

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Bakalářská práce

Lenka Mátychová

Obezita jako rizikový faktor ovlivňující tělesný a psychický vývoj dětí
a mládeže

Olomouc 2020

vedoucí práce: PhDr. Soňa Lemrová, Ph.D.

Prohlášení autora

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma Obezita jako rizikový faktor ovlivňující tělesný a psychický vývoj dětí a mládeže jsem vypracovala samostatně a použila pouze uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne

.....

Lenka Mátychová

Poděkování

Děkuji PhDr. Soně Lemrové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, velmi ochotný přístup, poskytování cenných rad a materiálových podkladů k práci. Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří se podíleli na výzkumu formou vyplňování dotazníků, za jejich ochotu a čas.

Abstrakt

Bakalářská práce je věnována problematice sebepojetí obézních dětí a dopadu onemocnění obezitou na jejich psychické zdraví. Práce je zaměřena na cílovou skupinu dětí staršího školního věku, tedy 11-15 let. Vedle orientace na psychické pojetí krátce zasahuje i do problematiky vlivu obezity na tělesné zdraví jedince a zmiňuje i sociální problémy s touto diagnózou spojené.

Teoretická část popisuje definici obezity, její historický kontext, faktory způsobující otýlost a Body Mass Index. V užším pojetí jsou pak tyto poznatky aplikovány na skupinu dětské populace. Především zahrnuje údaje z období staršího školního věku. Nejrozsáhlejší část práce je věnována hlavnímu tématu a sice sebepojetí. Pojem je vymezen jak z obecného hlediska, tak dále informuje i o vývoji sebepojetí a jeho formování u cílové věkové skupiny a o rozdílném vnímání sebepojetí u ženského a mužského pohlaví. Text líčí i o sebepojetí obézních dětí v souvislosti s prostředím školy. Blíže je psáno také o sebepojetí tělesném a dalších s tím souvisejících psychologických pojmech, jako je sebeúcta a sebevědomí. Nechybí ani objasnění vlivu obezity na psychiku a s tím související depresivní stavy.

Poslední část teoretických poznatků se zaměřuje na léčbu obezity, zahrnuje roli psychologa v souvislosti s terapií a nejčastěji využívanou kognitivně-behaviorální terapii. Práce dále popisuje komplexní léčbu obezity v rámci lázeňského pobytu a blíže informuje o Státních léčebných lázních Bludov, které se na léčení obézních dětských pacientů zaměřují. Právě zde byl prováděn náš výzkum.

Praktická část je zaměřena na sebepojetí obézních dívek a chlapců staršího školního věku, kteří podstupují měsíční lázeňský léčebný program ve Státních léčebných lázních Bludov.

Prvním cílem praktické části bylo zjistit, zda léčebný lázeňský program má vliv na změnu sebepojetí obézních dětí ve věku 11-15 let. Druhým cílem bylo porovnat, zda se případná změna sebepojetí liší u dívek a chlapců. Třetím cílem bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi Rosenbergovou škálou a škálou zdraví.

Ke zjištění výsledků bylo využito dotazníkových metod v podobě Rosenbergovy škály sebehodnocení a podpůrného demografického dotazníku.

Z výsledků našeho šetření vyplývá, že u celého souboru nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v sebehodnocení po prodělání měsíční léčby v lázních. Dále nebyl zjištěn ani statistický významný rozdíl mezi průměrnou hodnotou dosahovanou na škále sebehodnocení mezi dívkami a chlapci. Dále se neprokázala souvislost mezi mírou vnímaného sebepojetí a vnímaného zdraví.

Abstract

This bachelor thesis is dealing with the problematics of self-reflection amongst obese children and the impact of obesity on their mental health. This thesis focuses on lower secondary students (age 11-15). Besides focusing on mental health, this thesis also gives insight into the impacts of obesity on physical health and social problems related to it.

Theoretical part defines obesity, its historical context, factors causing obesity, and Body Mass Index. These findings are then applied on a group of children, which predominately consists of data from lower secondary students. The most comprehensive part of this thesis is then dedicated to its main topic, which is self-reflection. This term is investigated both from the general point of view and also further informs about the development of self-reflection and its gradual forming at the target age group and its different perception amongst male and female gender. This text also talks about self-reflection in the school environment. Furthermore, self-reflection of physical health and another related psychological terms, such as self-esteem and self-confidence, are also described. This thesis does not also lack the description of links between obesity and psyche leading to depressive states.

The last part of theoretical findings focuses on treatments of obesity and involves the role of psychologist in commonly used cognitive-behavioral therapy. This thesis further describes complex cure of obesity in spa and further informs about Státní léčebné lázně Bludov, which focuses on curing children obesity, and in which my research was taking place.

The practical part focuses on self-reflection of obese girls and boys of lower secondary level (age 11-15), which undergo monthly spa healing cure in Státní léčebné lázně Bludov.

The first aim of practical part was to find out, whether this spa cure has an impact on self-reflection of obese children in the age of 11-15. The second aim was to compare, whether the self-reflection differs amongst boys or girls. The third aim was to find out, whether there is context between Rosenberg scale and scale of health.

As a method, Rosenberg self-reflection scale questionnaires and supporting demographical questionnaires were used.

Our findings imply, that amongst the whole set has not been found a significant difference in self-reflection after undergoing a one-month cure in the spa. Further, any significant statistical difference between the results of boys and girls on this scale, too. Finally has not been found context between Rosenberg scale and scale of health, too.

Obsah

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 OBEZITA	11
1.1 Body Mass Index	12
1.2 Historie Obezity.....	13
1.3 Faktory způsobující obezitu	14
1.4 Psychologické aspekty obezity	16
1.4.1 Sebepojetí	17
1.4.1.1 Tělesné sebepojetí.....	19
2 OBEZITA U DĚTÍ	21
2.1 BMI u dětí.....	21
2.2 Obezita u dětí ve věku 11-15 let.....	22
2.3 Obezita a její vliv na psychiku dítěte.....	23
2.3.1 Sebepojetí u dětí	24
2.3.1.1 Vývoj sebepojetí ve starším školním věku.....	25
2.3.1.2 Odlišnost sebepojetí u dívek a chlapců	26
2.3.1.3 Sebepojetí obézního dítěte ve školním prostředí.....	27
3 LÉČBA OBEZITY	29
3.1 Lázeňská léčba obezity.....	30
3.1.1 Státní léčebné lázně Bludov	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
4 PŘEHLED HLAVNÍCH TEORETICKÝCH A PRAKTICKÝCH PROBLÉMŮ PRÁCE A JEJÍ CÍLE ...	33
5 POPIS ZKOUMANÉHO SOUBORU.....	36
6 APLIKOVANÁ METODIKA	37
6.1 Použité statistické metody	38
7 VÝSLEDKY PRÁCE	40
7.1 Vyhodnocení míry sebepojetí v prvním a druhém měření	40
7.2 Zjišťování rozdílu míry sebepojetí mezi prvním a druhým testováním	42
7.3 Zjištění rozdílu míry sebehodnocení mezi chlapci a dívkami v prvním i druhém testování.....	43
7.4 Zjištění souvislostí mezi mírou sebepojetí a škálou zdraví (při prvním měření) .	45
8 DISKUZE	47
ZÁVĚR	50
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	52
SEZNAM ZKRATEK	55
SEZNAM TABULEK	56
PŘÍLOHY	56

Úvod

Jak již název bakalářské práce napovídá, je věnována jednomu z dnes velmi aktuálních a ožehavých témat. Většina populace nahlíží na nadváhu a obezitu jako na vzhledový a tělesný problém. Ne tolik je mezi lidmi známo, že toto onemocnění s sebou nese celou řadu vážných psychických problémů. Rozhodla jsem se tedy svou práci věnovat právě psychologické problematice. Navíc jsem obsah zaměřila na sebepojetí obézních dětí a přesněji je zúžen na mnou cílený věk 11-15 let. Obezita u takto starých dětí je velmi často překážkou jak ve vytváření sociálních kontaktů, tak v plnění školních povinností a docházky. To vše většinou úzce souvisí nejen s tím, jak dítě vypadá, ale především s tím, jak se sebehodnotí, jaký má k sobě postoj, jak se ono samo srovnává s ostatními a také s tím, že na sebe nahlíží příliš negativně a kriticky. Obzvláště v takto náchylném pubescentním věku, který je doprovázen celou řadou dalších aspektů.

Obezitu u dětí je třeba podchytit včas, aby bylo možné dosáhnout co největších úspěchů. U vážných případů mnohdy není jiné řešení, než obezitologem nebo praktickým lékařem stanovená léčba v lázních. To proto, že umožňuje komplexní terapii a zahrnuje i psychologickou léčbu. Hlavním cílem bylo zjistit, zda lázeňská léčba ovlivňuje sebepojetí obézních dětí ve starším školním věku. Svou praktickou část jsem zaměřila psychologickým směrem a klíčovým stanoviskem pro mě nebylo zjistit, jak se léčba projevila v úbytku tělesné hmotnosti, ve stravovacích zvyklostech či ve vztahu k pohybové aktivitě, nýbrž cílem byla psychika u dětí. Zjišťovali jsme, zda pobyt v lázních změnil míru jejich sebehodnocení a zda je rozdíl v sebepojetí u dívek a chlapců. Takový pobyt trvá jeden měsíc a mým úkolem bylo vyhodnotit, zda za tuto dobu došlo u dětí ke zlepšení jejich sebepojetí, ke zhoršení nebo jestli se u nich terapie neprojevila žádnou změnou.

K získání těchto výsledků jsem využila dotazníkového šetření v podobě Rosenbergovy škály sebehodnocení. Dotazník byl v papírové formě předán k vyplnění dětem ve věku 11-15, které se léčily s obezitou ve Státních léčebných lázních v Bludově na Šumpersku. Vyplnily jej celkem dvakrát. Na počátku turnusu a poté ten stejný na konci měsíční léčby. Tento postup byl účelný, aby mohlo dojít k vyhodnocení účinnosti léčby. Navíc je šetření podpořeno ještě dotazníkem demografických údajů pro určení charakteristiky výzkumného souboru.

Starší školní věk jsem zvolila proto, že v budoucnu se stanu paní učitelkou na druhém stupni základní školy. Má práce může být užitečná právě učitelům. Učitel je v dnešní době denně vystaven řešení problémů šikany u dětí tímto onemocněním postižených. Šikana však není jediným problémem s obezitou souvisejícím. Ve své práci uvádím mnoho dalších ukazatelů, které mohou učiteli pomoci rozeznat, že s žákem není něco v pořádku a vzhledem k pozorovatelným znakům, o kterých je možno se zde dočíst, může adekvátně dané situace řešit. Bude znát jejich problematiku a dokáže se do psychického rozpoložení otlého žáka lépe vcítit. Navíc učitel je takový druhý rodič, který se má o žáka starat, má jej vést a zajímat se o něj. Úzce také spolupracuje s rodinou dítěte, a tak pokud zmíněné psychické aspekty u žáka pozoruje, je jeho povinností je prokonzultovat s rodiči. Následně i po léčbě může učitel ve škole pozorovat, jestli se skutečně psychika a sociální postavení u dítěte nějak změnilo. Může tak být rodině zpětnou vazbou, protože právě ve škole dítě tráví téměř polovinu svého dne.

Nejen učitelům ale může být tato práce užitečnou. Přínosem může být i pro zařízení, která tuto léčbu obézním dětem poskytují. V praktické části jsou zahrnuty všechny výsledky výzkumu, které informují o tom, jak je, nebo není léčba úspěšná, zda dochází vlivem léčby ke změnám v sebepojetí, či nikoliv. Dále pak může práce posloužit jako studijní materiál. Mimo jiné totiž disponuje i obecnými fakty a aktuálními statistikami týkajícími se nadváhy a obezity a přibližuje také historický pohled na toto onemocnění.

I Teoretická část

Teoretická část zahrnuje veškeré teoretické poznatky týkající se tématu práce a našeho výzkumného šetření.

1 Obezita

Obezita je chronické onemocnění, řadí se v dnešní době mezi nejčastější a nejzávažnější nemoci. (Svačina, 2002) Nese s sebou problémy somatické, psychické i sociální. (Marinov, Pastucha, 2012)

V současné době populace stojí na úrovni pandemie tohoto onemocnění. Za příčinu je nejčastěji označováno nadměrné konzumování potravin na bázi vysokého obsahu cukru a tuku a na druhé straně stojí velmi nízká tendence k pohybové aktivitě. Autoři se také shodují, že obezita je onemocněním nejen tělesným, ale i duševním. (Hainerová, 2009; Svačina, 2002)

Pojem obezita nalezneme již v Ottově slovníku naučném, který pochází z roku 1902. Zde je definována následovně: *“Otylost je přílišné až chorobné nahromadění tuku v těle, zvláště podkoží, v okruží střevním, v předstěře, kol ledvin, ano i kol srdce. Tělo tím nabývá velmi značného objemu, stává se neforemným, těžkopádným, váhavým a úkony mnohých útrob zvláště trpí.”* (Hainer a kolektiv, 2011, str.3)

Tato nemoc může výrazně snižovat úroveň kvality života a má svůj podíl i na zkrácení jeho délky. Na vině jsou většinou choroby, které obezita predikuje. Mezi ty nejzávažnější a nejčastější se řadí diabetes 2. stupně nebo kardiovaskulární onemocnění. (Owen, 2012)

Dále může způsobovat také hypertenzi, poruchu lipidového metabolismu a aterosklerózu. Tato somatická onemocnění vznikají na základě metabolických změn v těle. (Marinov, Pastucha, 2012; Hainer a kolektiv, 2011)

Vzhledem k tomu, že nemoc velmi ovlivňuje psychiku člověka, je možné ji určit také za *„poruchu v myšlení a emocích, které vedou k nevhodnému chování.“* (Málková, 2014, str.12)

Psychické problémy se nejčastěji projevují depresemi a nízkým sebevědomím. Často dochází také k narušení sociální stránky života. Většinou jde o odmítání druhými lidmi, sociální izolaci, šikanu, posměšky a narážky. Vzhledem k tomu, že se obezita řadí mezi poruchy příjmu potravy, mohou se u jedinců s nadváhou a obezitou projevit také stavy nočního přejídání a bažení. (Marinov, Pastucha, 2012)

„V posledních 20 letech stoupla prevalence obezity v České republice především u mužů, u žen je vzestup nevelký, prevalence nadváhy se mírně snižuje u obou pohlaví. Dochází k přesunu z nižších stupňů nadváhy a obezity do vyšších stupňů. Podobný trend je patrný i u dětí.“ (Hainer a kolektiv, 2011, str.32) V současné době trpí v České republice nadváhou 47 % mužů a 33 % žen a obezitou téměř 20 % mužů a 18 % žen. (ČSÚ, 2018)

Bylo zjištěno, že obezita je výsledkem nepoměru přirozených a podmíněných fyziologických potřeb. Vzniká tedy na základě vlivu obezitogenního prostředí kolem nás, které se vyznačuje hlavně obrovským výběrem energeticky náročných produktů, které umožňuje rozrůstající se potravinářský průmysl. Negativními vlivy jsou také stres a hektický způsob života. (Lewis, Leitch, 2017)

Obezitu tedy dělíme na prostou-alimentární a obezitu sekundární. Prostá obezita se nejčastěji vyskytuje u dětí, a to u 90-95 % na polygenním základě. Vzniká v důsledku již zmíněných vnějších vlivů, obezitogenního prostředí. Sekundární obezita se liší od prosté tím, že se vyskytuje současně s jiným vnitřním onemocněním. (Marinov, Pastucha, 2012)

Rozlišujeme také pojmy nadváha a obezita. Nadváha je předstupeň obezity. Pokud je dosaženo Body Mass Index (BMI) vyššího jak 30 mluvíme již o obezitě, u které se dále podle indexu rozlišuje její závažnost. (Svačina, 2002; Owen 2012)

1.1 Body Mass Index

BMI se využívá celosvětově jako kritérium určující, zda jedinec spadá do sféry hodnot pro normální váhu, nadváhu nebo do sekce obezity. Obezita se dále dělí do 3 stupňů podle své závažnosti. Pokud výsledek BMI ukáže číslo menší 18,4, jedná se o podvýživu. Hodnoty mezi 18,5-24,9 nám říkají, že jedinec má běžnou normální hmotnost. Jakmile se objeví číslo

z rozmezí 25-29,9, je třeba zbystřit, neboť se jedná o nadváhu. Některé zdroje nadváhu rozlišují ještě na mírnou, která se vyznačuje hodnotami mezi 25-27 a těžší, která je mezi 27,1- 29,9 BMI. U BMI hodnot vyšších jak 30 již mluvíme o obezitě. Zde je ještě důležité rozlišení její kritičnosti dle 3 stupňů. 30-34,9 je rozmezí pro obezitu 1. stupně a nazýváme ji mírnou, 35-39,9 je index pro střední obezitu 2. stupně a nejzávažnější situace nastává ve chvíli, kdy se hodnota vyšplhá nad 40. I zde je možné ještě vyšší hodnoty pro lékařské účely dělit na ty v intervalu 40-49,9 což je obezita monstrózní a ty, které jsou nad 50 nazýváme superobezitou. K výpočtu BMI využíváme vzorce

$$\text{hmotnost v kg} / (\text{výška v m})^2$$

(Svačina, 2002; Owen 2012; Hils, King, Byrne, 2007)

Počátky měření kotví již v práci belgického vědce Adolphe Queteleta. Za hlavního představitele je považován Američan Ancel Benjamin Keys, podle něhož se začalo využívat označení BMI, tedy Body Mass Index. Už při vzniku samotného BMI bylo stanoveno, že není vhodné k zjišťování údajů u jednotlivců, ale u skupin. Bylo také dokázáno, že pokud je změřeno vrcholovému sportovci či kulturistovi, výsledné číslo BMI jednotlivce jednoduše zařadí v tabulkových hodnotách mezi obézní. Důvodem však není množství tuku v těle, nýbrž vysoká hmotnost kosterního svalstva. Dalším důležitým hlediskem je odlišnost tabulkových hodnot v různých částech světa. Například v Asii je považován za obézního jedince, který má hodnotu vyšší jak 24 BMI, u nás je to však až BMI nad 30. Pravděpodobnějšího výsledku je možné dosáhnout například z obvodu pasu. (Lewis, Leitch 2017; Svačina, 2002)

1.2 Historie Obezity

Ohlédnutím se do historie obezity zjistíme, že za pozitivní pohled na ni je považována soška Venuše, která představuje ideál krásy a síly. Naproti tomu se v průběhu vývoje začínají formovat negativní názory lékařů na otylost. Především ve starověkém Řecku či Římě. Vznikají i první léčebné postupy s původem v Číně a Indii. (Hainer a kolektiv, 2011; Svačina, 2008)

Naši předci neměli možnost takového stravování, jako máme my a ani obezita nebyla tak častým jevem. Období středověku procházelo mnoha různými epidemiemi. Velmi vážné

bylo období hladomoru. Vhodné podmínky k rozvoji obezity tedy ani nebyly. (Pařízková, Lisá, 2007)

U koho se často nadváha vyskytovala, byla feudální vrstva společnosti. Na rozdíl od poddaných, kteří konzumovali spíše ovoce, zeleninu a spousta potravin pro ně byla drahá či nedostupná, panovníci a vysoce postavení pánové se těmto potravinám pro chudé vyhýbali a jejich stoly praskaly spíše pod tíhou tučných jídel, sladkých a vydatných pokrmů. Mohli si dovolit vše, na co byla chuť. I přesto se vědělo, že obezita je zdravotně nebezpečným rizikem, a tak se lékaři těchto vysoce postavených pánů snažili o vytvoření jim vhodného jídelníčku a programu sportovních aktivit. Tak tomu bylo například i u Karla IV. (Hainer a kolektiv, 2011)

Při pohledu do období baroka je možné spatřit i v dnešních kostelech historicky dochované obrazy a sochy, které ukazují, že pokud se obezita u někoho vyskytla, měla velice pozitivní ohlas. I rodiče tehdy považovali své obézní ratolesti za krásnější. Přirovnávali je k barokním baculatým andělíčkům. V nadváze viděli pozitivum také v období nemocí, kdy bylo dítě odolnější a mělo více síly. (Pařízková, Lisá, 2007; Hainer a kolektiv, 2011)

Další historicky dochované poznatky uvádí, že obezita nebyla v minulosti považována za opovrhovanou a nepřitažlivou, ale naopak byla symbolem dominance, moci a lidé s nadváhou se cítili spíše hrdí a cenní. Důkazem je zmínka dochovaná z 19. století pocházející z Londýna. Ta hovoří o nejtlustším muži Británie, který vážil 335 kilogramů. Muž byl považován za atraktivního a za zázrak přírody. Lidé jej dokonce za vstupné navštěvovali, aby se na tento údiv mohli na vlastní oči podívat. Muž byl ostatními za svůj vzhled obdivován a uznáván. Obezita byla módou a na otlé bylo nahlíženo jako na bohaté, kteří mají úžasný a pohodlný život. Tento postoj je možné pozorovat i v dnešní době, a to například v Jižní Africe. (Lewis, Leitch, 2017)

1.3 Faktory způsobující obezitu

Existuje celá řada faktorů, které mohou stát za vznikem obezity. Jedním ze zásadních faktorů je genetika, která u dětí predikuje nadváhu a obezitu. 40-60 % je procentuální vyčíslení podílu genetického zázemí na vzniku obezity u dětí. Závažnost se vždy odvíjí od míry výskytu

nadváhy a obezity u rodičů a prarodičů. Jsou-li obézní oba rodiče, je až 46% pravděpodobnost, že mají, nebo budou mít obézní dítě. (Marinov, Pastucha, 2012)

Fakt, že dítě bude v budoucnu obézní může ovlivnit dokonce už prenatální a postnatální období. Zde je podstatným faktorem druh výživy gravidní matky, její věk, prudký nárůst její hmotnosti v průběhu těhotenství a obezita již před početím. Také kouření matky může mít zásadní vliv. Podstatná je správná výživa dítěte v raném postnatálním období. (Kunešová, 2016)

Pokud je dítě kojeno méně než měsíc nebo vůbec v počátku svého života, očekává se, že se u něj dříve, či později objeví nadváha nebo obezita. V batolecím věku, kdy dítě nemá tolik pohybu, je důležité nenutit jej jíst, pokud to odmítá. Mohlo by se u něj později projevit bezmyšlenkovité přejídání. (Pařízková, Lisá, 2007)

Životní styl rodiny je hlavním zdrojem výskytu obezity u dětí. Toto prostředí dává dítěti veškeré podněty do budoucího života. To, jaké jsou doma nastavené stravovací zvyklosti, trávení volného času a jiné aktivity, to vše ovlivňují rodiče. Jedním z nejčastějších vlivů vzniku a dalšího rozvoje obezity je výchova, kladný přístup obézních rodičů k vysoké hmotnosti a předávání těchto návyků způsobuje, že si je dítě plně zafixuje jako normální a dobré. Tento postoj si pak zachová i v budoucnu. Tedy i v dospělém věku dokáže váhu dostat pod kontrolu jen velice obtížně. Nemá vůli a tendenci něco měnit a nemá touhu zlepšit svou postavu a zdraví. (Marinov, Pastucha, 2012)

Délka spánku je další faktor, na kterém se dokonce shoduje více autorů. Jak u dospělých, tak u dětí dochází s měnící se dobou ke zkrácování doby spánku. Dokonce bylo vědci zjištěno, že v posledních 50 ti letech došlo ke zkrácení o cca 2 hodiny. Výsledkem je pak zvyšování BMI. Trvalý nepřerušovaný spánek o průměrné délce 8 hodin odpovídá ve výsledku přiměřenému BMI. Pokud je doba delší, nebo naopak kratší BMI se zvyšuje. Příliš krátký spánek totiž způsobuje únavu a sníženou tendenci k pohybové aktivitě. Čím déle je člověk vzhůru, tím více konzumuje potravu. (Kunešová, 2016; Marinov, Pastucha, 2012)

Obezitu nemusí způsobovat jen rodinné nebo genetické prostředí, ale spousta dalších okolností, mezi kterými lze zmínit například rozdíl u jedinců žijících ve městech nebo na venkově. Vyskytnout se může i u osob, které často trpí úzkostmi nebo depresemi. Dále pak u lidí, u kterých pozorujeme nestálou tělesnou hmotnost, která se projevuje kolísáním

váhy. Často je také větší sklon k nadváze nebo obezitě pozorován u rodin chudších s nižšími příjmy. (Kunešová, 2016)

1.4 Psychologické aspekty obezity

Obezita s sebou nenese jen problémy fyzické, ale i psychické. Velká část obézních lidí se často setkává s diskriminací kvůli jejich vzhledu. Populace si myslí, že mají malou vůli a nahlíží tak na obézní jako na nehezky a líné. Vlivem častých narážek a posměšků se tito lidé začnou považovat za méněcenné, nedostatečné, neschopné a vyvíjí se značný tlak na jejich psychiku. (WikiSkripta, 2015)

Spoustu jedinců v životě potkají náročné situace, se kterými se složitě vyrovnávají. Může to být ztráta partnera, blízkého člověka, zaměstnání a další. Nejen to, ale také rodina, sebepojetí a fáze vývoje mohou být aspekty ke vzniku obezity. Existencí těchto událostí se s tím potřebuje dotyčný vyrovnat a často volí k uspokojení vysoký příjem jídla, který vede k přejídání. (Owen, 2012)

Obezita pak může vyvolat u jedince celou řadu psychických problémů projev, které se projevují pocity diskriminace, izolace a neúčinnosti. Tyto pocity mohou nastat také, pokud u jedince není úspěšná léčba. (Hlúbik, Vosečková, 2002)

V případech, že se pocity izolace a méněcennosti projevují delší dobu, mohou ve spojení s nízkým sebevědomím vyústit v nechuť k sobě samému a svému tělu. To vše pak může vést k sociální fobii, kdy se člověk nestydí jen sám před sebou, ale bojí se vycházet na veřejnost a prezentovat se před ostatními. Častou reakcí je tedy uzavřenost před okolím a omezení aktivit. V důsledku toho se objevují potíže s navazováním sociálních kontaktů. (Marinov, Pastucha, 2012)

Mezi nejčastější doprovodný jev tohoto onemocnění považujeme deprese. V souvislosti s tímto psychologickým problémem se hovoří i o vzájemném působení obezity na depresi a naopak. U někoho vznikají depresivní stavy kvůli obezitě, u jiných je proces opačný, tedy deprese vedou k přejídání a ke vzniku obezity. (Marinov, Pastucha, 2012)

1.4.1 Sebepojetí

„Sebesystém (sebepojetí) je základním činitelem psychické regulace chování jedince. Uplatňuje se prostřednictvím složek, jako jsou sebeúcta, sebehodnocení, sebevědomí a sebedůvěra, reálné či ideální já (ego), vědomí osobní účinnosti (self-efficacy) apod.“ (Pugnerová, 2009, str.126)

Sebesystém zahrnuje také specifickou oblast tělesného sebepojetí, které se orientuje na vztah ke svému tělu. (Fialová, 2001)

Obecně self-concept vyjadřuje, jak se určitý jedinec vnímá z celkového hlediska. (Fialová, 2001)

Sebepojetí tedy tvoří několik následujících složek. Velmi důležitou roli má sebehodnocení. To je *„jádreem sebesystému (sebepojetí) a je charakteristické dvěma póly: spokojeností a nespokojeností se sebou samým.“* (Pugnerová, 2009, str.126) Jde o to, jak jedinec prožívá vědomě vlastní sociální pozici. (Hartl, 1993)

Hodnotící soudy, které jsou součástí sebehodnocení, jakožto postojové složky sebepojetí, se projevují emocemi hrdosti, spokojenosti, štěstí, ale i strachu, studu a nespokojenosti. (Pugnerová, 2009) Pokud je míra sebehodnocení adekvátní, dokáže člověk důvěřovat sám sobě a svým schopnostem. (Obereignerů, 2017)

Dalším prvkem sebepojetí je sebevědomí, což je dle psychologického slovníku *„vědomí vlastní ceny, kvalit a schopností a víra v ně a v budoucí výkony.“* Slovník také informuje o hraničních formách, kterými je na jedné straně nízké a na straně druhé příliš vysoké sebevědomí. (Hartl, 1993, str. 185)

V rámci této problematiky se často hovoří také o komplexu méněcennosti. K němu dochází vlivem poruch sebevědomí. Touto ideou se blíže zabýval celosvětově známý psycholog Alfred Adler. Lidé, u kterých se tento komplex vyskytuje, většinou vykazují jisté znaky, mezi kterými je především negativní vztah k vlastní osobě. Takoví jedinci se velmi často podceňují, myslí si, že nejsou tak schopní a šikovní. Připadají si neúspěšní, nejsou na sebe hrdí a neustále vidí absenci ve svých dobrých kvalitách a vlastnostech. (Kohoutek, 2009)

Součástí sebepojetí je i sebeúcta, která „vyjadřuje vědomí, že je jedinec dobrý, zná svou cenu a že ji znají i ostatní.“ Sebeúcta bývá nestabilní především v období dospívání v důsledku toho, zda jedinec prožívá úspěch či neúspěch. (Pugnerová, 2009, str.126)

Psychologie v souvislosti se sebeúctou zavádí pojem sebeláska. Ta je dle odborníků vstupní branou ke šťastnému životu, ke kladnému vztahu ke své osobě, otevřenosti ve vztahu k ostatním a celkově je podstatou zdravé psychiky. (Röhr, 2018)

Svou úlohu má v sebesystému také sebedůvěra. Ta se projevuje při běžných životních činnostech. Vyjadřuje, jak moc jedinec věří, že bude v dané aktivitě úspěšný. (Pugnerová, 2009)

Sebepojetí vzniká na základě mnoha faktorů, které na jedince působí a neustále se může přetvářet, měnit a formovat vlivem prostředí a vývojem osobnosti, a to po celý život člověka. Také má u každého jedince jinou podobu. Člověk si vytváří vlastní názor a postoj ke svému tělu podle toho, jak je přijímán, či odmítán ostatními. Dokáže chápat, jaké je jeho postavení ve společnosti a jaké má na tomto světě místo. Vyhodnocuje, zda je, či není se sebou spokojený na základě pocitů, které u něj převládají. (Obereignerů, 2017)

Sociální okolí stanovuje mantinely. To, jak je jedinec schopný dosáhnout určitého výkonu, neovlivňuje jen on sám, ale i to, jaké výsledky mají ostatní a on se musí s nimi porovnávat. (Fialová, 2007)

K velmi zajímavým poznatkům došel výzkum, který je popisován v knize Obézní planeta. Autoři studie se rozhodli zjistit, jaký je to pocit být obézní a jaký to může mít dopad na osobnost a psychiku jedince. Jednu ze svých hubených kolegyně převlékli do obleku, který vytvořil dojem, že má žena vysoký stupeň obezity. Největším překvapením pro herečku bylo to, že hůře se chovali staří lidé, oproti mladým dospívajícím, od kterých pohledy a narážky očekávala především. Celé toto své působení shrnula do výstižné věty: „*Jaké psychologické bariéry potřebují obézní lidé, aby přežili v takovém nepřátelském prostředí?*“ (Lewis, Leitch, 2017, str. 30)

Svou zkušenost ve výsledku popisuje slovy: „*Být obézní je pro mne lekcí zranitelnosti, kterou jsem nikdy před tím nezažila.*“ dodává Margaret, reprezentantka výzkumu. (Lewis, Leitch, 2017, str. 31)

Na základě výzkumu Dr. Collen Randove, který se věnoval tomu, jak se obézní dokážou se svým onemocněním vyrovnat a jaký mají postoj ke svému já, bylo zjištěno, že lidé, kteří dříve byli obézní a měli by obezitou trpět znova, již takovou nemoc nechtějí nikdy zažít. Dle svých výpovědí by si raději vybrali jinou nemoc. Například sluchové, zrakové nebo tělesné postižení. Z těchto výsledků vyplynulo, že se na tomto tvrzení shodlo cca 90 % dotazovaných. Takové číslo je enormní. Tito lidé mají pocit, že jim nikdo nepomůže, tak jako postiženým, u kterých je to běžný standard. (Lewis, Leitch, 2017)

1.4.1.1 Tělesné sebepojetí

Tělesné sebepojetí je klíčovým pojmem, který hraje v této práci důležitou roli. Pojem spadá pod obecné sebepojetí, ale je blíže specifikován na oblast: „*všech představ jedince, které mají vztah k jeho vlastnímu tělu*“, jak uvádí autorka Fialová. Hlavní složkou je tělesná hmotnost. (Fialová, 2001, str. 37)

Zahrnuje pocity a názory, které člověk chová ke svému tělesnému vzhledu, zdatnosti, výkonnosti a zdraví. Obzvláště v dnešní době je nazírání na tělo podrobováno těžké zkoušce sociálního okolí, neboť prudce narůstá náročnost populace na tělesné proporce. Žijeme v prostředí nadměrné kritičnosti a neustále jsou vyzdvihovány dokonalé tělesné proporce, jako je štíhlost, zdravý vzhled a celková dokonalost. (Fialová, 2001)

Tělo je symbol úspěchu a je hlavním ukazatelem, který o nás ledacos vypoví. Jaká je naše osobnost a chování si ostatní vydedukují právě z našeho vnějšího vyzářování. Naše tělo o nás totiž informuje až z 55 %. Zbytek o nás řekne to, jak se slovně prezentujeme. Již do 4 minut si o nás druhý dokáže vytvořit vlastní názor. (Fialová, 2007)

Tělesný vzhled spousta lidí považuje za vyjádření úspěšnosti, povahy a osobnosti člověka. Bylo i vědecky dokázáno, že tělo je obrazem, který umožňuje posoudit postavení člověka ve společnosti, jeho věk a pohlaví, vztah k okolí a jiné charakteristiky. (Fialová, 2001)

Rozdíl mezi muži a ženami v dosažení postavy snů představuje hlavně odlišný postoj k této situaci. Zatímco ženy lpí na dietách a radikálním hubnutí, muži upřednostňují nabírání svalové hmoty a chtějí dosáhnout síly a vypracovaného svalnatého těla. I u mužského pohlaví se dnes již běžně setkáváme s plastikami. (Fialová, 2007)

2 Obezita u dětí

V dětském věku se nejčastěji setkáváme s prostou obezitou. Ta se vyznačuje nepoměrem mezi tím, jaké množství energie dítě přijme a tím, jaké vydá. (Kunešová, 2016)

Čím vyšší je v dětství stupeň obezity, tím větší je pravděpodobnost, že se obezita projeví i v dospělosti. Dalším faktorem je, že čím vyšší je věk, ve kterém se obezita dostaví, tím větší je pravděpodobnost, že se objeví i v pozdějších letech. U dětí školního věku se tato pravděpodobnost pohybuje mezi 42-63 %. Celosvětově se také liší procento dětí s nadváhou a obezitou. Zatímco v Africe a Asii je hranice pod 5 %, v Evropě je situace vážnější. Zde je dětí s nadváhou a obezitou přibližně 20 % a v Americe dokonce 30 %. Ve věku 13-17 let mají v Evropě zhruba 4 % dětí obezitu a 16 % nadváhu. International Obesity Task Force (IOTF) zveřejnila výsledky výzkumu, které říkají, že nadváhu nebo obezitu má zhruba 155 milionů dětí po celém světě a obezitu má dokonce 30-45 milionů z nich. (Hainer a kolektiv, 2011)

I u dětí se v souvislosti s nadváhou a obezitou objevují problémy jak somatické, tak také psychické a sociální. Mezi somatická onemocnění se nejčastěji řadí hypertenze, kardiovaskulární onemocnění nebo ateroskleróza. Dále se často vyskytují potíže respirační, které je možné pozorovat při cvičení v podobě zkráceného dechu. Objevovat se může také spánková apnoe. Nejčastěji však obezita dětem brání v obratnosti a pohybu. Narušena bývá stabilita a rovnováha a děti pak působí těžkopádně. Na vzniku obezity u dětí se mohou výrazně podílet také rodiče svou výchovou. Nevedou dítě ke správné stravě a k pohybu. Takto špatně nastavené návyky si dítě přebere jako normu, a i v dospělosti má problém ji změnit. (Marinov, Pastucha, 2012)

2.1 BMI u dětí

BMI je možné měřit již u pětiletých dětí. V USA tuto metodu využívají dokonce i pro děti okolo 2.roku života. (Owen, 2012)

Vysoká hodnota BMI je často pozorována u těch, jejichž rodiče sami trpí obezitou či nadváhou a jejich BMI dosahuje také nadměrných hodnot. Je tedy dobře odvoditelné, že genetika v tomto případě hraje významnou roli. (Pařízková, Lisá, 2007)

Na rozdíl od často uváděných hodnot pro dospělé se výpočet u dětí liší. Využívá se u všech dětí a dospívajících až do dovršení 19 let věku. Vychází se z percentilových grafů a výsledky se odvíjí od věku. Dle grafů Celostátního antropologického výzkumu se rozlišuje nadváha u dětí, která je považována za hodnotu vyšší 90 percentil, přesněji hodnoty v rozmezí 85-95 percentil a obezita je klasifikována od 97 percentil a výše. Některé zdroje uvádí i hodnoty nad 95 percentil. (Kunešová, 2016; Owen 2012)

2.2 Obezita u dětí ve věku 11-15 let

V tomto životním období chce dítě jít po vzoru vrstevníků a začlenit se do sociální skupiny, proto i jídelní zvyklosti často odezírá z reklam nebo od kamarádů. Děti začínají s jídlem experimentovat. Často jako ostatní vrstevníci nakupují v automatech a bufetech nezdravá jídla. Nemají v tomto věku ani stanoven pevný jídelní řád. Jedí méně často, než je zdravé. To může vést k poruchám příjmu potravy. Důležité je v tomto věku i dodržování sportovního režimu. Optimálně by mělo dítě provozovat aktivní pohyb alespoň 30 minut denně. Tak se zabrání tomu, aby mělo příliš hodně času na sezení u televize, počítače nebo mobilu. U dětí okolo 15. roku věku, kdy se blíží nástup na střední školu, je již pozorovatelné, že jsou si vědomy fyzického a psychického zdraví, dokáží vyhodnotit kvalitu života, posuzují a uvědomují si, jaké efekty má pohybová aktivita na jejich tělo. Lépe se orientují ve vztazích a sociálních příležitostech. (Marinov, Pastucha, 2012)

Ministerstvo zdravotnictví v roce 2019 informovalo o výsledcích výzkumu olomouckých vědců, kteří se zaměřili na téma obezity u dětí ve věku 11-15 let. Bylo potvrzeno, že počet obézních dětí nebo dětí s nadváhou neustále pozvolna roste. Uvádělo se, že v tomto věku má nadváhu nebo obezitu již více jak pětina všech dětí. V České republice žije v současnosti 100 000 dětí, které trpí nadváhou a 30 000 dětí s obezitou. V procentech se dostáváme na hodnotu 6 % těch, které trpí obezitou a 15% dětské populace prokazuje nadváhu. K aktuálnímu stavu se vyjádřil také člen týmu výzkumníků z Univerzity Palackého v Olomouci

a konstatoval především fakt, že na obezitu trpí více chlapců, a to především ve věku 15 let. Celkově pochází děti s vysokou hmotností především z chudších rodin. U nich se objevuje tento problém až s 3x větší pravděpodobností. (MZČR, 2019)

2.3 Obezita a její vliv na psychiku dítěte

Psychosociální problémy obezity u dětí nejčastěji doprovází deprese a nízké sebevědomí. Jedinci se často setkávají se šikanou, což může vést k nechuti plnit školní docházku a účastnit se sociálních a školních aktivit. Často tak dochází i ke zhoršení výsledků ve škole. Psychické problémy bývají spojené i s přijímáním potravy v podobě přejídání a bažení. (Marinov, Pastucha, 2012)

Již v pěti letech dokáže dítě samo posoudit nejen to, jak vypadá ono samo a porovnává se s ostatními, ale začíná hodnotit také ostatní okolo sebe. Využívá slov jako je tlustý, nehezký, líný. A už v tak útlém věku umí diskriminovat otlé osoby. Například tak, že jim nerado pomůže, pokud to potřebují. Psychika prochází velmi zatěžkávající zkouškou, a to nejen v tom, že se dítě pere s tím, jaký přístup k němu má okolí, ale současně také ono samo se sebou není spokojené. Cítí vnitřní neklid. Zlobí se na sebe, připadá si neatraktivní a neschopné. Netuší, jak se k daným situacím postavit a je rozčarované. Rodiče se také nenachází v nejlhčí situaci. Ne vždy mají tušení, jak se jejich ratolest cítí. Neví, jak mu vyznávat oporu a co nejvíce ho podporovat. Velmi často se tak stává, že dítě tíhne spíše k věkově stejně starým vrstevníkům. Má pocit, že rodičům nerozumí a nechce přijmout jejich dospělé názory a postoje. (Celostní medicína, 2012)

Důležité je uvědomit si, že děti jsou velice rizikovou skupinou a je třeba u nich obezitu či nadváhu rozpoznat co nejdříve. I u dětí se často vyskytují deprese v souvislosti s onemocněním obezitou. V mnoha případech je nutné nasadit antidepressivní léčbu. Není však nikdy úplně jisté, zda bude léčba účinná. Může působit i negativně a ke zlepšení stavu nepomůže. I přesto je psychologické vyšetření prioritou, pokud možno v co nejučtějším stádiu, aby byly stresové stavy včas eliminovány a léčba byla co nejučtější. (Marinov, Pastucha, 2012)

2.3.1 Sebepojetí u dětí

Počátky sebepojetí je možné pozorovat již okolo třetího roku. Dítě začne chápat rozdíl mezi svou osobou a osobou matky, což se projevuje obdobím vzdoru. Tím se tak utváří jeho vlastní osobnost. Přesto však je rodina úplně prvotním prostředkem, který dítěti zprostředkovává informace z okolního světa. Je také nejdůležitějším základem toho, jaké osobnostní vlastnosti dítě má a jaký je jeho psychický stav na základě toho, jaké výchovné metody a prostředky rodiče užívají a jaké panují v rodině vztahy. (Obereignerů, 2017)

Samozřejmě poznatků přibývá s narůstajícím věkem, dítě začne navštěvovat školku a školu a získává podněty nejen od příbuzných a od dospělých jako je učitel, ale i od spolužáků a vrstevníků. Začíná se s nimi srovnávat. (Ludmila Fialová, 2001)

Sebeúcta se začíná utvářet u dětí už od narození a následně především během prvních šesti let. Podstatou je vážení si sebe sama, kladný vztah ke své osobě a schopnost se mít rád. (Röhr, 2018)

Velmi výstižné je motto, které uvádí autor knihy Sebeúcta u dětí, které říká, že „Člověk může být dobrý, jen když věří, že dobrý je.“ (Röhr, 2018, str. 72)

Děti s nízkou sebeúctou často vykazují známky pocitů nedostatečnosti. Lze to u nich pozorovat na základě několika určitých znaků, kterými se prezentují navenek. Obvykle se zdržují samy v pozadí od ostatních spolužáků nebo vrstevníků. Z jejich mluveného projevu jsou zjevné známky pochyb o sobě samých, nemají k sobě pozitivní vztah, hodnotí se povětšinou negativně větami typu, že nejsou hezcí, že nemají dostatečnou výkonnost. Neustále mají pocit, jestli nemohly udělat něco lépe. (Röhr, 2018)

„Za nejsilnější prediktor úrovně sebehodnocení v období od dětství do rané adolescence je považována rodičovská opora.“ Má-li dítě nízkou míru sebehodnocení, projevují se u něj pocity obav, že něco nedokáže, nemyslí optimisticky a nevěří, že se mu podaří nějaký úspěch. V případě, že se objevuje příliš nízké sebehodnocení, dochází často k pocitům tzv. naučené bezmoci. S tím dochází ke snížení motivace, k podceňování se a velmi silně se projevují negativní pocity a úzkost. (Obereignerů, 2017, str. 67)

Dle obezitologů Pastuchy a Marinova se u obézních dětí velmi často setkáváme se ztrátou sebevědomí. Začíná se u nich měnit přístup k okolnímu světu. Vzhledem k neustálým narážkám a výsměchům se dítě začíná stahovat do ústraní, nechce tolik vystupovat mezi vrstevníky jako ostatní a často se do sebe uzavírá. To však opět negativně ovlivňuje to, aby u něj docházelo k úbytku hmotnosti, protože je raději zavřený doma a věnuje se spíše sedavým činnostem a pomalu ztrácí tendenci vykonávat nějaký sport a pohybovou aktivitu. U některých jedinců, kteří se izolují od svých vrstevníků s normální vahou a vyrůstají doma mezi obézními příbuznými, vlastně v nadváze nevidí nic špatného, právě naopak jsou vedeni tak, že je to v pořádku, tudíž dítě ani po změně netáhne. (Marinov, Pastucha, 2012)

2.3.1.1 Vývoj sebepojetí ve starším školním věku

Období staršího školního věku je odborníky označováno také jako fáze pubescence a je vymezeno přibližnou věkovou hranicí 11-15 let. Je to úsek v životě dítěte, kdy ono samo nalézá osobní identitu, pod níž řadíme i sebepojetí. Sřetávají se v tomto věku jak změny tělesné a sociální, tak především i ty emoční. Typické jsou neustálé náhlé změny chování. Spousta odborníků se domnívá, že k poklesu sebehodnocení dochází okolo 12. roku a zhruba v 15. roce se situace začíná dostávat opět do normálu a sebehodnocení se zvyšuje. Největší změny v sebepojetí jsou vnímatelné právě v období staršího školního věku. Tuto etapu popisuje také známý psycholog Erikson, který ji hodnotí jako měnící se postoj dospívajícího k sebeoceňování a sebevědomí, neboť významnou roli představuje hledání vlastní identity. Sebeúcta je především v období pubescence velmi náchylná a zranitelná. Sebeúcta se odvíjí od sociálních faktorů, postavení ve skupině a přijetí vrstevníky. Významným pojmem se stává sebekritičnost. Dítě je emočně labilní, je velmi přecitlivělé a celkově nejisté. *„Fyzický vzhled a tělové schéma (body image) mají vliv na vývoj identity. Jsou součástí sebe prezentace. Tělesné schéma zahrnuje mentální představu o svém těle, ale také pocity a myšlenky i vztah s tělem související.“* (Obereignerů, 2017, str.56, Vágnerová, 2014)

Nejvíce si v tomto věku připouští posuzování a názory druhých (především vrstevníků) na svou osobu. Je na to velice náchylné, a to jak na verbální, tak i neverbální projevy od okolí. Zde je využíváno dokonce speciálního psychologického pojmu, který se nazývá fenomén

zrcadlového Já. Uvnitř každého dochází ke zpracování poznatků a názorů, které mají ostatní na naše chování, vystupování, vzhled a poté dochází k tvorbě vlastního úsudku o sobě. (Obereignerů, 2017)

Velmi často si dítě pokládá otázku, zda je dostatečné. Trápí ho, jestli je přijímáno sociální skupinou. Dospívající řeší, jak vypadají, jsou kritičtí ke svému vzhledu a považují se za nedokonalé a méněcenné. Velmi zajímavým poznatkem je, že více kritizované a šikanované bývají ty děti, které samy o sobě pochybují, nemají silnou vůli a tím, že takové signály vydávají do světa, okolí je vycítí a snadno jich zneužije. Pokud na sebe obézní jedinec nahlíží pozitivně a vyzařuje silnou osobnost, málokdy se vrstevníci pustí s někým takovým do konfliktu. Cílí totiž především na slabé povahy. (Röhr, 2018)

2.3.1.2 Odlišnost sebepojetí u dívek a chlapců

V rámci tělesného sebepojetí je nespokojenost spojená se vzhledem dle odborníků pozorovatelná u dívek zpravidla už kolem 8. roku. Velmi zásadní je období dospívání. Vyznačuje se výraznými změnami v proporcích těla a celkovou proměnou v dospělého člověka. O to více se dívky o svou postavu bojí. Navíc vzhled je v tomto období pro dívky prioritou. 13-16 let je věk, ve kterém je většina dívek se sebou nespokojená. Že je nátlak na ženy opravdu velký, dokazuje i stále zvyšující se počet plastických operací. I přesto, že u mužů jsou vizuální změny více akceptovatelné, i u nich se začíná v poslední době klást důraz na vzhled, a to především v poměru svalů na těle. U chlapců je pozorovatelné vnímání tělesných odchylek už kolem 5. roku. U mužů je nespokojenost sice méně častá jako u žen, i přesto v hojně míře především v pubescenci. (Fialová, 2007)

Dle poznatků Davisona a Bircheho, lze pozorovat odlišnost v sebehodnocení u dívek normální váhy a dívek plnoštíhlých dokonce již v 5. roce života. Dále bylo zjištěno, že s vlastními tělesnými proporcemi jsou nespokojené častěji dívky než chlapci. U chlapců je totiž postoj k nadváze naopak chápán pozitivně, jako výhoda ve větší fyzické síle. Byla vyzorována i odlišná fakta o obezitě u dívek a u chlapců. U chlapců je zaznamenána mnohem větší přístupnost ke sportu a k pohybové aktivitě než u dívek, a to také napomáhá při jejich léčbě, kdy jsou schopni docílit lepších výsledků než dívky. (Fořt, 2004)

Jak se sebehodnotí obézní dívky a chlapci, bylo předmětem zkoumání olomouckých vědců. Cílem bylo zaměřit se na body image u dětí. Ze statistik vyplynulo, že 41 % chlapců se vůbec nepovažuje za obézní a 29 % dívek nevidí na své vysoké hmotnosti žádný problém. (MZČR, 2019)

2.3.1.3 Sebepojetí obézního dítěte ve školním prostředí

Z mnoha provedených statistik je možné vyvodit zásadní závěr a sice, že nadváha nebo obezita mají obrovský vliv na dítě, jeho výkon ve škole a také na prospěch. Velmi často se u takových dětí učitelé setkávají se zvýšenou absencí ve vyučování. (Pařízková, Lisá, 2007)

To, jak žák vnímá sám sebe a své postavení ve třídě, velmi ovlivňuje také jeho chování na půdě školy. Vzhledem k tomu, že obézní děti jsou velmi často terčem posměchu a šikany ze strany spolužáků, klesá jejich sebevědomí natolik, že je možné u nich pozorovat dokonce fobie z některých činností. V souvislosti s obezitou hovoříme například o dysmorfobii, kdy je dítě v neustálém stresu a trpí obavami z reakcí vrstevníků. To způsobuje nepříjemné stavy úzkosti a méněcennosti. Nastane-li situace, že má tento žák absolvovat výstup u tabule před ostatními, dostaví se obrovská tréma a odpor k přednášení před davem lidí, který mu neustále nějak ubližuje. Tento, ve školním prostředí častý, problém označujeme jako kakotechnofobii. Neustálé napětí a nátlak ve třídě vede až k neurotickým reakcím. Ty jsou spojeny s omezováním školní docházky. Jedná se o tzv. školní fobii. Všechny tyto projevy je třeba brát s rezervou, protože ne u všech obézních dětí se vyskytují. Důležitým faktorem je především osobnost dítěte, jeho vnitřní vůle, motivace, postoj k životu i ke svému tělesnému schématu a to, jak dokáže tyto překážky překonávat. (Pařízková, Lisá, 2007)

Hodina tělesné výchovy je pro děti s nadváhou jednou z nejobtížnějších vůbec. Obézní žák má většinou velmi nízké sebevědomí, je kritický ke svému tělu a svým pohybovým či jiným výkonům. Začíná to již v šatnách, kde se bojí narážek při převlékání a pokračuje to v samotné tělocvičně, kdy má dítě problém zvládat stejné úkony jako spolužáci. Učitel hodin tělesné výchovy by měl poskytnout takový přístup, aby každé dítě mohlo být úspěšné. To v něm probudí motivaci a pozitivní přístup k pohybu. Marinov uvádí, že „*je nutný citlivý přístup*

k jednotlivým žákům podle jejich tělesné zdatnosti, umožňující každému dítěti těšit se z pohybu a získat sebevědomí bez ohledu na úroveň svých pohybových dovedností nebo talentu.“
(Marinov, 2011, str.66)

3 Léčba obezity

Léčba obezity je komplexní přístup zaměřující se na zmírnění nebo odstranění obezity a je tvořena celou řadou oblastí, na které je potřeba se zaměřit. Léčba probíhá ambulantně, kdy děti spolu s rodiči navštěvují pediatra či obezitologa a k terapii dochází formou konzultací. U vážných stavů, kdy obezita dosahuje dle BMI nejvyšších stupňů, bývají pacienti lékařem posíláni na léčebný pobyt do lázní. Ten může být nasazen u daného jedince i několikrát. (Marinov, Pastucha, 2012)

Z lékařského hlediska se řeší problematika jídelních zvyklostí nebo potřeba zvýšení tělesné aktivity. Vedle toho je velmi důležitou součástí léčby také psychologická terapie. Úspěšnost léčby se odvíjí především od její délky. Terapie by měla být dlouhodobá a musí se jí účastnit také rodina. Pokud tomu tak není, je léčba neefektivní. Celkově je proces léčby velmi zdoluhavý a náročný. To jak pro dítě, tak i pro rodiče. Všichni musí být informováni, že změny bývají pozvolné a nenastanou hned. Rodina musí být dítěti příkladem. (Marinov, Pastucha, 2012)

Kromě motivace je důležité stanovit cíle, kterých je potřeba dosáhnout. Ty musí být reálné a adekvátní danému jednotlivci. Pokud jsou nepřiměřené a přeceněné, jedinec začne pociťovat obrovský tlak a efekt se stává opačným. U pacienta se začne projevovat negativní postoj k léčbě, cítí se být neschopný, nedokáže plnit požadavky léčení a vlivem toho se u něj dostaví depresivní stavy a následně to opět negativně ovlivní jeho chování a pod vlivem stresu začne konzumovat velké množství jídla. (Hainer a kolektiv, 2011)

Důležitá je při léčbě obezity také role psychologa, který s pacientem úzce spolupracuje, a to buď již při ambulantní léčbě, tak především při pobytu v lázních. V rámci terapie je nutné zaměřit se na podněty, které vedly ke vzniku onemocnění. Základní úloha psychologa v problematice dětské obezity spočívá ve zkoumání životních, rodinných nebo sociálních faktorů, které za vznikem stály. Zjišťuje, jaké je postavení dítěte mezi spolužáky ve škole, zda jedinec musí často čelit stresovým situacím, jestli je náchylný nebo vykazuje známky náchylnosti k depresivním stavům či jiné patologii. Zajímá ho nevhodné stravování a přejídání. O všech těchto věcech musí být psycholog obeznámen, aby mohl nastavit nejúčinnější typ léčby. Musí také zanalyzovat míru motivace pacienta ke změně životního stylu. Dalším

důležitým aspektem je na základě osobnosti pacienta zvolit individuální nebo skupinovou psychologickou léčbu. Vždy je samozřejmě lepší, pokud jedinec pracuje ve skupině, kde má větší podporu a motivaci od ostatních. (Hainer a kolektiv, 2011; Svačina, Bretšnajdrová, 2008)

Na somatickou a dietologickou stránku se nahlíží jako na podpůrný prostředek. Za hlavní metodu využívanou při léčbě obezity především u dětí je považována kognitivně-behaviorální terapie. (Marinov, Pastucha, 2012)

„Kognitivně behaviorální teorie vychází z teorie, že příčinou obezity je nevhodné chování (chybné stravovací a pohybové návyky) a myšlení, které je naučené a udržované vnějšími a vnitřními faktory.“ Tato terapie se tedy zaměřuje především na chování jedince. Klade si za cíl patologické projevy chování u jedince změnit, nejlépe pak úplně odstranit. (Hainer a kolektiv, 2011, str.231)

Součástí terapie je usměrňování sebekontroly pacienta. Docílit, aby jeho postoj k životnímu stylu nabyl správného směru. Spolupráce není jen s obézním, ale zaměřuje se i na členy jeho rodiny. (Marinov, Pastucha, 2012)

3.1 Lázeňská léčba obezity

Lázeňská léčba dětské obezity se u nás poprvé objevila v 60. letech 20.století. Jako úplně první lázně zaměřené na toto onemocnění byly otevřeny v Bludově a Sadské v letech 1968-1969. Na léčbu mohou nastoupit děti ve věkovém rozmezí 3-18 let. Velmi zásadní je především u dětí s touto diagnózou začít je léčit včas, aby dopad na tělesné a psychické funkce byl co nejmenší. Spousta malých dětí považuje nástup na takový pobyt jako trest a myslí si, že nemají žádné pochopení, a že rodiče a lékaři je nutí. To je třeba jim zavčas vymluvit. Musí vědět, že je to konáno pro jejich dobro a pomůže jim to. Proces léčby má pak větší šanci být účinný a spolupráce s dětmi je snazší. Lepší postoj k léčení projevují starší děti, obzvláště pak v období dospívání. Mají mnohem větší motivaci a snahu pro změnu. Zásadní funkci má absolvování léčebného kurzu ve skupině většího počtu dětí, které jím společně prochází po celou dobu. Lázně jsou dokonce vybavené také třídami plnicími funkcí základní školy. Žáci tak nepřichází o poznatky z učiva. (Marinov, Pastucha, 2012)

Program se snaží cílit spíše na dlouhodobé postupné změny, které nejsou ihned viditelné, dostaví se časem, ale mají mít trvalejší výsledky. Komplexnost umožňuje soustředit se během procesu nejen na redukci váhy formou upravené stravy a konáním pohybových aktivit, ale důraz je kladen i na psychoterapii. Ta může být jak individuální u závažnějších případů, tak i skupinová. (Zdraví euro, 2002)

Za nejúčinnější jsou považovány léčebné programy o minimální délce 6 týdnů. Takto dlouhé turnusy jsou ideální k tomu, aby si dítě dokázalo osvojit nový režim a přijmout správné stravovací návyky a pravidelnost pohybových aktivit. Už samotný režim těchto aktivit si děti osvojují minimálně 14 dnů. Celkový proces je tedy poměrně dlouhý. Za úspěch se ale při léčbě považují i malé pokroky. I dítě pochopí, že se z něj za pár dní nestane hubený člověk. Snížení hmotnosti už jen o 10 % je lékaři považováno za výborný výsledek. Je potřeba ale dítě vést k dlouhodobému záměru ve změně kvality života. Pouhý pobyt v lázních nemusí predikovat trvalé změny. Je důležité, aby dítě i nadále docházelo na ambulantní konzultace, a především je třeba, aby jej rodiče vedli v dodržování nového režimu. (Marinov, Pastucha, 2012)

3.1.1 Státní léčebné lázně Bludov

Lázně Bludov jsou jedny z mála v České republice, které jsou zaměřeny na léčbu dětské obezity. Patří taky mezi ty nejstarší, které se na tuto oblast zaměřují. Díky tomu, a hlavně díky vysoké míře úspěšnosti léčby se staly velmi známými. (Marinov, Pastucha, 2012)

Komplexnost léčby je orientována jak na dietologii a zvýšenou pohybovou aktivitu, tak také na psychoterapii. Do léčby začleňují také spolupráci s rodiči dětí, která je velmi důležitá. Rodičům jsou tak nabízena sezení, která pojednávají o zdravém stravování a možnostech, jak vést děti ke zdravému stylu. Lázně se snaží především docílit dlouhodobých výsledků. Cílem nejsou jen okamžité viditelné změny, ale především ukázat dětem, jaký postoj k sobě mají mít do budoucna. Zaměřují se na 3 zásady, jak naučit děti i rodiče zbavit se původních špatných zlovyků, a to formou psychické podpory, dostatku pohybu a vyvážené stravy. (Lázně Bludov, 2016)

Léčba je určena pro děti ve věku 3-18 let. Její délka je 28 dnů, ale je možné ji na žádost lékaře prodloužit o týden. Jednotlivé oblasti terapie se uskutečňují individuálně ke každému jedinci. (Marinov, Pastucha, 2012; Lázně Bludov, 2016)

Turnus probíhá tak, že děti přijedou do lázní a nejprve musí projít vstupním měřením pomocí In-Body přístroje, který poskytne informace o složení jejich těla. Stejně tak i na konci měsíčního pobytu podstupují děti toto měření, aby bylo možné porovnat výsledky a stanovit, zda proběhla změna. Na začátku pobytu je vytvořen také optimální jídelníček a plán, jak často a jaké pohybové aktivity děti čekají. V rámci pohybových aktivit se účastní plavání, skupinových lekcí cvičení v bazénu, jízdě na koloběžkách v letních měsících, spinningu, pravidelně každý den také terénní chůze a dalších.

Kromě pohybových aktivit se děti účastní také besed a přednášek pod vedením psychologa, které jsou buď skupinové nebo individuální. Individuální většinou u jedinců, kteří již v průběhu ambulantní léčby dlouhodobě využívají psychoterapii.

Dále s nimi pořádá přednášky také nutriční poradce, který radí, jaké zásadní chyby děti v jídelníčku dělají a pomáhá jim sestavit nový, popřípadě radí v oblasti fyzických aktivit. (Owen, 2012)

Je důležité dětem představit nové stravovací plány, motivovat je k pozitivnímu pohledu na pohybové aktivity a probudit v nich pocity, že si sebe váží, a že se mají mít rádi. Podstatou je zvýšení sebevědomí a nalezení duševní rovnováhy.

Během pobytu se také děti pravidelně váží a vedou si poznámky, které pak mohou využít i doma po skončení terapie. Komplexní léčby se v lázních účastní psycholog, nutriční terapeut, doktor, lidé zaměřující se na pohybovou aktivitu, ale také učitelé. I Lázně Bludov totiž disponují třídami, kde se děti v průběhu pobytu vzdělávají, aby nepřišli o školní docházku.

Tyto léčebné lázně navštěvuji často v rámci různých kulturních akcí, které pořádají. Proto se také staly místem mého výzkumu, kde jsem oslovila během dvou turnusů celkem 31 dětí, které se podílely na mém výzkumném šetření k této práci.

II Praktická část

V praktické části této práce jsou shrnuty veškeré poznatky získané během výzkumného šetření.

4 Přehled hlavních teoretických a praktických problémů práce a její cíle

Obezita je chronické onemocnění, které s sebou nese problémy somatické, sociální a psychické. (Svačina, 2002)

V současnosti trpí v České republice obezitou 20 % mužů, 18 % žen a 6 % dětí a dospívajících. Vzhledem k tomu, že je obezita onemocněním nejen tělesným, ale i duševním výrazně tak ovlivňuje nejen zdravotní, ale i psychický stav jak dospělých, tak dětí. (Hainerová, 2009; Svačina, 2002; Málková, 2014)

Obézní lidé často trpí psychickými problémy, projevujícími se pocity neschopnosti, izolace, diskriminace a neužitečnosti. (Hlúbik, Vosečková, 2002)

Toto onemocnění má významný dopad na sebepojetí jedince. Sebesystém je totiž „základním činitelem psychické regulace chování jedince.“ (Pugnerová, 2009, str.126) Vyjadřuje, jak se jedinec vnímá jako celek. (Fialová, 2001)

Vyvíjí se již od 3.roku života. Formuje se na základě mnoha faktorů, vlivem prostředí a vývojem osobnosti po celý život. Největší změny v sebepojetí jsou vnímatelné v období staršího školního věku 11-15 let. Nejvíce si v tomto věku dítě připouští posuzování a názory druhých a také je to období hledání vlastní identity. Jedinci jsou v tomto věku obzvláště kritičtí ke svému vzhledu a tělesným proporcím. (Obereignerů, 2017; Röhr, 2018)

Zda je se sebou člověk spokojený, či nespokojený je projevem sebehodnocení. (Pugnerová, 2009; Obereignerů, 2017)

Míra sebevědomí je projevem toho, jak jedinec hodnotí vlastní cenu, zda dokáže ocenit své kvality a zda věří, že je schopný a dokáže dělat určité úkony stejně dobře jako ostatní. (Hartl, 1993)

Sebepojetí obsahuje také specifickou oblast tělesného sebepojetí. Zahrnuje pocity a názory, které člověk chová ke svému tělesnému vzhledu, zdatnosti, výkonnosti a zdraví. (Fialová, 2001)

Bylo zjištěno, že s vlastními tělesnými proporcemi jsou nespokojené častěji dívky než chlapci. U chlapců je totiž postoj k nadváze naopak chápán pozitivně, jako výhoda ve větší fyzické síle. Naopak u chlapců je zaznamenána mnohem větší přístupnost ke sportu a k pohybové aktivitě než u dívek, a to také napomáhá při jejich léčbě, kdy jsou schopni docílit lepších výsledků než dívky. (Fořt, 2004)

Řešením obezity je léčba, jakožto komplexní přístup zaměřující se na zmírnění nebo odstranění otylosti. Probíhá nejčastěji ambulantně, konzultacemi s pediatrem nebo obezitologem. Léčba se neorientuje jen na somatickou a dietologickou oblast, ale především na psychoterapii. (Marinov, Pastucha, 2012)

Prevalence nadváhy se v současné době sice mírně snižuje, naopak stále více se u dospělých i u dětí vyskytují vyšší stupně obezity. (Hainer, 2011)

V těchto závažných případech je nutné nasadit kromě ambulantní léčby také terapii v lázních. Takový pobyt trvá zpravidla měsíc, avšak za nejúčinnější jsou považovány turnusy o minimální délce 6 měsíců. Pobyty bývají ve skupinách a je cíleno na dlouhodobé postupné změny. (Marinov, Pastucha, 2012)

Záměrem mé práce proto bylo, zaměřit se na sebepojetí obézních dívek a chlapců staršího školního věku, kteří podstupují měsíční lázeňský léčebný program ve Státních léčebných lázních Bludov.

V práci byly stanoveny tyto cíle:

1. Zjistit, zda léčebný pobyt v Lázních Bludov ovlivnil sebepojetí dětí.
2. Porovnat, zda se případná změna sebepojetí liší u dívek a chlapců.
3. Zda existuje souvislost mezi Rosenbergovou škálou a škálou zdraví.

Na základě získaných informací o dané problematice byla stanovena následující hypotéza:

H0: Čtyřtýdenní lázeňský pobyt není dostatečně dlouhý pro získání změn v sebepojetí u obézních dětí.

5 Popis zkoumaného souboru

Pro účely výzkumu bylo osloveno celkem 31 respondentů. V prvním turnusu dotazníky vyplnilo 20 respondentů, ve druhém turnusu bylo dotazováno 11 respondentů. Návratnost dotazníku byla 100 %. Dotazníky byly vyplňovány dětmi, které podstupovaly měsíční lázeňský léčebný program proti obezitě ve Státních léčebných lázních Bludov.

Výzkumný soubor tvořili respondenti staršího školního věku. Většina splňovala věkovou hranici 11-15 let, tedy požadovaný věk korespondující s cílem práce. Výjimkou byl jeden respondent desetiletý a jeden sedmnáctiletý. Průměrný věk dotazovaných je 12,7 let. Nadpoloviční většina respondentů jsou chlapci. Nadpoloviční většina dotazovaných bydlí na venkově.

Tabulka 1 - Pohlaví respondentů absolutní a relativní četnost pro celý soubor (N=31)

Pohlaví	absolutní četnost	relativní četnost
dívky	12	39 %
chlapci	19	61 %

Tabulka 2 - Věk respondentů absolutní a relativní četnost pro celý soubor (N=31)

Věk	absolutní četnost	relativní četnost
10 let	1	3 %
11 let	5	16 %
12 let	8	26 %
13 let	9	29 %
14 let	5	16 %
15 let	2	7 %
17 let	1	3 %

Tabulka 3 - Bydliště respondentů absolutní a relativní četnost pro celý soubor (N=31)

Bydliště	absolutní četnost	relativní četnost
město	14	45 %
venkov	17	55 %

6 Aplikovaná metodika

Pro získání potřebných údajů byly použity dvě dotazníkové metody

1. Rosenbergova škála sebehodnocení
2. Dotazník demografických údajů se škálou zdraví

Dotazník demografických údajů slouží k mapování demografických dat o zkoumaném souboru, jako je pohlaví, věk, místo bydliště (město, venkov) a posouzení svého zdraví respondentem. Součástí něj byla také škála zdraví.

Tento dotazník sloužil jako podpůrný prostředek k hlavní dotazníkové metodě, kterou je Rosenbergova škála sebehodnocení, aby mohlo dojít k následnému propojení získaných dat.

Rosenbergova škála sebehodnocení

Hlavní formu celého šetření zaujal dotazník Rosenbergovy škály sebehodnocení, na jehož základě jsou stavěny výsledky výzkumu. Je tedy nejdůležitějším článkem této práce.

Skórování je v podobě Likertovy škály. Ta bývá využívána k hodnocení názorů a postojů dotazovaných a je složena z několika výroků (otázek). Rosenbergova škála je tvořena 10 otázkami, zaměřujícími se na to, jaký postoj má respondent k sobě samému. Tvrzení jsou úmyslně rozdělena do dvou skupin. Pět z nich je položeno pozitivně. Mezi ně patří tvrzení číslo 1, 3, 4, 6, 8. Dalších pět má negativní ráz a jsou to následující: tvrzení číslo 2, 5, 7, 9 a 10. Odpovědi jsou uspořádány v podobě stupnice, která je určena stupněm souhlasu či nesouhlasu. Na výběr měli respondenti z možností: úplně souhlasím, částečně souhlasím, částečně nesouhlasím, nesouhlasím.

Každé tvrzení je možné ohodnotit body 0-3 v závislosti na odpovědi respondenta zvolené ze 4 nabízených možností. Celkově může respondent po vyhodnocení celého dotazníku obdržet 0-30 bodů. Přičemž výsledek 0 bodů říká, že jeho sebehodnocení je na nejnižší, tedy nejhorší možné úrovni. Dosažení 30 bodů je naopak výsledkem nejvíce pozitivním a informuje nás o skvělém psychickém stavu jedince, jeho nejvyšší kladné míře sebehodnocení a celkově o výborném stavu sebepojetí u dotazovaného.

Podoba Rosenbergovy škály:

1. Mám pocit, že si uchovávám svoji osobní důstojnost nejméně v takové míře jako většina ostatních lidí.
2. Jsem vždy náchylný(á) považovat se za neúspěšného člověka.
3. Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností.
4. Jsem schopný(á) dělat mnoho věcí stejně dobře jako ostatní.
5. Zdá se mi, že nemohu být u sebe na nic zvláštního hrdý(á).
6. Mám k sobě dobrý vztah.
7. Chtěl(a) bych si sám(sama) sebe více vážit.
8. Jsem se sebou vcelku spokojený(á).
9. Občas jasně pocítuji svoji neužitečnost.
10. Někdy si myslím, že jsem naprosto neschopný(á).

Dotazníkové šetření proběhlo v rámci léčebného programu ve Státních léčebných lázních Bludov v průběhu od 25.10.2019 do 11.2.2020. Výzkum se uskutečnil ve dvou turnusech a vždy ve dvou fázích. Při nástupu nového turnusu dětí na terapii, která trvá jeden měsíc, jim byl hned druhý den předložen dotazník Rosenbergovy škály a současně s ním také dotazník demografických údajů pro budoucí účely doplnění informací v rámci vyhodnocování. V poslední den turnusu při odjezdu byl stejným respondentům dán k vyplnění Rosenbergův dotazník za účelem zjištění odlišnosti odpovědí u stejných osob na počátku a na konci léčby, a tedy k následnému posouzení efektivnosti měsíční terapie.

Všechny výzkumné metody byly respondentům předány k vyplnění osobně v tištěné formě. Vyplňovány byly anonymně, formou přidělení identifikačního čísla každému respondentovi. Stejně číslo tak použili při vyplňování nástupního dotazníku a koncového dotazníku. Na základě identifikačního čísla bylo při vyhodnocování dotazníků možné přiřadit k sobě ty dva dotazníky od každého respondenta, které k sobě náleží a porovnat tak jeho odpovědi. Všechny úkony byly prováděny pod vedením zdravotní sestry.

6.1 Použité statistické metody

Pro zjištění cílů a ověření hypotézy byl použit dvouvýběrový párový t-test. Ten se využívá k porovnání výsledků na začátku a na konci nějaké aktivity. V našem případě, zda se něco změnilo vlivem léčby. Dále byl použit také Pearsonův korelační koeficient.

Dvouvýběrový párový t-test byl využit pro zjištění rozdílu mezi sebehodnocením v prvním měření a ve druhém měření. Pro zjištění rozdílu mezi mírou sebehodnocení chlapců a dívek byl použit t-test pro rozdíl výběrových průměrů.

Součástí demografického dotazníku byla také škála zdraví obsahující 10 bodů. Na ní měli respondenti zvolit polohu-číselnou odpověď na základě toho, ke kterému tvrzení se více přiklánějí. Zda si myslí, že je jejich zdraví vynikající nebo špatné. Krajní pozice jsou určeny protikladnými pojmy v podobě těchto přídavných jmen. Z výsledků vyplývá, že největší část respondentů se přiklání k tomu, že jejich zdraví je spíše špatné.

Pearsonův korelační koeficient posloužil pro prokázání statistické souvislosti mezi mírou posouzení zdraví a sebehodnocením. Všechna zjištěná data byla následně zpracovávána v programu Excel a zanesena do tabulek.

7 Výsledky práce

Všechny výpočty a výsledky dotazníkových metod jsou znázorněny ve formě tabulek, ve kterých je zaznamenána absolutní četnost, tedy počet respondentů, kteří zvolili danou odpověď a relativní četnost znázorňuje v %, jaká část z celkového souboru N=31 respondentů odpovídá dané kategorii.

7.1 Vyhodnocení míry sebedůvěry v prvním a druhém měření

Ke zjištění bodového rozdílu míry sebedůvěry mezi 1. a 2. měřeními byla vyhodnocena Rosenbergova škála tvořena 10 výroky u každého dotazovaného z celého souboru 31 respondentů nejdříve v 1. měření a následně ve 2. měření. Výsledky znázorňují následující dvě tabulky.

Tabulka 4 - Vyhodnocení Rosenbergovy škály pro 1. měření pro celý soubor (N=31)

poř.č. dítěte	1.testování Výrok 1	1.testování Výrok 2	1.testování Výrok 3	1.testování Výrok 4	1.testování Výrok 5	1.testování Výrok 6	1.testování Výrok 7	1.testování Výrok 8	1.testování Výrok 9	1.testování Výrok 10	SUMA 1. testování
1	2	2	1	2	2	3	2	2	1	1	18
2	1	2	2	1	3	3	0	3	3	2	20
3	2	3	3	3	1	3	2	3	1	3	23
4	1	2	0	2	1	0	0	1	3	3	13
5	3	3	2	3	3	3	2	3	2	0	24
6	1	2	2	1	1	1	1	0	0	0	9
7	2	0	1	2	0	1	1	0	0	0	7
8	3	1	3	0	3	0	3	3	1	0	17
9	1	1	2	1	1	3	0	2	0	1	12
10	3	3	3	3	2	3	0	0	2	3	22
11	3	2	2	2	2	3	0	3	1	0	18
12	3	2	1	2	1	3	1	2	2	0	17
13	2	2	2	2	1	3	3	3	2	3	23
14	1	3	1	1	1	1	1	2	3	0	14
15	2	0	2	2	0	2	0	2	0	0	10
16	2	2	3	2	3	2	0	1	1	2	18
17	2	0	3	2	0	3	0	1	0	0	11
18	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	15
19	1	2	0	2	1	0	0	1	3	3	13
20	2	1	3	2	3	3	0	3	1	0	18
21	3	2	2	1	1	3	2	1	1	0	16
22	2	1	2	3	1	2	1	0	1	1	14
23	2	1	2	2	2	1	2	2	0	0	14
24	2	1	2	3	2	3	0	2	0	1	16
25	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	20
26	3	2	2	3	1	3	1	3	1	1	20
27	2	1	1	2	3	2	1	2	1	0	15
28	2	1	2	2	1	3	3	2	2	2	20
29	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	14
30	2	1	2	2	1	2	1	2	1	3	17
31	2	1	3	2	3	2	1	2	1	1	18

Z prvního měření sebehodnocení metodou Rosenbergovy škály vyplývá, že střední hodnota vypočtena ze sumy prvního testování pro celý soubor N=31 respondentů je 16,32.

Tabulka 5 - Vyhodnocení Rosenbergovy škály pro 2.měření pro celý soubor (N=31)

poř.č. dítěte	2.testování Výrok 1	2.testování Výrok 2	2.testování Výrok 3	2.testování Výrok 4	2.testování Výrok 5	2.testování Výrok 6	2.testování Výrok 7	2.testování Výrok 8	2.testování Výrok 9	2.testování Výrok 10	SUMA 2. testování
1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	18
2	2	3	2	1	3	3	0	3	2	1	20
3	3	3	3	2	3	3	0	3	3	3	26
4	3	0	2	1	0	0	3	2	0	1	12
5	3	3	3	2	3	3	3	2	0	0	22
6	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3
7	3	0	0	1	0	1	1	0	0	0	6
8	2	3	3	3	0	0	0	3	0	3	17
9	2	1	2	3	2	3	0	3	1	0	17
10	3	3	3	3	3	3	0	3	3	3	27
11	3	2	3	3	3	3	0	3	3	3	26
12	2	2	2	3	3	2	0	0	1	0	15
13	2	1	1	2	1	3	2	2	1	1	16
14	2	0	2	2	2	2	0	1	1	2	14
15	2	0	1	1	0	1	0	2	0	0	7
16	2	2	3	3	3	3	0	3	2	2	23
17	2	2	2	1	0	0	1	0	0	0	8
18	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	18
19	3	0	2	1	0	0	1	0	3	3	13
20	2	3	3	3	3	3	0	3	3	3	26
21	3	2	2	3	2	3	2	3	3	1	24
22	3	1	2	3	2	2	1	1	1	2	18
23	1	0	1	0	1	1	0	3	0	0	7
24	3	1	2	3	2	2	0	2	0	1	16
25	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	28
26	3	1	3	3	2	2	0	3	1	1	19
27	2	1	1	2	1	2	2	2	0	0	13
28	3	1	2	2	1	3	3	2	1	1	19
29	2	1	2	2	1	3	0	2	1	1	15
30	3	1	3	2	2	3	1	3	0	3	21
31	2	1	3	2	3	2	1	2	1	2	19

Z druhého měření sebehodnocení metodou Rosenbergovy škály vyplývá, že střední hodnota vypočtena ze sumy druhého testování pro celý soubor N=31 je 17,19.

Následně bylo možné porovnat sumy 1. a 2.měření u každého dotazovaného z celého souboru 31 respondentů. V případě, že došlo k bodovému nárůstu sumy mezi 1. a 2. měřením jsou hodnoty kladné, při poklesu jsou hodnoty záporné a žádná změna je znázorněna nulou.

7.2 Zjišťování rozdílu míry sebepojetí mezi prvním a druhým testováním

Tabulka 6 - Rozdíl mezi 1. a 2. testováním pro celý soubor (N=31)

poř.č. dítěte	SUMA 1.testování	SUMA 2.testování	Rozdíl 1. a 2. testování
1	18	18	0
2	20	20	0
3	23	26	3
4	13	12	-1
5	24	22	-2
6	9	3	-6
7	7	6	-1
8	17	17	0
9	12	17	5
10	22	27	5
11	18	26	8
12	17	15	-2
13	23	16	-7
14	14	14	0
15	10	7	-3
16	18	23	-5
17	11	8	-3
18	15	18	3
19	13	13	0
20	18	26	8
21	16	24	8
22	14	18	4
23	14	7	-7
24	16	16	0
25	20	28	8
26	20	19	-1
27	15	13	-2
28	20	19	-1
29	14	15	1
30	17	21	4
31	18	19	1

Pro zjištění rozdílu mezi prvním a druhým měřením byl využit párový t-test

Na základě výsledků dvouvýběrového párového t-testu je možné konstatovat, že nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi prvním a druhým měřením sebehodnocení, což ukazuje na skutečnost, že míra sebepojetí se u sledovaných dětí v průběhu léčby výrazně nezměnila. (viz. tab. č. 7)

Na základě výsledků párového t-testu přijímáme H_0 : Čtyřtýdenní lázeňský pobyt není dostatečně dlouhý pro získání změn v sebepojetí u obézních dětí.

Tabulka 7 - Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu

	SUMA 1. testování	SUMA 2. testování
Stř. hodnota	16,32258065	17,19354839
Rozptyl	17,49247312	42,89462366
Pozorování	31	31
Pears. korelace	0,781322581	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	30	
t Stat	-1,156482199	
P(T<=t) (1)	0,128305277	
t krit (1)	1,697260887	
P(T<=t) (2)	0,256610553	
t krit (2)	2,042272456	

Z relativní četnosti změny sebehodnocení mezi prvním a druhým měřením vyplývá, že u více jak 40 % respondentů je pozorovatelný posun sebehodnocení k lepšímu. I přesto však u nadpoloviční většiny se naopak sebehodnocení mírně horší, nebo se vlivem léčby nezměnilo vůbec. (viz. tab. č. 8)

Tabulka 8 - Absolutní a relativní četnost změny sebehodnocení po léčbě pro celý soubor (N=31)

	absolutní četnost	relativní četnost
nedošlo ke změně (0)	6	19 %
negativní změna (+)	12	39 %
pozitivní změna (-)	13	42 %

Následně byli respondenti rozděleni na dívky a chlapce. Pomocí dvouvýběrového t-testu byl zjišťován také rozdíl sebehodnocení u dívek a chlapců, a to jak v prvním, tak i ve druhém měření.

7.3 Zjištění rozdílů míry sebehodnocení mezi chlapci a dívkami v prvním i druhém testování

Tabulka 9 - Rozdělení celého souboru (N=31) podle pohlaví, škála zdraví, výsledky 1.a 2.měření

poř.č. dítěte	pohlaví	škála zdraví	Dívky 1.měření	Dívky 2.měření
3	D	7	23	26
6	D	5	9	3
9	D	8	12	17

14	D	6	14	14
17	D	6	11	8
19	D	5	13	13
20	D	5	18	26
21	D	5	16	24
24	D	4	16	16
29	D	5	14	15
30	D	10	17	21
31	D	4	18	19
			Chlapci 1.měření	Chlapci 2.měření
1	CH	5	18	18
2	CH	7	20	20
4	CH	5	13	12
5	CH	4	24	22
7	CH	2	7	6
8	CH	7	17	17
10	CH	6	22	27
11	CH	6	18	26
12	CH	5	17	15
13	CH	5	23	16
15	CH	4	10	7
16	CH	6	18	23
18	CH	6	15	18
22	CH	5	14	18
23	CH	9	14	7
25	CH	4	20	28
26	CH	4	20	19
27	CH	5	15	13
28	CH	7	20	19

Tabulka 10 - Dvouvýběrový F-test pro rozptyl u dívek a chlapců pro 1.měření

	Dívky 1.měření	Chlapci 1.měření
Stř. hodnota	15,08333	17,10526
Rozptyl	14,08333	18,87719
Pozorování	12	19
Rozdíl	11	18
F	0,74605	
P(F<=f) (1)	0,31531	
F krit (1)	0,374406	

Tabulka 11 - Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů u dívek a chlapců pro 1.měření

	Dívky 1.měření	Chlapci 1.měření
Stř. hodnota	15,08333	17,10526316
Rozptyl	14,08333	18,87719298
Pozorování	12	19
Společný rozptyl	17,05883	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	29	
t Stat	-1,32763	
P(T<=t) (1)	0,097328	
t krit (1)	1,699127	
P(T<=t) (2)	0,195	
t krit (2)	2,04523	

Tabulka 12 - Dvouvýběrový F-test pro rozptyl u dívek a chlapců pro 2.měření

	Dívky 2.měření	Chlapci 2.měření
Stř. hodnota	16,83333	17,42105
Rozptyl	48,87879	41,47953
Pozorování	12	19
Rozdíl	11	18
F	1,178383	
P(F<=f) (1)	0,36552	
F krit (1)	2,374156	

Tabulka 13 - Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů u dívek a chlapců pro 2.měření

	Dívky 2.měření	Chlapci 2.měření
Stř. hodnota	16,83333	17,42105263
Rozptyl	48,87879	41,47953216
Pozorování	12	19
Společný rozptyl	44,28615	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	29	
t Stat	-0,23951	
P(T<=t) (1)	0,406198	
t krit (1)	1,699127	
P(T<=t) (2)	0,812395	
t krit (2)	2,04523	

Z výsledků dvouvýběrového t-testu vyplývá, že mezi průměrnou hodnotou dosahovanou na škále sebehodnocení mezi dívkami a chlapci není významný rozdíl.

7.4 Zjištění souvislostí mezi mírou sebepojetí a škálou zdraví (při prvním měření)

Poslední, co jsme v práci sledovaly, byla souvislost mezi mírou posouzení zdraví a mírou sebehodnocení. Jak vyplývá z hodnot v tab. č. 15, korelační koeficient je příliš malý. Z toho vyplývá, že u sledovaného souboru se neprokázala statisticky významná souvislost mezi mírou posouzení zdraví a mírou sebehodnocení.

Tabulka 14 - Absolutní a relativní četnost odpovědí na škále zdraví pro celý soubor (N=31)

Zdraví	absolutní četnost	relativní četnost
vynikající (<5)	8	26 %
dobré (=5)	10	32 %
špatné (>5)	13	42 %

Tabulka 15 - Korelace škály zdraví a hodnoty sumy sebehodnocení při prvním měření

	škála zdraví
škála zdraví	1
SUMA 1. testování	0,141

8 Diskuze

V našem výzkumu jsme zjišťovali, zda má lázeňský léčebný program vliv na sebepojetí obézních dětí staršího školního věku. Dalším cílem bylo porovnat, zda se případná změna sebepojetí liší u dívek a chlapců. Pro vyhodnocení jsme měli k dispozici soubor 31 respondentů.

Z výsledků vyhodnocených statistických metod vyplývá, že nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi prvním a druhým měřením sebehodnocení. Z relativní četnosti výsledků sebehodnocení mezi prvním a druhým měřením je sice pozorovatelné, že u zhruba 40 % respondentů se míra sebehodnocení posunula mírně k lepšímu a u nadpoloviční většiny se naopak sebehodnocení po prodělané léčbě mírně zhoršuje, či se nezměnilo vůbec.

Námi zjištěný výsledek může naznačovat, že pouhý pobyt v lázních nemusí predikovat trvalé a okamžité změny v sebepojetí. Velmi zásadní je totiž spolupráce s rodinou. (Marinov, Pastucha, 2012) Pokud je v rodině nastaven „špatný“ životní styl, který rodiče podporují a nezačnou pracovat na změně, nemohou být viditelné změny ani u dětí.

Velmi zásadní by v tomto případě mohla být také délka lázeňského pobytu. Vzhledem k tomu, že absolvovaný turnus byl čtyřtýdenní, nemusí být dostačující a změny v sebehodnocení, tak není za tak krátkou dobu možné vypořádat.

Dle výzkumů jsou totiž za neúčinnější považovány ty o minimální délce 6 týdnů. Dětem poměrně dlouho trvá, než si během pobytu dokáží osvojit správné základy ve stravování a v pohybu. Teprve poté je možné kolem 3. týdne pozorovat lehké změny v této oblasti. (Marinov, Pastucha, 2012)

Vzhledem k tomu, že somatické změny se projevují až téměř po měsíci, je možné se domnívat, že reakce na změnu tělesné proporce v podobě psychické změny si vyžádá ještě mnohem delší čas, aby k nim mohlo dojít. Vzhledem k faktu, že sebepojetí je utvářeno vlivem mnoha faktorů, je velice pravděpodobné, že k prokázání významné změny by bylo zapotřebí delšího časového úseku – např. po půl roce, avšak je třeba brát opět v úvahu i další faktory, které se na sebepojetí podílí (výsledky ve škole, zažívaný úspěch nejen školní, ale i v běžném

životě, zpětná vazba od kamarádů, spolužáků atd.). Změna sebepojetí vyžaduje delší čas, kdy dítě může zakusit „výhody“ a pozitiva změněného životního stylu i změněného vzhledu.

Zároveň alarmujícím zjištěním byl počet dětí, které v RŠ dosáhly průměrného či podprůměrného výsledku (max. počet bodů 30, průměr 15). Při prvním měření se jednalo o 13 dětí, při druhém o 11 dětí. Otázkou tedy je, zda jejich obezita není důsledkem nízkého sebepojetí, uzavřením se do „svého“ světa, kde jednou z pozitiv je jídlo. Stálo by za pozornost věnovat těmto dětem větší péči (ve spolupráci s rodinou), neboť jak víme, sebepojetí se odráží v dalších životních aktivitách (výběr školy, povolání, zájmů atd.)

Výsledky výzkumu dále ukázaly, že mezi průměrnou hodnotou dosahovanou na škále sebehodnocení mezi dívkami a chlapci není významný rozdíl. Je možné, že v souboru obézních dětí nehraje pohlaví takovou roli, že za jejich obezitou je jiný faktor, nejspíše nežádoucí životní styl rodiny.

V souvislosti s demografickým dotazníkem nás také zajímalo, zda u zkoumaného souboru existuje souvislost mezi mírou posouzení zdraví a mírou sebehodnocení. Z výsledků, které ukázaly, že korelace je mizivá, je možné konstatovat, že nebyla zjištěna statistická souvislost mezi posouzením zdraví a mírou sebehodnocení. Je možné, že děti si ještě plně neuvědomují či nevnímají zdravotní omezení, a proto nemusí svůj zdravotní stav hodnotit jako horší či lepší v souvislosti s tělesnou hmotností či sebehodnocením. Otázkou je, jak si dotaz týkající se jejich zdraví vysvětlily, zda dokázaly tuto oblast hodnotit.

Plně si uvědomujeme, že významným faktorem, který mohl výsledky našeho šetření ovlivnit byl malý soubor, a to jak do počtu celého souboru, tak v zastoupení dívek a chlapců. Při této příležitosti musíme konstatovat, že by bylo vhodné v podobném šetření i nadále pokračovat, dosáhnout reprezentativnějšího složení souboru. Dále mohl hrát roli aspekt, na co se léčba v lázních nejvíce zaměřuje, zda na somatickou nebo na psychickou stránku. Je tedy otázkou, jak velké procento je při léčbě věnováno právě psychoterapii a s ní související náhled na sebe sama.

Limity práce

Mezi nejdůležitější limity našeho šetření lze uvést poměrně malý soubor probandů, obtížnost zaznamenání posunu v sebepojetí jedince během krátkého časového období a zároveň možnost různého pochopení předložených dotazníků dětmi. Přesto se domníváme, že jde o

sledování důležitého problému (obezita), který má i v naší zemi stoupající charakter a je zapotřebí na něj nejen upozornovat, ale především se jím zabývat z více úhlů pohledu – somatická, zdravotní, psychologická, sociální a v neposlední řadě i ekonomická stránka sledované problematiky. Zejména v případě dětí, u nichž se může obezita podílet na invalidizaci v době dovršení dospělosti.

Závěr

Obezita je závažným onemocněním jak somatickým, tak duševním. Postihuje nejen dospělé, ale i děti. I u dětí má vliv jak na zdravotní, tak i na jejich psychický stav v podobě sníženého sebehodnocení a sebevědomí, vyznačuje se také pocity nedostatečnosti a neschopnosti. Právě na sebepojetí, které je obrazem toho, jak se jedinec vnímá jako celek, má onemocnění obezitou významný dopad. Především pak naše cílová skupina dětí ve věku 11-15 let je v tomto věkovém období velmi náchylná na citovou složku. Období pubescence se totiž projevuje především kritičností ke svému tělesnému vzhledu.

Řešením obezity je její léčba, včasná a dlouhodobá. Pokud se u dětí setkáme s vysokým stupněm obezity, je třeba kromě ambulantní léčby nasadit terapii v rámci lázní. Zde je léčba komplexní a zaměřuje se nejen na dietologii a zvýšenou pohybovou aktivitu, ale také na psychoterapii, a tedy na změny v sebepojetí jedince.

Sebepojetí tak zaujímá hlavní místo nejen v teoretické části práce, ale především se stalo předmětem našeho zkoumání. Naše výzkumné šetření bylo zaměřeno na sebepojetí obézních dětí v rámci měsíčního lázeňského léčebného programu. Výzkum probíhal ve Státních léčebných lázních Bludov. Osloveno bylo celkem 31 respondentů ve věku 11-15 let.

Cílem našeho šetření bylo zjistit, zda léčebný pobyt v Lázních Bludov ovlivnil sebepojetí dětí. Druhým cílem bylo porovnat, zda se případná změna sebepojetí liší u dívek a chlapců a třetím cílem bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi posouzením zdraví a škálou sebehodnocení.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že:

nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi prvním a druhým měřením sebehodnocení,
nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi průměrnou hodnotou dosahovanou na škále sebehodnocení mezi dívkami a chlapci,
se neprokázala souvislost mezi mírou vnímaného sebepojetí a vnímaného zdraví.

Na základě těchto zjištění tedy konstatujeme, že léčba v lázních nezmění sebepojetí dětí. Byla také potvrzena naše hypotéza, že čtyřtýdenní lázeňská léčba je nedostatečná k dosažení změn v sebepojetí. Vyvozujeme tedy závěr, že k tomu, aby byly při takové léčbě dosaženy nějaké změny v sebepojetí je tedy potřeba, aby léčba byla delší a mohl tak být výzkumný vzorek pozorován delší dobu, sledovat jedince po delší dobu i po návratu z léčby, nebo je nutné se při léčbě více zaměřit na psychoterapii.

Seznam použité literatury a zdrojů

1. ALDHOON HAINEROVÁ, Irena. *Dětská obezita: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, c2009. Novinky v medicíně (Maxdorf). ISBN 978-80-7345-196-7.
2. FIALOVÁ, Ludmila. *Jak dosáhnout postavy snů: možnosti a limity korekce postavy: pohyb a postava, výživa a udržení hmotnosti, lékařské zákroky a kosmetická péče*. Praha: Grada, 2007. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-1622-0.
3. FIALOVÁ, Ludmila. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0173-7.
4. FOŘT, Petr. *Stop dětské obezitě: co vědět, aby nebylo pozdě*. V Praze: Ikar, 2004. ISBN 80-249-0418-7.
5. HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3252-7.
6. HARTL, Pavel. *Psychologický slovník*. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Jiří Budka, 1993. Slovník. ISBN 80-901549-0-5.
7. HILS, Andrew P., Neil A. KING and Nuala M. BYRNE. *Children, Obesity and Exercise. Prevention, treatment and management of childhood and adolescent obesity*. Oxon: Routledge, 2007. ISBN 0-415-40884-9.
8. HLÚBIK, Pavel a VOSEČKOVÁ, Alena. Stravovací zvyklosti a psychologické aspekty obezity. *Interní medicína pro praxi*. 2002, 1(11), 545-547 s., ISSN 1212-7299.
9. KOHOUTEK, Rudolf. *Základy pedagogické psychologie*. Brno: CERM, 1996. ISBN 80-85867-94-X.
10. KUNEŠOVÁ, Marie. *Základy obezitologie*. Praha: Galén, [2016]. ISBN 978-80-7492-217-6.
11. LEWIS, David a Margaret LEITCH. *Obézní planeta: past zvaná obezita a jak z ní uniknout*. Přeložil Hana ŠULÁKOVÁ. Praha: Naše vojsko, 2017. ISBN 978-80-206-1648-7.
12. MARINOV, Zlatko a Dalibor PASTUCHA. *Praktická dětská obezitologie*. Praha: Grada, 2012. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4210-6.
13. MARINOV, Zlatko. *S dětmi proti obezitě: o co obtížnější je léčba obezity, o to jednodušší je prevence jejího vzniku!* Praha: IFP Publishing, 2011. ISBN 978-80-87383-09-4.
14. MÁLKOVÁ, Iva a Hana MÁLKOVÁ. *Obezita: malými krůčky k velké změně*. Praha: Forsapí, c2014. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-80-87250-24-2.

15. OBEREIGNERŮ, Radko. *Sebepojetí dětí a adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. ISBN 978-80-244-5201-2.
16. OWEN, Klára. *Moderní terapie obezity: [průvodce pro každodenní praxi]*. Praha: Maxdorf, c2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-301-5.
17. PAŘÍZKOVÁ, Jana a Lidka LISÁ. *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-466-9.
18. PUGNEROVÁ, Michaela. *Psychologie: pro studenty pedagogických oborů*. Praha: Grada, 2019. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0532-8.
19. RÖHR, Heinz-Peter. *Sebeúcta u dětí: jak ji pěstovat a chránit*. Přeložil Petr BABKA. Praha: Portál, 2018. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-1381-9.
20. SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Grada, 2008. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2395-2.
21. SVAČINA, Štěpán. *Obezita a psychofarmaka*. V Praze: Triton, 2002. Levou zadní. ISBN 80-7254-253-2.
22. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

Internetové zdroje

1. České děti přibírají. Pětina z nich má problém s hmotností. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Copyright © 2019 [cit. 27.03.2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ceske-deti-pribirajipetina-z-nich-ma-problem-s-hmotnosti_17506_3970_1.html
2. Lázeňská léčba obezity-historie, současnost a perspektivy - Zdraví.Euro.cz. *Zdravotnictví a medicína - Zdraví.Euro.cz* [online]. Copyright © 2002 [cit.27.3.2020] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/lazenska-lecba-obezity-historie-soucasnost-a-perspektivy-145826>
3. Léčba dětí. *Lázně Bludov-profesionální lázeňská péče* [online]. Copyright © 2016 [cit. 14.04.2020]. Dostupné z: <https://www.lazne-bludov.cz/lecba-deti.htm>
4. Průměrný Čech trpí mírnou nadváhou | ČSÚ. *Český statistický úřad | ČSÚ* [online]. Copyright © 2018 [cit.2020-04-07] Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/prumerny-cech-trpi-mirnou-nadvahou>

5. Psychologické aspekty dětské obezity | CelostniMedicina.cz. *CelostniMedicina.cz | Informační server o zdraví* [online]. Copyright © 2012 [cit. 27.03.2020]. Dostupné z: <https://www.celostnimedicina.cz/psychologicke-aspekty-detske-obezity.htm>
6. Psychologické aspekty obezity – WikiSkripta. *301 Moved Permanently* [online]. Copyright © 2015 [cit.27.3.2020] Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Psychologické_aspekty_obezity
7. SEBEVĚDOMÍ A JEHO PORUCHY | Psychologie v teorii a praxi. *Psychologie v teorii a praxi* [online]. Copyright © 2009 [cit.27.3.2020] Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912/zavady-a-poruchy-sebehodnoceni>

Seznam zkratek

BMI – Body Mass Index

IOTF – International Obesity Task Force

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Pohlaví respondentů absolutní a relativní četnost pro celý soubor (N=31)

Tabulka 2 - Věk respondentů absolutní a relativní četnost pro celý soubor (N=31)

Tabulka 3 - Bydliště respondentů absolutní a relativní četnost pro celý soubor (N=31)

Tabulka 4 - Vyhodnocení Rosenbergovy škály pro 1.měření pro celý soubor (N=31)

Tabulka 5 - Vyhodnocení Rosenbergovy škály pro 2.měření pro celý soubor (N=31)

Tabulka 6 - Rozdíl mezi 1. a 2. testováním pro celý soubor (N=31)

Tabulka 7 - Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu

Tabulka 8 - Absolutní a relativní četnost změny sebehodnocení po léčbě pro celý soubor (N=31)

Tabulka 9 - Rozdělení celého souboru (N=31) podle pohlaví, škála zdraví, výsledky 1.a 2.měření

Tabulka 10 - Dvouvýběrový F-test pro rozptyl u dívek a chlapců pro 1.měření

Tabulka 11 - Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů u dívek a chlapců pro 1.měření

Tabulka 12 - Dvouvýběrový F-test pro rozptyl u dívek a chlapců pro 2.měření

Tabulka 13 - Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů u dívek a chlapců pro 2.měření

Tabulka 14 - Absolutní a relativní četnost odpovědí na škále zdraví pro celý soubor (N=31)

Tabulka 15 - Korelace škály zdraví a hodnoty sumy sebehodnocení při prvním měření

Přílohy

Příloha 1 – Rosenbergova škála sebehodnocení

	úplně souhlasím	částečně souhlasím	částečně nesouhlasím	nesouhlasím
1. Mám pocit, že si uchovávám svoji osobní důstojnost nejméně v takové míře jako většina ostatních lidí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jsem vždy náchylný(á) považovat se za neúspěšného člověka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jsem schopný(á) dělat mnoho věcí stejně dobře jako ostatní.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zdá se mi, že nemohu být u sebe na nic zvláštního hrdý(á).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mám k sobě dobrý vztah.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Chtěl(a) bych si sám (sama) sebe více vážit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jsem se sebou vcelku spokojený(á).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Občas jasně pociťuji svoji neužitečnost.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Někdy si myslím, že jsem naprosto neschopný(á).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Lenka Mátychová
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Soňa Lemrová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2020

Název práce:	Obezita jako rizikový faktor ovlivňující tělesný a psychický vývoj dětí a mládeže
Název v angličtině:	Obesity as a risk factor influencing the physical and mental development of children and adolescents
Anotace práce:	<p>Bakalářská práce je věnována problematice sebepojetí obézních dětí a dopadu onemocnění obezitou na jejich psychické zdraví. Práce je zaměřena na cílovou skupinu dětí staršího školního věku, tedy 11-15 let. Vedle orientace na psychické pojetí krátce zasahuje i do problematiky vlivu obezity na tělesné zdraví jedince a zmiňuje i sociální problémy s touto diagnózou spojené. Praktická část práce je tedy zaměřena na sebepojetí obézních dívek a chlapců staršího školního věku, kteří podstupují měsíční lázeňský léčebný program ve Státních léčebných lázních Bludov. V práci byly stanoveny 3 cíle. Zjistit, zda léčebný pobyt v Lázních Bludov ovlivnil sebepojetí dětí. Porovnat, zda se případná změna sebepojetí liší u dívek a chlapců. Zjistit, zda existuje souvislost mezi Rosenbergovou škálou a škálou zdraví. Z výsledků výzkumu vyplývá, že nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi prvním a druhým měřením sebehodnocení, nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi průměrnou hodnotou dosahovanou na škále sebehodnocení mezi dívkami a chlapci a neprokázala se souvislost mezi mírou vnímaného sebepojetí a vnímaného zdraví.</p>

Klíčová slova:	obezita, sebepojetí, tělesné sebepojetí, sebehodnocení, starší školní věk, sebevědomí, sebeúcta, léčba obezity, lázeňská léčba
Anotace v angličtině:	<p>This bachelor thesis is dealing with the problematics of self-reflection amongst obese children and the impact of obesity on their mental health. This thesis focuses on lower secondary students (age 11-15). Besides focusing on mental health, this thesis also gives insight into the impacts of obesity on physical health and social problems related to it. The practical part focuses on self-reflection of obese girls and boys of lower secondary level (age 11-15), which undergo monthly spa healing cure in Státní léčebné lázně Bludov. The first aim of practical part was to find out, whether this spa cure has an impact on self-reflection of obese children in the age of 11-15. The second aim was to compare, whether the self-reflection differs amongst boys or girls. The third aim was to find out, whether there is context between Rosenberg scale and scale of health.</p> <p>Our findings imply, that amongst the whole set has not been found a significant difference in self-reflection after undergoing a one-month cure in the spa. Further, any significant statistical difference between the results of boys and girls on this scale, too. Finally has not been found context between Rosenberg scale and scale of health, too.</p>
Klíčová slova v angličtině:	obesity, self-concept, physical self-concept, self-esteem, older school age, self-confidence, self-respect, obesity treatment, spa treatment
Přílohy vázané v práci:	Rosenbergova škála sebehodnocení, anotace
Rozsah práce:	59 s. (88 528 znaků)
Jazyk práce:	český jazyk