (2020). The Social and Economic Cost of Eating Disorders in the United States of America: A Report for the Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders and the Academy for Eating Disorders. Dostupné z: <https://www.hsph.harvard.edu/striped/report-economic-costs-of-eating-disorders/>

- Diedrichs, P. C., & C. Lee. (2011). Waif goodbye! average-size female models promote positive body image and appeal to consumers. *Psychology and Health* 26: 127391.
- Durso, L. E., & Latner, J. D. (2008). Understanding Self-directed Stigma: Development of the Weight Bias Internalization Scale. *Obesity*, 16, S80–S86. doi:10.1038/oby.2008.448
- Elliptical Reviews (2014). Weight Haters: A look at fat shaming on Twitter. <https://www.ellipticalreviews.com/weight-haters/>
- Eurostat (2019). Body mass index (BMI) by sex, age and income quintile. In *World Obesity Federation, Global Obesity Observatory*. [online], 2019. Dostupné z: [https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bmi&lang=en%20\(last%20accessed%2009.08.21\)](https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bmi&lang=en%20(last%20accessed%2009.08.21))
- Farrell, A. E. (c2011). *Fat shame: stigma and the fat body in American culture*. New York University Press.
- Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka* (Vyd. 1). Karolinum.
- Fialová, L. (2006). *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Grada.
- Fialová, L. (2007). *Jak dosáhnout postavy snů: možnosti a limity korekce postavy : pohyb a postava, výživa a udržení hmotnosti, lékařské zákroky a kosmetická péče*. Grada.
- Fialová, L., & Krch, F. (2012). *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled* (Vyd. 1). Karolinum.
- Flint, S. W., Nobles, J., Gately, P., & Sahota, P. (2018). Weight stigma and discrimination: a call to the media. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 6(3), 169–170. doi:10.1016/s2213-8587(18)30041-x
- Foster, G. D., Wadden, T. A., Makris, A. P., Davidson, D., Sanderson, R. S., Allison, D. B., & Kessler, A. (2003). Primary Care Physicians' Attitudes about Obesity and Its Treatment. *Obesity Research*, 11(10), 1168–1177. doi:10.1038/oby.2003.161
- Fořt, P. (2002). *Sport a správná výživa: zónová a sacharidová dieta, endorfiny, potravinové doplňky, gainery, volné radikály, energetické zdroje a mnoho dalších informací : téměř 100 receptů na rychlé pokrmy od moučníků po sendviče : kompletní průvodce moderní výživou pro profesionální i rekreační sportovce*. Ikar.

- Franko, Debra L, Striegel-Moore (2002). The role of body dissatisfaction as a risk factor for depression in adolescent girls: Are the differences black and white? *J Psychosom Res*, 975-983
- Fraňková, S., Novotná, P., et al. (2010). K některým problémům osobnosti dítěte s nadváhou. [online]. Psychologie pro praxi. Dostupné z: https://karolinum.cz/data/clanek/1022/PPP_3-4_2010_03_F.pdf
- Fraňková, S., Pařízková, J., & Malichová, E. (2013). Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe (Vyd. 1). Karolinum.
- Fried, M. (2005). Moderní chirurgické metody léčby obezity. Grada.
- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., Zelli, A., Ashmore, J. A., & Musante, G. J. (2005). Weight Stigmatization and Ideological Beliefs: Relation to Psychological Functioning in Obese Adults. *Obesity Research*, 13(5), 907–916. doi:10.1038/oby.2005.105
- Gailey, J. A., & Prohaska, A. (2006). “Knocking off a Fat Girl:” an Exploration of Hogging, Male Sexuality, and Neutralizations. *Deviant Behavior*, 27(1), 31–49. doi:10.1080/016396290968353
- Gailey, J. A. (2012). Fat Shame to Fat Pride: Fat Women’s Sexual and Dating Experiences. *Fat Studies*, 1(1), 114–127. doi:10.1080/21604851.2012.631113
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*. doi:10.1093/ajcn/nqy342
- Gam, R.T., Singh, S.K., Manar, M., Kar, S.K., & Gupta, A. (2020). Body shaming among school-going adolescents: prevalence and predictors. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 7, 1324-1328.
- Garber, C. E. (2019). The Health Benefits of Exercise in Overweight and Obese Patients. *Current Sports Medicine Reports*, 18(8), 287–291. doi:10.1249/jsr.0000000000000619
- Gimlin, Debra L. (2002). *Body Work. Beauty and Self-Image in American Culture*. Berkeley, CA: University of California Press
- Goffman, E. (2003). *Stigma: poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Sociologické nakladatelství.

- Gouni-Berthold I, Berthold HK. (2019). Current Options for the Pharmacotherapy of Obesity. *Curr Pharm Des*. doi: 10.2174/1381612825666190708192630. PMID: 31298150.
- Greenleaf, C., Chambliss, H., Rhea, D. J., Martin, S. B., & Morrow, J. R. (2006). Weight Stereotypes and Behavioral Intentions toward Thin and Fat Peers among White and Hispanic Adolescents. *Journal of Adolescent Health, 39(4)*, 546–552. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.01
- Grogan, S. (2000). Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem (Vyd. 1). Grada
- Hainer, V. (2011). Základy klinické obezitologie (2., přeprac. a dopl. vyd). Grada.
- Hargreaves, D., & Tiggemann, M. (2002). The effect of television commercials on mood and body dissatisfaction: The role of appearance-schema activation. *Journal of Social and Clinical Psychology, 21*, 287–308. <https://doi.org/10.1521/jscp.21.3.287.22532>
- Harris, M. B., Harris, R. J., & Bochner, S. (1982). Fat, Four-Eyed, and Female: Stereotypes of Obesity, Glasses, and Gender¹. *Journal of Applied Social Psychology, 12(6)*, 503–516. doi:10.1111/j.1559-1816.1982.tb00882.x
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). Psychologický slovník (Třetí, aktualizované vydání). Portál.
- Hainerová, I. (2010). Genetika obezity. [online]. Vnitřní lékařství. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2010/10/04.pdf>
- Hayran, O., Akan, H., Özkan, A. D., & Kocaoglu, B. (2013). Fat phobia of university students: attitudes toward obesity. *Journal of allied health, 42(3)*, 147–150.
- Hendl, J. (2016). Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace (Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání). Portál.
- Hlúbik, P. (2002). Obezita - závažný problém současnosti. [online]. Interní medicína pro praxi. Dostupné z: doi:<https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/07/02.pdf>
- Huizinga, M. M., Cooper, L. A., Bleich, S. N., Clark, J. M., & Beach, M. C. (2009). Physician respect for patients with obesity. *Journal of general internal medicine, 24(11)*, 1236–1239. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1104-8>
- Chrisler, J. C., & Barney, A. (2016). Sizeism is a health hazard. *Fat Studies, 6(1)*, 38–53. doi:10.1080/21604851.2016.1213066

- Jantarantotai, N., Mosikanon, K., Lee, Y., & McIntyre, R. S. (2017). The interface of depression and obesity. *Obesity Research & Clinical Practice*, 11(1), 1–10.
- Johnstone, G., & Grant, S. L. (2018). Weight stigmatisation in antiobesity campaigns: The role of images. *Health Promotion Journal of Australia*. doi:10.1002/hpja.183
- Juchacz, K., Kłos, P., Dziedziejko, V., & Wójciak, R. W. (2021). The Effectiveness of Supportive Psychotherapy in Weight Loss in a Group of Young Overweight and Obese Women. *Nutrients*, 13(2), 532. doi:10.3390/nu13020532
- Kahan, S., & Puhl, R. M. (2017). The damaging effects of weight bias internalization. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 25(2), 280–281. <https://doi.org/10.1002/oby.21772>
- Koldinská, K. (2010). *Gender a sociální právo: rovnost mezi muži a ženami v sociálněprávních souvislostech*. C.H. Beck.
- Krch, F. D. (2005). *Poruchy příjmu potravy (2., aktualiz. a dopl. vyd)*. Grada.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie (2., aktualiz. vyd)*. Grada.
- Latner, J. D., Puhl, R. M., Murakami, J. M., & O'Brien, K. S. (2014). Food addiction as a causal model of obesity. Effects on stigma, blame, and perceived psychopathology. *Appetite*, 77, 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.03.004>
- Levine, M. P., & Chapman, K. (2011). Media influences on body image. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 101–109). The Guilford Press.
- Lewis, R. J., Cash, T. F., & Bubb-Lewis, C. (1997). Prejudice Toward Fat People: The Development and Validation of the Antifat Attitudes Test. *Obesity Research*, 5(4), 297–307. doi:10.1002/j.1550-8528.1997.tb00555.x
- López-Contreras, I. N., Vilchis-Gil, J., Klünder-Klünder, M., Villalpando-Carrión, S., & Flores-Huerta, S. (2020). Dietary habits and metabolic response improve in obese children whose mothers received an intervention to promote healthy eating: randomized clinical trial. *BMC Public Health*, 20(1). doi:10.1186/s12889-020-09339-4
- Macho, S., Andrés, A., & Saldaña, C. (2022). Anti-fat attitudes among Spanish general population: Psychometric properties of the anti-fat attitudes scale. *Clinical obesity*, 12(6), e12543. <https://doi.org/...543>

- Manning, T. M., & Mulgrew, K. E. (2022). Broad conceptualisations of beauty do not moderate women's responses to body positive content on instagram. *Body image*, 40, 12–18. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.10.009>
- Manzoni, G. M., Rossi, A., Pietrabissa, G., Varallo, G., Molinari, E., Poggiogalle, E., Donini, L. M., Tarrini, G., Melchionda, N., Piccione, C., Gravina, G., Luxardi, G., Manzato, E., Schumann, R., Innamorati, M., Imperatori, C., Fabricatore, M., & Castelnovo, G. (2018). Validation of the Italian Yale Food Addiction Scale in postgraduate university students. *Eating and weight disorders : EWD*, 23(2), 167–176. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0495-0>
- Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (c2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Grada.
- Martiník, K. (2008). *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu*. VIII. díl: Základní aspekty zdraví a pohybové aktivity člověka. Hradec Králové: Gaudeamus. s. 56. ISBN 978-80-7041-538-2.
- Mason, C., de Dieu Tapsoba, J., Duggan, C., Wang, C.-Y., Alfano, C. M., & McTiernan, A. (2019). Eating behaviors and weight loss outcomes in a 12-month randomized trial of diet and/or exercise intervention in postmenopausal women. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(1). doi:10.1186/s12966-019-0887-1
- McClure, K. J., Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2011). Obesity in the news: do photographic images of obese persons influence antifat attitudes?. *Journal of health communication*, 16(4), 359–371. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.535108>
- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S.
- Mezinárodní klasifikace nemocí (1993). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize MKN-10*. (1993) (2. vyd). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Morrison, T. G., & O'connor, W. E. (1999). Psychometric Properties of a Scale Measuring Negative Attitudes Toward Overweight Individuals. *The Journal of Social Psychology*, 139(4), 436–445. doi:10.1080/00224549909598403
- Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti* (Vyd. 2., rozš. a přeprac). Academia.

- National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989. doi:10.1016/j.jaac.2010.05.017
- Neagu, A. (2015). Body Image: A Theoretical Framework. *Proc. Rom. Acad., Series B*, 17(1), 29–38. Retrieved from <http://www.acad.ro/sectii2002/proceedingsChemistry/doc2015-1/Art04Neagu.pdf>
- Nickel, F., Tapking, C., Benner, L., Schüler, S., Ottawa, G. B., Krug, K., ... Fischer, L. (2019). Video Teaching Leads to Improved Attitudes Towards Obesity—a Randomized Study with 949 Participants. *Obesity Surgery*. doi:10.1007/s11695-019-03804-9
- Oliver, T. L., Qi, B. B., Diewald, L. K., Shenkman, R., & Kaufmann, P. G. (2022). Development of a weight bias reduction intervention for third-year nursing students. *Clinical obesity*, 12(2), e12498. <https://doi.org/10.1111/cob.12498>
- Oshi, Sonam (2017). Examples Of Weight-Shaming That Are A Part of Our Everyday Vocabulary. Huffington. <https://www.huffingtonpost.in/2017/03/02/16-examples-of-weight-shaming-that-are-apart-of-our-everyday-vo a 21872091/>
- Papežová, H. (ed.). (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (Vyd. 1). Grada.
- Papežová, H., & Hanusová, J. (2012). *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese. Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga.*
- Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled* (První vydání). Mladá fronta.
- Pastucha, D. (2011). *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. Grada.
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2., přepracované a doplněné vydání). Grada.
- Pearl, R. L., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2012). Positive media portrayals of obese persons: Impact on attitudes and image preferences. *Health Psychology*, 31(6), 821–829. doi:10.1037/a0027189
- Pearl, R. L., & Lebowitz, M. S. (2014). Beyond personal responsibility: effects of causal attributions for overweight and obesity on weight-related beliefs, stigma, and policy support. *Psychology & health*, 29(10), 1176–1191.

- Pearl RL, Wadden TA, Bach C, Gruber K, Leonard S, Walsh OA, Tronieri JS, Berkowitz RI (2020). Effects of a cognitive-behavioral intervention targeting weight stigma: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2020 doi: 10.1037/ccp0000480.
- Pipová, H., Dolejš, M., Suchá, J., Kostková, M., & Urešová, A. (2021). Stravování a vztah k jídlu u českých adolescentů ve 21. století. Togga ve spolupráci s Univerzitou Palackého v Olomouci.
- Pipová, H., Dostál, D., Dolejš, M., Kafetsios, K. & Suchá, J. (2021). Validation of the Czech modified Yale Food Addiction Scale in a representative sample of adolescents: Connections with body mass index and impulsivity. *Adiktologie*, 21 (2), 105–114. <https://doi.org/10.35198/01-2021-002-0006>
- Pitts, V., & Gimlin, D. L. (2003). Body Work: Beauty and Self-Image in American Culture. *Contemporary Sociology*, 32(5), 595. doi:10.2307/1556487
- Průcha, J. (2010). Interkulturní psychologie (3. vyd.). Portál.
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity research*, 9(12), 788–805. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.108>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 17(5), 941–964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2008). Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health education research*, 23(2), 347–358. <https://doi.org/10.1093/her/cym052>
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (eds.). (2015). DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch (První české vydání). Hogrefe - Testcentrum.
- Ramos Salas X. (2015). The ineffectiveness and unintended consequences of the public health war on obesity. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 106(2), e79–e81. <https://doi.org/10.17269/cjph.106.4757>
- Robinson, B. “Bean” E., Bacon, L. C., & O’reilly, J. (1993). Fat phobia: Measuring, understanding, and changing anti-fat attitudes. *International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 467–480. doi:10.1002/1098-108x(199312)14:43.0.co;2-j
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1.

- Selensky, J. C., & Carels, R. A. (2021). Weight stigma and media: An examination of the effect of advertising campaigns on weight bias, internalized weight bias, self-esteem, body image, and affect. *Body image*, 36, 95–106. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.10.008>
- Schooler, D., Ward, L. M., Merriwether, A., & Caruthers, A. S. (2005). Cycles of shame: Menstrual shame, body shame, and sexual decision-making. *Journal of Sex Research*, 42(4), 324–334. doi:10.1080/00224490509552288
- Schulte, E. M., & Gearhardt, A. N. (2017). Development of the Modified Yale Food Addiction Scale Version 2.0. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 25(4), 302–308. <https://doi.org/10.1002/erv.2515>
- Schvey, N. A., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2011). The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 19(10), 1957–1962. <https://doi.org/10.1038/oby.2011.204>
- Sikorski, C., Spahlholz, J., Hartlev, M., & Riedel-Heller, S. G. (2016). Weight-based discrimination: an ubiquitous phenomenon?. *International journal of obesity (2005)*, 40(2), 333–337. <https://doi.org/10.1038/ijo.2015.165>
- Simon, K., & Hurst, M. (2021). Body Positivity, but not for everyone: The role of model size in exposure effects on women's mood, body satisfaction, and food choice. *Body image*, 39, 125–130. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.07.001>
- Slabá Š, Málková I, Wagenknecht M, Riegel KD, Junek L, Lorencová J, Herlesová J, Ondrová VK. (2020). Psychological aspects of obesity. *Cas Lek Cesk*. PMID: 33297686.
- Středa, L., Marádová, E., & Zima, T. (2010). Vybrané kapitoly o zdraví. In: Středa, L. *Zdraví a obezita*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. s. 38-49. ISBN 978-80-7290-480-8
- Sutin, A. R., Stephan, Y., & Terracciano, A. (2015). The fatality of stigma: Perceived experiences with weight discrimination and mortality. *Paper presented at the international Weight Stigma Conference, Reykjavik, Iceland*
- Svačina, Š., & Bretšnajdrová, A. (2008). *Jak na obezitu a její komplikace*. Grada.
- Svoboda, M., & Humpolíček, P., Šnorek, V. (Ed.). (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Portál.

- Sweeting, A. N., Hocking, S. L., & Markovic, T. P. (2015). Pharmacotherapy for the treatment of obesity. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 418, 173–183. doi:10.1016/j.mce.2015.09.005
- Šišková, N. (2001). Evropská unijní ochrana lidských práv: Charta a další instrumenty ochrany lidských práv v EU. Praha: Linde
- Tomiyama, A. J., Carr, D., Granberg, E. M., Major, B., Robinson, E., Sutin, A. R., & Brewis, A. (2018). How and why weight stigma drives the obesity “epidemic” and harms health. *BMC Medicine*, 16(1). doi:10.1186/s12916-018-1116-5
- Tsai, S. A., Lv, N., Xiao, L., & Ma, J. (2016). Gender Differences in Weight-Related Attitudes and Behaviors Among Overweight and Obese Adults in the United States. *American Journal of Men's Health*, 10(5), 389–398. doi:10.1177/1557988314567223
- Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky ÚZIS (2018). Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf
- Vartanian, L. R., & Novak, S. A. (2011). Internalized societal attitudes moderate the impact of weight stigma on avoidance of exercise. *Obesity*, 19, 757–762. <http://dx.doi.org/10.1038/oby.2010.234>
- Vartanian L. R. (2015). Development and validation of a brief version of the Stigmatizing Situations Inventory. *Obesity science & practice*, 1(2), 119–125. <https://doi.org/10.1002/osp4.11>
- Výrost, J., Slaměník, I., & Sollárová, E. (Eds.). (2019). Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace. Grada.
- Wade, T. J., Loyden, J., Renninger, L., & Tobey, L. (2003).: Weight halo effects individual differences in personality evaluations as a function of weight? *Personality and Individual Differences*, 34(2), 263–268. doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00042-9
- Wang, S. S., Brownell, K. D., & Wadden, T. A. (2004). The influence of the stigma of obesity on overweight individuals. *International Journal of Obesity*, 28(10), 1333–1337. doi:10.1038/sj.ijo.0802730

- Welch, H. A., Agras, W. S., Lock, J., & Halmi, K. A. (2020). Perfectionism, anorexia nervosa, and family treatment: How perfectionism changes throughout treatment and predicts outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, 53(12), 2055–2060. doi:10.1002/eat.23396
- Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Blaney, S. (2009). Body Image in Girls. In L. Smolak, & J. K. Thompson (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment* (2nd ed., 47-76). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- World Health Organization (2016). Report of the Commission on Ending Childhood Obesity (page 7). Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf
- World Health Organization (2017). Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region. *World Health Organization. Regional Office for Europe*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353613>
- World Health Organization (2018). More active people for healthier world. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2020). Obesity And Overweight. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Health Organization (2020 a). Physical activity. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/physical-activity#tab=tab_1
- World Health Organization (2020 b). Healthy diet. 29 April. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- World Obesity Federation (2022). Weight stigma. <https://www.worldobesity.org/what-we-do/our-policy-priorities/weight-stigma>
- Zaman R, Hankir A, Jemni M. (2019). Lifestyle Factors and Mental Health. *Psychiatr Danub*. PMID: 31488729.
- Zlatohlávek, L. (2019). *Klinická dietologie a výživa* (Druhé rozšířené vydání). Current media

SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Seznam tabulek:

1. Rozdělení výzkumného souboru do kategorií podle věku
2. Frekvenční tabulka odpovědí o konzumaci nutričně méně hodnotných potravin
3. Frekvenční tabulka odpovědí o konzumaci zdravých potravin
4. Frekvenční tabulka odpovědí posouzení vlastního stravování
5. Frekvenční tabulka s výsledky dotazníku SSI-Bb
6. Deskriptivní statistiky odpovědí v dotazníku AFA
7. Průměrný věk v jednotlivých kategoriích závislosti na jídle
8. Přítomnost poruch příjmu potravy u jednotlivých kategorií závislosti na jídle
9. Zhodnocení platnosti stanovených hypotéz

Seznam obrázků:

1. Typologie lidské postavy podle Sheldona
2. Extrémní somatické typy ženského těla

Seznam grafů:

1. Spokojenost s vlastním tělem
2. Hodnocení vlastní postavy
3. Touha po změně postavy
4. Současná aktivita českých žen za účelem změny postavy
5. Rozdělení zúčastněných žen do kategorií podle hodnot BMI
6. Výskyt poruch příjmu potravy ve výzkumném souboru
7. Krabicový graf rozdílů v kategoriích BMI podle věku
8. Bodový graf souvislosti hodnot BMI a spokojenosti s vlastním tělem
9. Touha po změně postavy u žen podle kategorií BMI
10. Histogramy odpovědí v Dotazníku AFA a jeho jednotlivých faktorech
11. Histogramy postojů k obezitě ve skupinách ne/trpící poruchami příjmu potravy
12. Histogramy postojů k obezitě u žen podle touhy zhubnout, přibrat či postavu neměnit
13. Bodový graf zobrazující vztah mezi BMI a postoji k obezitě
14. Krabicový graf zobrazující postoje k obezitě podle spokojenosti s tělem
15. Krabicové grafy vztahů mezi faktory AFA a spokojeností s tělem
16. Výskyt závislosti na jídle ve výzkumném souboru

17. Krabicový graf zobrazující věkové rozložení v jednotlivých kategoriích závislosti na jídle
18. Krabicový graf zobrazující rozdíly v BMI v jednotlivých kategoriích závislosti na jídle
19. Sloupcový graf srovnání přítomné závislosti na jídle u kategorií BMI
20. Krabicový graf rozdílů v postojích k obezitě ve skupinách podle závislosti na jídle

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt diplomové práce v českém jazyce
2. Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce

Příloha 1. Abstrakt diplomové práce v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Tělesné sebepojetí, váhové stigma a postoje k obezitě u českých dospělých žen

Autor práce: Bc. Anna Poláková

Vedoucí práce: PhDr. Martin Dolejš, Ph.d.

Počet stran a znaků: 115, 234 473

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 146

Abstrakt (800-1200 znaků): Cílem výzkumu bylo zjistit stravovací návyky, tělesné sebepojetí, postoje k obezitě a zkušenosti s váhovým stigmatem u českých žen. Pomocí online dotazníkového šetření jsme získali data od 2174 českých žen ve věku od 17 do 74 let. Proměnné jsme zkoumali pomocí Dotazníku stravování, Yalské škály závislosti na jídle (mYFAS 2.0.), Dotazníku AFA a metody SSI-Bb. Z výsledků vyplývá, že české ženy se stravují převážně zdravě, jsou spíše nespokojené se svojí postavou a 82 % z nich si přeje zhubnout. Mezi BMI a spokojeností s tělem byla nalezená silná pozitivní korelace ($r=0,54$; $p < 0,001$). S váhovou stigmatizací se ženy setkávaly jak v dětství, tak v dospělosti. Čtvrtina žen se za život setkala s předpokladem, že jejich tělesný vzhled je zapříčiněn nestřídmostí v jídle. České ženy nezastávají příliš negativní, ani příliš pozitivní postoje k obézním lidem. Ženy pociťují strach z vlastní tloušťky (60 %). Tento strach je silnější u žen nespokojených se svým tělem. Závislost na jídle je přítomná u 14 % žen. Prevalence poruch příjmu potravy ve výzkumném souboru je 17 %. Přes 55 % žen spadá do kategorie normální váhy, nadváhou trpí 19 % žen, 5 % žen trpí podváhou a obezitou trpí 19 % žen.

Klíčová slova: tělesné sebepojetí, postoje k obezitě, váhové stigma

Příloha 1. Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Body self-concept, weight stigma and attitudes towards obesity in Czech adult women

Author: Bc. Anna Poláková

Supervisor: PhDr. Martin Dolejš, Ph.d.

Number of pages and characters: 115, 234 473

Number of appendices: 2

Number of references: 146

Abstract (800-1200 characters): The aim of the research was to find out eating habits, body self-concept, attitudes towards obesity and experiences with weight stigma among Czech women. Using an online questionnaire survey, we obtained data from 2174 Czech women aged 17 to 74. We examined the variables using the Eating Questionnaire, The Yale Food Addiction Scale (mYFAS 2.0.), Antifat Attitudes Questionnaire (AFA) and the SSI-Bb. The results show that Czech women eat mostly healthy, are rather dissatisfied with their body and 82 % of them wish to lose weight. A strong positive correlation was found between BMI and body satisfaction ($r=0.54$; $p < 0.001$). Women encountered weight stigmatization in childhood and in adulthood too. A quarter of women in their lifetime have encountered the assumption that their physical appearance is caused by intemperance in food. Czech women do not have strong negative or positive attitudes towards obese people. Women feel afraid of their own fatness (60 %). This fear is stronger in women who are dissatisfied with their bodies. Addiction to food is present in 14 % of women. The prevalence of eating disorders in the research group is 17 %. Over 55 % of women fall into the normal weight category, 19 % of women are overweight, 5 % of women are underweight and 19 % of women are obese.

Key words: body self-concept, attitudes towards obesity and weight stigma

