

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

HODNOCENÍ BODY IMAGE A ZDRAVÍ U DOSPĚLÝCH
MUŽŮ A ŽEN VE VZTAHU KE KATEGORIÍM BMI

Diplomová práce

(magisterská)

Autor: Bc. Kateřina Tázlarová, Rekreatologie

Vedoucí práce: PhDr. et Dr. Martin Sigmund, Ph.D.

Olomouc 2015

Jméno a příjmení autora: Kateřina Tázlarová

Název závěrečné písemné práce: Hodnocení body image a zdraví u dospělých mužů a žen ve vztahu ke kategoriím BMI

Pracoviště: Katedra rekreologie

Vedoucí: PhDr. et Dr. Martin Sigmund, Ph.D.

Rok obhajoby: 2015

Abstrakt: Zdraví a body image jsou oblasti, které spolu úzce souvisí a podílí se na kvalitě našeho života. Cílem diplomové práce je posoudit úroveň subjektivně vnímané spokojenosti se zdravím a body image u dospělé populace mužů a žen ve vztahu ke kategoriím BMI. Vlastní výzkum byl realizován v červnu 2014 v rámci veletrhu Moravia Sport Expo v Olomouci a zúčastnilo se ho celkem 171 dospělých jedinců (z toho 90 mužů a 81 žen). Jako hodnotící nástroj byl zvolen modifikovaný Dotazník životní spokojenosti (položka *Zdraví*). K posouzení body image jsme využili námi koncipovanou hodnotící škálu. Z výsledků práce vyplývá, že muži své zdraví i body image hodnotí lépe než ženy a zároveň jedinci, jejichž index BMI se pohybuje v normálu, vykazují v obou sledovaných oblastech lepší výsledky, než jedinci s nadváhou či obezitou.

Klíčová slova: zdraví, tělesné sebepojetí, body mass index, kvalita života

Souhlasím s půjčováním závěrečné písemné práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: Kateřina Tázlarová

Title of the bachelor's thesis: Evaluation of body image and health of adults men and women in relationship with BMI

Department: Department of recreology

Supervisor: PhDr. et Dr. Martin Sigmund, Ph.D.

The year of the presentation: 2015

Abstract: Health and body image is phenomena that is closely connected and both contribute to the quality of our lives. The aim of this thesis is to review the level of subjective satisfaction with health and body image among the adult population of men and women in relation to BMI. The research took place on the Fair Expo Sport Moravia, Olomouc. The respondents sample counted in total 171 adults (90 men and 81 women). The modified Life Satisfaction Questionnaire (Item *Health*) was elected as an assessment tool. The conceived rating scale was used to perceive respondent's own body image. The results of this thesis show that men evaluated their health and body image better than women. At the same the individuals whose BMI is in the normal, show better results in both areas, than individuals with overweight or obesity.

Keywords: health, body image, body mass index, quality of life

I agree with lending the thessis within the librarian services.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod odborným vedením PhDr. et Dr. Martina Sigmunda, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 30. 4. 2015

.....

Děkuji PhDr. et Dr. Martinovi Sigmundovi, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, cenné rady, lidský přístup a v neposlední řadě za čas věnovaný společným konzultacím.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BI	body image
BMI	body mass index
DŽS	Dotazník životní spokojenosti
ESPAD	The European School Survey Project on Alcohol and Drugs
HCP	Health Consumer Powerhouse
M	aritmetický průměr
Max	maximum
Min	minimum
N	počet
Range	rozpětí
SD	směrodatná odchylka
WHO	World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)
WHR	waist-hip ratio

OBSAH

1	ÚVOD.....	9
2	PŘEHLED POZNATKŮ.....	11
2.1	Sebepojetí.....	11
2.1.1	Podstata sebepojetí.....	12
2.1.2	Diskrepance v sebepojetí.....	13
2.2	Tělesné sebepojetí (body image).....	14
2.2.1	Podstata tělesného sebepojetí.....	15
2.2.2	Tělo jako základ vlastní identity.....	16
2.2.3	Význam těla pro celkové sebepojetí.....	18
2.2.4	Složky tělesného sebepojetí.....	19
2.2.5	Tělo v historickém kontextu.....	24
2.2.6	Podstata ideálu štíhlého těla.....	27
2.2.7	Negativní body image a důsledky nepřijetí vlastního těla.....	29
2.3	Typologie lidského těla.....	31
2.3.1	Vývoj konstituční typologie.....	31
2.4	Metody měření tělesných proporcí.....	36
2.4.1	Body mass index.....	36
2.4.2	WHR index.....	38
2.5	Zdraví.....	39
2.5.1	Vymezení pojmu zdraví.....	41
2.5.2	Bio-psycho-sociální model zdraví.....	42
2.5.3	Determinanty zdraví.....	43
2.5.4	Podpora zdraví.....	47
3	CÍLE PRÁCE.....	50
4	METODIKA.....	51
4.1	Kvantitativní výzkum.....	51
4.2	Dotazníkové šetření.....	51
4.2.1	Dotazník životní spokojenosti.....	53
4.2.2	Posouzení body image.....	54
4.3	Výpočet hodnoty BMI.....	54
4.4	Statistické zpracování dat.....	55
5	VÝSLEDKY.....	56

5.1	Základní údaje o sledovaném souboru	56
5.2	Dotazník životní spokojenosti (položka <i>Zdraví</i>).....	58
5.3	Posouzení body image	63
6	DISKUZE	66
6.1	Limity práce.....	73
7	ZÁVĚRY	75
8	SOUHRN	77
9	SUMMARY	79
10	REFERENČNÍ SEZNAM.....	81
11	SEZNAM TABULEK.....	91
12	SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ.....	92

1 ÚVOD

V našem světě existuje jeden objekt, který patří pouze nám. Je cennější a uznávanější než všechny ostatní. Jedná se o naše vlastní tělo. Jeho znovuzrození po tisícileté éře puritanismu má za následek jeho všudypřítomnost v masové kultuře, mediích, reklamě, v běžném životě každého člověka. Tento trend naprosto zřetelně poukazuje na skutečnost, že tělo se opět dostává do popředí našeho zájmu i zájmu široké veřejnosti. Péče o tělo a vlastní zdraví se stala přirozenou součástí našeho bytí. Tělo je prostředkem naší interakce s okolím, skrze něj komunikujeme a prezentujeme své „Já“ světu. Představuje klíč k vlastní identitě a je pocíťováno nejen jako prostředek životních prožitků, ale i jako objekt prestiže (Fialová, 2001). Dnešní doba však s sebou přináší i velký mediální tlak: konkrétní vizi, jak by měl každý člověk vypadat, jaké tělo je považováno za krásné a zdravě vypadající a plně odpovídající současným přijímaným trendům dokonalosti. Jak by tedy mělo vypadat tělo dokonalé ženy 21. století a jaký ideál by mělo splňovat tělo mužské? Tyto představy naprosto zásadně ovlivňují nazírání na naši vlastní tělesnou schránku, na to, jakým způsobem člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá, cítí a prožívá. Na základě těchto skutečností každý jedinec reflektuje i svou spokojenost s obrazem vlastní tělesnosti a vytváří si tak výsledný dojem o svém tělesném sebepojetí¹ (Grogan, 2000).

K naší tělesnosti se pojí i péče o zdraví, jež je chápána jako jedna ze základních složek podílející se na struktuře vlastního body image. Hodnota lidského zdraví je nedocenitelná. De facto utváří doménu s naprosto zásadním významem z hlediska fungování jednotlivce i celé společnosti. Doba, ve které žijeme, i sociální prostředí, v němž se pohybujeme, na nás klade vysoké nároky. Kromě vlastní odolnosti a zvládnání každodenních stresových situací, je tento permanentní tlak pocíťován i v oblasti našeho zdravotního stavu, duševní i fyzické kondice, obranyschopnosti, četnosti nemocí i bolesti.

¹ V současné době se setkáváme se dvěma totožnými pojmy, které se vztahují k dané problematice, a to s termínem *tělesné sebepojetí*, k němuž se přiklání spíše tuzemští autoři, a s pojmem *body image*, který je upřednostňován převážně autory zahraničními. Oba předkládané pojmy značí totéž, a proto i v rámci naší diplomové práce s nimi bude takto nakládáno.

Základní podmínkou spokojeného a kvalitního života, je zdraví - pevné, udržitelné a především dlouhodobé. Člověk je ve své podstatě plně zodpovědný za své zdraví, přístup k němu, za to jak vypadá i jak o sebe pečuje.

V předkládané diplomové práci se zaměřujeme na oblast sebepojetí, body image a zdraví. Kapitola *Přehled poznatků* je navíc doplněna o teorii, která se úzce pojí s danou problematikou.

Cílem naší práce je posouzení úrovně subjektivně vnímané spokojenosti se zdravím a body image u dospělé populace mužů a žen ve vztahu ke kategoriím BMI.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 Sebepojetí

Představa o sobě samém, kterou se snažíme vytvořit ve své mysli, abychom se mohli mít rádi, se velmi liší od představy, kterou se snažíme vytvořit v myslích druhých lidí, aby nás mohli mít rádi.

W. H. Auden (in Smékal, 2009, 359)

„Každý člověk si vytváří určitý obraz o sobě, svých schopnostech, vlastnostech, vědomostech, své inteligenci, o svém těle, zdraví, vzhledu....Tento obraz a současně i postoj k sobě nazýváme sebepojetím“ (Fialová, 2007, 9).

Pojem sebepojetí je mnohými autory vnímán jako velice obsáhlý a často i proměnlivý, neboť se v průběhu lidského života velmi výrazně mění. V současné době existuje celá řada přístupů, jak na celou problematiku spojenou s obrazem vlastního „Já“ nazírat.

Pojem „Já“ se objevuje v různých teoriích osobnosti a ve své podstatě se jedná o integrující (jednotící) složku celé osobnosti (Říčan, 2005). S touto představou pracuje také Papica:

„Sebepojem je složitým konstruktem implikujícím kognitivní strukturu, ač ne výlučně, pozůstávající z verbálně nebo sémanticky zakódovaných generalizací, do nichž se integrují nové údaje a snad také pro subjekt specificky důležité behaviorální vzorky. Tato zevšeobecnění zahrnují vlastnosti, schopnosti, vědomosti a hodnoty, postoje, sociální role. Všechno, čím se subjekt definuje a zhodnocuje. Jsou to především ty charakteristiky, které považuje za sebeprofilující, a na nich závisí, jak bude s jakoukoliv personální informací naloženo“ (Blatný et al., 2010, 108).

Hartl (2004) pojednává o sebepojetí jako o sebe-percepci, o vytváření úsudku o sobě samém, který má hodnotící a popisný rozměr. Jeden z pohledů nabízí i psychoterapeutka Verena Kastová (2012), která uvádí, že sebepojetí lze chápat jako subjektivní obraz sebe samého. Obraz, který určitá osoba chová o sobě, o svém „Já“. Další z pohledů předkládá psycholožka a vysokoškolská profesorka Astrid Schütz (2000), jejíž koncept sebepojetí je tvořen obrazem vlastní osoby zaměřený na určitý konkrétní okamžik.

Často je proces utváření představy o sobě samém dotvářen již nabitými zkušenostmi, představami a fantaziemi, které nás provázejí po celou dobu našeho života. Naše aktuální pocity, které pramení z vnímání naší vlastní osoby, jsou velmi často spojovány právě s tím, co prožíváme, co nás determinuje a ovlivňuje (Kastová, 2012). Z tohoto tvrzení lze usuzovat, že svůj pohled na sebe, na své „Já“, je značně ovlivněn vzájemnou interakcí jedince se světem okolo něj, a to především na základě zkušenosti, kterou dotyčný sám o sobě učiní (Balcar, 1991).

2.1.1 Podstata sebepojetí

Dle Fialové (2007) se sebepojetí stále více formuje jako celkový postoj k vlastní osobě. Tento názor pak rozšiřuje o jednotlivé prvky, které tvoří jeho podstatu. Konkrétně se jedná o prvky *kognitivní*, mezi které bychom mohli zařadit míru našeho sebepoznání a sebedefinování. Do tzv. poznávací složky náleží i oblast sebeuvědomění, která se podle Farkové (2008) projevuje vnitřními výroky jako je „já myslím, já cítím a já chci“.

Další z důležitých rovin je oblast *emocionální*, kam spadá vlastní sebeúcta a sebehodnocení (Fialová, 2007). Důležitým momentem pro přechod výchovy k sebevýchově v životě člověka je přítomnost vlastního zážitku a vlastní podoby (Farková, 2008).

Poslední oblast je spojena s prvky *činnostně regulativními*. „Já“ je stále se rozvíjející hodnotou, která vyžaduje potřebu kompetence, respektu, obdivu a výkonu (zvláště pak v období dospívání). Jedná se o záměrně realizovaný proces práce na sobě s tendencí o vlastní sebeprosazení, sebezdokonalení a sebeuplatnění. Důležitým faktorem procesu je vnitřní sebekontrola (Fialová, 2007; Farková, 2008).

Podle Balcara má člověk ke svému obrazu jasný citově podložený hodnotící vztah. Ten bývá předurčen přijatými nároky, které na sebe každý jedinec klade a které se postupně vyvíjí na základě interakcí s okolním světem, a to již v raném dětství. Obecně lze říci, že kolem 3. roku života je dítě schopno odlišit základní vztahové nastavení „já-ty“ a „osoby-předměty“ (Balcar, 1991), přičemž za jeden z nejdůležitějších modulátorů sebepojetí jsou pokládány vlastní prožité zkušenosti. Ty jsou především v prvotní fázi života jedince kromě nových zkušeností ovlivňovány rodinným prostředím, rodiči samotnými, jejich výchovou a společenskými stereotypy, jimž se dítě učí a postupně jim i přivyká. Dítě tak dostává jasnou zpětnou vazbu, jaké

je, zač jej považují a co od něj očekávají (Balcar, 1991; Hanuš & Chytilová, 2009). Jedná se o přirozený koloběh vedoucí k utváření povědomí o vlastním „Já“.

Hlavní úlohou sebepojetí je předat jedinci určitý nástroj, podle kterého je schopný orientovat se ve svém osobním životě. Říčan (1972) v této souvislosti zmiňuje význam takzvané *osobní mapy světa*, kdy je náš obraz vnímaného „Já“ jednou z jejich nejdůležitější částí - zaměřujeme se na ně pokaždé, když o něco opravdu jde, kdykoliv stojíme „na křižovatce života“. Další z úloh sebepojetí je jeho stabilizační funkce. Tu můžeme vnímat jako tendenci k vlastní jednotě a obraně vůči jakékoliv změně. K tomu však potřebuje svou pevnou a stálou strukturu (Balcar, 1991).

2.1.2 Diskrepance v sebepojetí

Poslední dobou se často hovoří o rozdílu mezi takzvaným reálným a ideálním „Já“: jaký člověk skutečně je, jaký se domnívá, že je, a jaký by chtěl být (Fialová, 2007). V odborné literatuře je toto napětí označováno jako diskrepance. „Mezi tím, jací jsme a jací bychom měli být a případně jací bychom, podle vlastního názoru, měli být, je za normálních okolností rozdíl. Mluvíme o ideálním „Já“ (Balcar, 1991, 156). Ideální „Já“ reprezentuje atributy spojené s podobou ideálu krásy, žádaného vzhledu, dobré tělesné zdatnosti, zdravého a funkčního těla (Fialová & Krch, 2012).

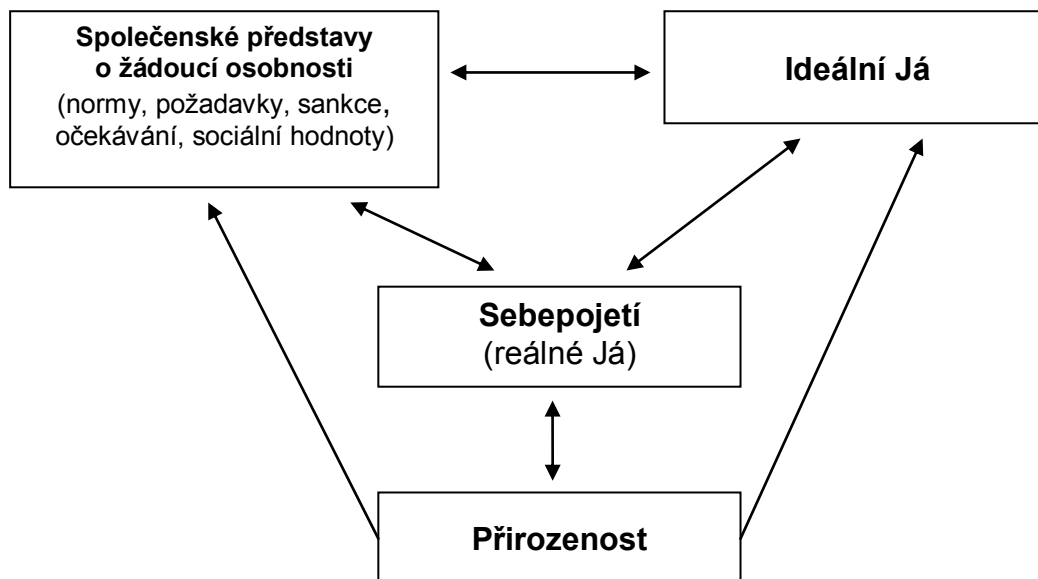
Pokud dojde k rozporu mezi těmito představami, v jedinci se postupem času vytvoří určitý neklid či napětí, které mohou být hlavní příčinou vnitřních konfliktů osobnosti. Jedinec často prožívá pocity spojené s vlastní nespokojeností, zklamání a smutek (Fialová & Krch, 2012). Tento střet vznikající na základě nesouladu mezi jednotlivými prezentacemi „Já“ přibližuje ve své teorii diskrepance v sebepojetí Higgins (1987). Požadované neboli ideální „Já“ se liší od našeho subjektivně vnímaného reálného „Já“.

Výsledkem působící diskrepance mezi aktuálním „Já“ a požadovaným „Já“ jsou stavy spojené s pocity znepokojení, možného ohrožení a úzkosti. „Jakmile je naše sebehodnocení ohroženo, začínáme se obvykle srovnávat s těmi, kteří jsou podle nás na tom hůře než my sami“ (Fialová & Krch, 2012, 32).

Přehnaná negativní sebereflexe či nespokojenost se sebou samým, ať už se jedná o vlastnost vzhledovou, charakterovou či jakoukoliv jinou, může přerůst do

pocitů dlouhodobé nespokojenosti a nízkého sebevědomí. Tento střet s realitou často zcela zásadně ovlivní naše budoucí nastavení vnímaného „Já“ (Fialová, 2007).

I přes veškeré rozpory, si člověk uvědomuje, že v mnohém je vytvořený obraz skutečnosti přiměřený a v lecčem spíše vzdálený, nicméně jak uvádí Balcar (1991, 155) „...v každém případě pro člověka důležitý a jediný, na něj je v životě se sebou samým a s ostatními odkázán“.



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

2.2 Tělesné sebepojetí (body image)

Vnímáme-li celkové sebepojetí jako postoj k vlastní osobě, ke svému vnitřnímu obrazu „Já“, pak tělesné sebepojetí můžeme označit jako postoj k vlastnímu tělu. Sarah Grogan uvádí, že pojem body image (BI) můžeme chápat jako způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí. „Uvedená definice zahrnuje všechny prvky pojmu BI, které poprvé popsal Schindler: odhad velikosti těla (percepce), hodnocení přitažlivosti těla (úvaha) a emoce spojené s tvarem a velikostí postavy (pocity) (Grogan, 2000, 11). To, má souvislost s prožíváním vnímaným ryze subjektivně, díky čemuž je výsledné sebepojetí spojené s obrazem našeho těla velmi těžko změřitelné (Fialová, 2006). V rámci celkového sebepojetí však tělo zaujímá zásadní pozici. Důvody proč sehrává tělesné sebepojetí v životě současného člověka tak výraznou roli, blíže popisuje Fialová (2001, 36):

Tělo je objektem sociálního a kulturního vývoje. Mění se normy a hodnoty v různých kulturách, epochách nebo prostředích ovlivňují naše sebepojetí. V současné době se dokonce začíná pěstovat kult, který na naše tělo klade náročné požadavky (aby bylo zdatné, opálené, štíhlé a bez tuku, zdravě vypadající...). Tělo se stává designérským produktem a objektem, do kterého musí být investováno. Tělo bývá často veřejně prezentováno i jako symbol úspěchu. Z těchto důvodů je tělo považováno za jednu z nejdůležitějších komponent celkového sebepojetí.

2.2.1 Podstata tělesného sebepojetí

Stackeová (2014) k problematice tělesného sebepojetí přistupuje jako k mentální reprezentaci vlastního těla, která je charakteristická třemi dimenzemi, podobně jako v předchozí kapitole věnované otázce vlastního sebepojetí:

Kognitivní dimenze je vztažena k poznávání vlastního těla. Klíčovou otázkou tvoří představy spojené s rozměry těla jako celku, s jeho tvarem, velikostí, vztahem mezi jeho jednotlivými částmi. Zásadní je vlastní náhled na celkovou tělesnost jako takovou (Fialová & Krch, 2012; Stackeová, 2014). Značný význam pro přijetí či odmítnutí vlastního těla sehrávají představy o tělesné výšce, hmotnosti, obličejí a jeho tvaru, vlasech, jejich kvalitě, o hlasu, barvě očí, podotýká Fialová (2012). Tyto mají zásadní vliv vedoucí ke ztotožnění se s tělem či jeho odmítnutím.

Emocionální dimenze bývá spojena s hodnocením našeho těla. Tato oblast je charakteristická mírou spokojenosti či nespokojenosti s jednotlivými tělesnými partiemi tj. tím, jaký zaujímáme vztah k naší kondici, tělesné funkčnosti, výkonnosti i důvěře ve vlastní kompetence. Tak vnímáme i naše tělesné sebepojetí (Fialová, 2012).

Behaviorální dimenze někdy popisována jako složka *činnostně regulativní* je podle Stackeové (2014) definována aktivitami, které vedou k ovlivnění našeho tělesného vzhledu. Mezi ně můžeme zařadit prvky přijatého životního stylu, stravovací a pohybové návyky, případně dietetické zvyklosti, péči o vzhled a naši kondici (Fialová, 2012). Jak uvádí Stackeová (2014), to, jak vnímáme vlastní tělo, se odráží jako důležitý motivační činitel, který může přerůst až k vytoužené honbě za jeho dokonalostí. Proto je někdy podstoupení různých tělesných korektur a plastických operací nejsnazší formou jak se spokojit s výsledným, i když poupraveným, obrazem svého tělesného „Já“.

Dalším z termínů spojeným s vnímáním svého tělesného „Já“ je tzv. *tělové schéma*. Není výjimkou, že řada autorů jej naprosto totožně identifikuje právě s pojmem tělesného sebepojetí. Stackeová (2014) upozorňuje na určité difference mezi oběma termíny, které se jak sama píše, liší především v rovině oborové. Přestože význam obou pojmů je podobný, tělové schéma je bližší oborům medicínsky založeným. Tělesné sebepojetí pak těm psychologickým, sociologickým, s akcentem na celkové sebepojetí.

Říčan (2005) vysvětluje *tělové schéma* jako prostorovou představu vlastního těla, kterou jsme si bezděčně vypracovali v rámci svého vývoje. Využíváme ho ve svém každodenním životě, a to především ke své vlastní orientaci v prostoru, ve kterém se pohybujeme, a k učení se novým dovednostem. Takto nabytý prožitek spojený se zrakovým či hmatovým vnímáním svého těla mívá silný citový náboj.

2.2.2 Tělo jako základ vlastní identity

Na pojem identita můžeme podle Šanderové (2011) nazírat z dvou různých úhlů pohledu. Podle Fialové a Krcha (2012) chápeme identitu jedince jako prožívání toho, čím člověk je, a to vlastní jedinečnost, autentičnost a konzistentnost v čase a prostoru. Identita se vyvíjí. Neustále se aktivně přetváří, není nám dána a neexistuje sama o sobě, neboť je závislá na kulturním, společenském a historickém kontextu, na společensky uznávaných hodnotách. Samotné uvědomění vlastní identity můžeme chápat jako „...nekončící proces jehož výsledkem je sebeuvědomění jednotlivce na základě hledání, rozhodování a vybírání si toho, čím ve světě je“ (Fialová & Krch, 2012, 22). Identita je neodmyslitelně spojena s tím, jak sami sebe vnímáme ale zároveň i s tím, jak jsme vnímáni ostatními (Šanderová, 2011).

Jenkins (2004) upozorňuje na dva směry vnímání konceptu identity, a to na identitu osobní a sociální či kolektivní. Na osobní identitu je nahlíženo jako na jedinečnost, osobní esenciální odlišnost jedince od osob ostatních. Oproti tomu identita sociální (kolektivní) je vnímána jako představa, kdy se svět skládá z jednotlivých dílčích segmentů, které jako takové tvoří celek a se kterými se daní jedinci identifikují (Šanderová, 2011). Tvorba vlastní identity nemůže probíhat bez přispění dalších aspektů jako je kulturní prostředí, věk, sociální status, politická

příslušnost, gender. Nejedná se tedy o proces, který by se mohl uskutečňovat v sociálním či kulturním vakuu (Šanderová, 2011).

Jak uvádí Fialová a Krch (2012, 26), tělo je ústředním prostředkem k sebeexpresi a k interakci se světem. Díky tomu je i klíčem k pochopení celého „já“. Každý člověk je vlastníkem svého těla - originálního kusu, ve kterém žije a pomocí něhož se i navenek prezentuje (Kastová, 2012). Tělem žijeme, prožíváme, vytváříme si zkušenosti. Tělo je obrazem našich vnitřních emocí, toho co prožíváme, toho co nás formuje, zároveň představuje i místo, ve kterém spočíváme. Pomocí svého těla se také fyzicky setkáváme s druhými lidmi. Náš vnitřní svět se pomocí těla setkává se světem vnějším a na základě rozličných interakcí je člověk schopný svou tělesnou schránku i reflektovat. Tělo tedy význačně ovlivňuje naše sebedefinování (Fialová & Krch, 2012). K tomu abychom se druhým ukázali, abychom mohli být identifikováni, se nejdříve musíme ve světě představit, a to děláme naší tělesností. I přes toto tvrzení existují názory, že svá setkání můžeme realizovat i jiným než fyzickým kontaktem, kupříkladu virtuálně. Přesto klíčová a opravdová setkání probíhají pouze v rovině tělesné (Kastová, 2012). Tělo má tedy i nadále dominanci základu lidského bytí (Fialová & Krch, 2012).

Vnímání identity je běžnou věcí každého člověka. Jedná se o hmotnou záležitost, kterou si začínáme uvědomovat již v raném dětství (Finkelstein, 2007). Postupem času pak přirozeně dochází ke změnám pocitu vlastní identity a tyto změny často vycházejí právě z těla a jeho vnímání (Kastová, 2012). Jedna z prvních velkých a patrně i nejvýznamnějších transformací nastává v období dospívání, neboť tělo prochází řadou změn. Od přeměny vzhledu po vývoj jedincova ega. Tyto změny mohou sami o sobě přispět k vývoji vlastní identity, nebo v opačném případě k její krizi (Fialová & Krch, 2012; Kastová, 2012). Často se setkáváme s vnitřní disharmonií, kdy se tělu odcizujeme a posléze si k němu nacházíme nový důvěrný vztah.

Podle Kastové (2012) je tělo přirozenou základnou vlastní identity. Neustále se mění, přetváří, modeluje. Zkušenosti, které jsou spojeny s těmito tělesnými změnami, tělem nemocným či tělem, které neodpovídá současnému ideálu krásy, mohou vést ke ztrátě jistoty v oblasti vlastní identity. „Jestliže se mění naše tělo, musí se měnit také náš vnitřní obraz našeho těla, a tím je zasažen rovněž náš pocit identity....díky tělu jsme poznáváni jako existující“ (Kastová, 2012, 20).

V současné době není pochyb o tom, že tělo je centrálním bodem vyjádření naší identity a současně i místem jejího ujištění (Kastová, 2012). Stává se též předmětem hlubokého kulturního zájmu podmíněného celou řadou skutečností. Na to upozorňuje i francouzský antropolog Pierre Bourdieu, který se po dlouhá léta zabýval vzájemným vztahem identity a tělesnosti. V rámci svého působení znovuoživil termín *habitus*, který podle Šanderové (2011, 24) představuje „...systém trvalých dispozic, který je nevědomý a kolektivně vštípený. S každým sociálním postavením, které vychází z vlastnictví různých druhů kapitálů, souvisí určitý habitus, a tím i životní styl, odlišné chování, odlišné používání těla a tedy i odlišná identita. Identity jsou proto určitým způsobem „vtělené“.

2.2.3 Význam těla pro celkové sebepojetí

Podle Chrise Shillinga (1993) se postupem času vyvinuly dva protikladné přístupy k tělesnosti a vnímání lidského těla. První z nich je nazýván přístupem naturalistickým, kdy tělo chápeme jako ryze biologický organismus. Proti tomuto tvrzení se postavila skupina sociálních konstruktivistů, kteří vnímání těla zúžili na pouhé působení sociálních faktorů. Podle nich by tělo mělo být chápáno jako výhradně žitá zkušenost. Shilling se proti těmto názorům výrazně ohrazuje. Podle jeho pojetí ani jeden z předkládaných konceptů nedokáže plně zhodnotit opravdový význam lidské tělesnosti. Současným trendem na poli vědeckého zkoumání je tedy propojit a vytvořit ucelenější koncept toho, jak by mělo být tělo vnímáno.

„Tělo reprezentuje příklad fenoménu, který nemůže být exkluzivně zařazen ani do sociálního světa ani do světa přírody. Bylo by chybou vnímat tělo jako presociální biologický fenomén, stejně tak by ale bylo chybou se na něj dívat jako na postbiologickou sociální entitu“ (Shilling, 1993, 105). Představy o vlastním těle jsou důležitou a podle Fialové (2007) i nedílnou součástí osobního modelu skutečnosti každého jedince. Tato skutečnost člověka neustále provází a nutí ho k poznávacímu, citovému i kontrolnímu stanovisku.

Fialová (2007) předkládá tyto poznatky zahraničních výzkumů zabývajících se otázkou tělesného sebepojetí:

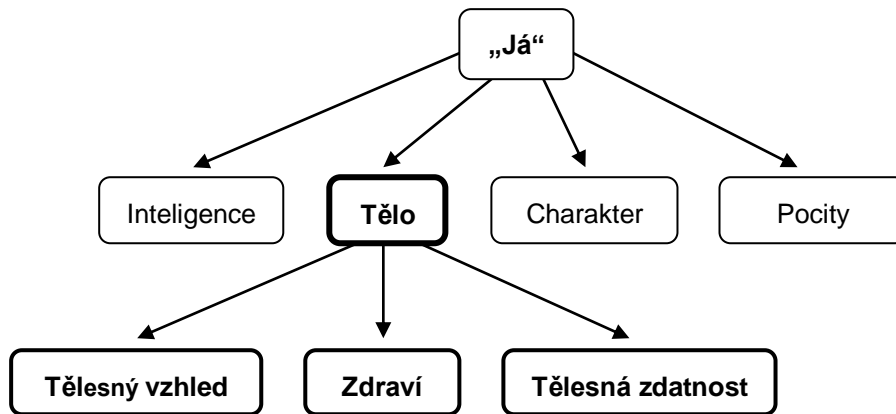
- Tělo je naší vizitkou, vypovídá o věku, pohlaví, zdravotním stavu, společenském postavení, příslušnosti k rase.

- Postoj k vlastnímu tělu podmiňuje náš vztah k ostatním lidem i naše chování.
- Hodnocení vlastního těla má význam pro sebehodnocení a psychické zdraví.
- Tělesná hmotnost je základní složkou tělesného sebepojetí.
- Aktuální či domnělá otylost a touha po štíhlosti nezávisí často na skutečné hmotnosti (zvláště u žen).
- Přílišné prožívání těla může působit i destruktivně, protože nároky na ideální postavu jsou dnes vysoké.
- Současný ideál zdatnosti a štíhlosti prezentovaný médii se orientuje na tělesný typ, který je nereálný pro většinu obyvatel (příliš vysoká a štíhlá postava...).
- V důsledku nepodložené touhy po štíhlosti vzniklé především na základě působení médií narůstá množství stravovacích poruch (především anorexie a bulimie u dospívajících).
- V důsledku pohodlnějšího a konzumního způsobu života se však současně nebezpečně rozšiřuje obezita, která významně ohrožuje zdravotní stav obyvatel ve vyspělých zemích.
- Vývoj tělesného sebepojetí v životě jednotlivce směřuje od oceňování zdatnosti (výkonu) v dětství a mládí (přetrvává déle u mužů) k významu vzhledu v mládí a středním věku (důležitější pro ženy) až k péči o zdraví ve starším věku u obou pohlaví (upraveno dle Fialová, 2007).

2.2.4 Složky tělesného sebepojetí

Jak vyplývá z výše uvedeného, tělo je hlavním prostředkem našeho sebevnímání, sebestopochopení a není pochyb, že i stěžejním prvkem interakce s okolním světem (Hátlová, 2005). Představa, kterou má každý jedinec o svém těle je však do jisté míry určována sociální zkušeností a proměňuje se. Je otevřená novým informacím působícím na člověka a i přes svoji proměnlivost je tělesné sebepojetí považováno za primární složku struktury osobnosti (Grogan, 2000).

Podle Fialové a Krcha (2012) řadíme mezi základní složky tělesného sebepojetí tělesný vzhled, zdraví a zdatnost.



Obrázek 2. Struktura sebepojetí (Fialová, 2001, 29)

2.2.4.1 Vzhled

Současná společnost spatřuje v image člověka jeden ze signálních faktorů společenské percepce. Vzhled se stává nepostradatelnou součástí životního stylu každého jedince a podle Fialové (2001) má právě vzhled největší vliv na celkové sebepojetí. Svůj vztah k tělu a chování cílené na něj je do značné míry zapříčiněno kulturními zvyklostmi, společenskou vrstvou, které jsme součástí. Stěžejní je otázka osobního životního stylu, hodnot, které zastáváme, pohlaví a věku, které se nemalou měrou podílí na vztahu k našemu tělu a jeho celkovému vzhledu (Fialová & Krch, 2012). Pokud hovoříme o přirozené povaze vzhledu, je známo, že primáti obecně jsou vizuálně orientováni. Nina Jablonski rozšiřuje tuto myšlenku o vlastní pohled, kterým se snaží naznačit, jak zavádějící může být pohled současného člověka na vlastní vzhled a jakou důležitost sehrává tato skutečnost v každodenním životě jedince. Tvrdí, že člověk není jen vizuálně orientován, ale je vizuálně přímo posedlý (Jablonski in Berry, 2008, 5.)

Vzhled převzal dominující postavení, prvenství v naší sociální percepce. Náš první dojem, který si o druhém vytváříme, ovlivňuje, a to často nevědomě, naše následné interakce (Berry, 2008). Řada lidí posuzuje druhé právě podle jejich vzhledu, tedy pomocí vizuálních vjemů (Willerton, 2012). Böserová (2011) uvádí, v jakém pořadí jsou jednotlivé tělesné rysy nejčastěji hodnoceny. Prvotním bývá rasa, poté věk, velikost, výraz obličeje (důležitým aspektem jsou oči a vlasy), oblečení a jako poslední je hodnocen pohyb spojený s celkovým držením těla. Podle

toho jakou důležitost přikládáme jednotlivým rysům, vytváříme si i výsledný obraz o daném člověku a o jeho:

- atraktivnosti
- osobnosti a temperamentu
- úrovni vzdělání
- úspěšnosti
- kultivovanosti
- výchově
- finanční situaci
- rozhodovacích pravomocích
- morálních hodnotách
- sociálním postavení

(upraveno dle Fialová, 2006)

„Na jedné straně máme to, co nemůžeme měnit – výška a hmotnost, črty tváře, barva hlasu, na straně druhé máme to, co aktuálně měnit můžeme – oblečení, účes, vzhled“ (Leško, 2008, 47).

Důležitou roli zde mimo jiné sehrává postavení módy a otázka aktuálních trendů. Podle Berry (2008) se móda neustále mění a jejím hlavním cílem je udržovat nás v neustálé nespokojenosti. V současném konzumním světě se předpokládá, že každý spotřebitel vyžaduje to, co je nejnovější, nejmladší, nejlepší. Pokud se necítíme vrcholně atraktivně, zažíváme pocity nedostatečnosti. S tímto konceptem našeho chápání pracují veškeré módní řetězce, které tím na nás vyvíjí mocný tlak: musíme vypadat tak dobře, jak je to jen možné a jak se od nás očekává. „Pretty is as pretty does“. Toto zakódované chápání vzhledu a jeho vnímané atraktivity se váže k mnohým z nás. Dokonce ti, kteří jsou považováni za velmi atraktivní jedince, jsou sami se sebou a svým vzhledem ve výsledku často nespokojeni. K tomuto postoji jsme společensky vychováni. Naše následné chování pramenící z naší věčné nespokojenosti vede k touze po neustálém vzhledovém zlepšování se (Berry, 2008). Otázkou zůstává, zda opravdu můžeme získat absolutní kontrolu nad svým tělem – jeho jednotlivými rysy, které jsou dány určitou tělesnou predispozicí.

Obecně by se dalo říci, že vzhled má větší význam pro ženy než pro muže. Ženy se jím více zabývají a jsou ochotny mu věnovat více svého času a zároveň za

něj utratit více financí. Co se týče mužského vzhledu, v něm hraje důležitou roli výška postavy, kterou muži samotní považují za základ mužské krásy. Známy komplex malých mužů, tzv. „napoleonský“, se snaží většina pánů obvykle kompenzovat svými schopnostmi, dovednostmi a šikovností. Naproti tomu vzhled ženy je spojován s půvabem, ke kterému se lze dopracovat a vydrží déle než krása. K němu řadíme také tělesný a duševní soulad: nejen postavu a obličej, ale také ladnost pohybů, chůzi, způsob vyjadřování, duševní vyspělost či vzdělanost. Důležitá je zde celková osobnost ženy (Fialová & Krch, 2012).

Člověk se přirozeně snaží vlastní vzhled aktivně dotvářet. Díky tomuto procesu dotváří ucelený obraz osobnosti, který je hodnocen a předznamenává tak i následné reakce okolí. Samotná péče o vlastní vzhled je u různých jedinců značně odlišná. Důležitým faktem však zůstává, že se mění a zároveň vyvíjí během celého života. Je prokázáno, že více se o svůj vzhled zajímají mladí jedinci nebo jedinci nejistí sami sebou. „Sebeobraz takovýchto osob je hodně závislý na tom, jak reagují druzí...O svůj vzhled pečují i lidé, kteří se sociálně proměnili, nově začlenili do skupiny“ (Fialová, 2006, 13).

Jak však ve svém výzkumu uvádí Stárková s Luňáčkovou (2004), muži často preferují vzhled partnerky, neboť ženskou krásu rádi obdivují. Vzhled je pro ně důležitější než schopnosti, kterými oplývá. Naopak ženy považují vzhled partnera za méně významný. Zajímavým zjištěním byla skutečnost, že dívky trpící určitou nemocí nejčastěji preferovaly atletickou postavu muže, která z historického pohledu prezentuje ideální mužskou figuru. To může vypovídat o jejich vlastní snaze přiblížit se dokonalému ideálnímu obrazu sebe sama nebo alespoň o přiblížení se k němu (Stárková & Luňáčková, 2004, 310).

„Vzhledové charakteristiky hrají zejména ve fázi seznamování důležitou roli. Jde o klasické vzájemné „vábení“, které je vlastní celé živočišné říši“ (Stárková & Luňáčková, 2004, 310).

2.2.4.2 Zdatnost

„Schopnost těla fungovat optimální účinností a hospodárností nazýváme zdatností“ (Fialová, 2001, 43). Zdatnost můžeme z odborného hlediska rozdělit na zdatnost obecnou a tělesnou. Obecná zdatnost bývá charakterizována jako „fenotypově podmíněná, v různém stupni rozvinutá celostní dispozice vyrovnat se

s aktuálními nároky, respektive jako schopnost/dovednost odolávat aktuálním vlivům prostředí, s využitím homeostatických regulačních mechanismů“ (Klimtová, 2005, 29). Na druhé straně zdatnost tělesná (tělesná kondice či fitness), která spadá do již zmiňované zdatnosti obecné, je z hlediska tělesného sebepojetí vnímána jako celková funkčnost a výkonnost vlastního těla (Fialová & Krch, 2012; Klescht, 2008). Podle Klimtové (2005, 29) je tělesná zdatnost dále definována jako „způsobilost vykonávat každodenní úkoly energicky, bez známek únavy, využívat s potěšením volný čas, čelit nepříznivým jevům, vzdorovat stresu, snášet jej a přežívat v obtížných podmínkách, které by nezdatný jedinec musel opustit“.

Tělesná zdatnost je v současné době definována jako zdatnost zdravotně orientovaná (*health related fitness*). V komplexním pojetí je tělesná zdatnost podle Čevely, Čeledové a Dolanského (2010) dána zdatností aerobní, tedy vytrvalostní, dále svalovou silou, celkovou pohyblivostí a koordinací. Pohyblivost je ovlivněna flexibilitou kloubů, šlach a vazů. Koordinace je pak určena celkovou nervosvalovou souhrou.

Každá z těchto složek má pro výslednou zdatnost nezastupitelnou roli. Pro zdraví člověka a udržení jeho zdatnosti bývá zásadní složka vytrvalostní, která by měla být dominantně zabezpečena pravidelně prováděnou pohybovou aktivitou aerobního charakteru (Čeledová & Čevela, 2009).

Podle Tombaka (2013) je vzhled odrazem našeho zdraví a jeho důležitým faktorem, který náš zevnějšek neustále ovlivňuje. Naše oči, chůze, vlasy, kůže nám mohou prozradit mnohé o našem psychickém i fyzickém rozpoložení, zdraví a skrytých procesech odehrávajících se uvnitř našeho těla.

Jestliže si uvědomíme význam tělesné zdatnosti pro naše zdraví fyzické i psychické a pokusíme se udržovat svou kondici v rámci našich individuálních možností, bude naše tělesná schránka lépe fungovat i vypadat a my se budeme cítit kompetentně a spokojeně. Každá doba má svůj ideál krásy a zdatnosti, který není dosažitelný pro všechny, ale jemuž se můžeme alespoň přiblížit (Fialová, 2001, 44).

2.2.4.3 Zdraví

Oblast týkající se zdraví je podrobněji popsána v samostatné kapitole 2.5.

2.2.5 Tělo v historickém kontextu

Již od počátku lidských dějin se vytvářela jasná představa o ideálním ženském a mužském těle, jejich křivkách a kráse. Společensky daná představa o tom, jak by měla taková žena a muž vypadat, jakou by měli mít „image“, byla vždy značně ovlivněna prostředím, ve kterém žili. Kulturní prostředí, politická situace, sociální klima, pracovní prostředí, náboženství a další faktory měly vždy podíl na jednotlivých odlišnostech v nazírání na lidské tělo v různých etapách vývoje lidstva (Moe, 1999). Fialová (2007) uvádí, že větší pozornost byla téměř vždy věnována spíše ženám a jejich tělesnému obrazu. Mimo již výše zmíněné faktory byl ideál krásy ovlivňován jak dobovou estetikou, tak i oceňovanými vlastnostmi tehdejších žen, mezi něž mohla patřit plodnost, střídmost či pohlavní přitažlivost.

Cílem této kapitoly je přiblížit pohled na tělo a jeho vnímání v průběhu lidských dějin. Z pohledu naší práce bude stěžejní zaměřit se na období 20. století, které bylo velice dynamické, ve sféře lidského života značně proměnlivé a z pohledu nazírání na lidské tělo stěžejní (Švecová, 2014).

Z pohledu Moe (1999) je počátek minulého století úzce spojen s renesancí trendu štíhlé postavy. Následování aktuálních trendů zabezpečovaly ilustrace modelek v časopisech, které v pozdější době vystřídaly fotografie působící bezesporu autentičtějším dojmem. Návrat ke štíhlému tělu mohla podpořit nastupující myšlenka vzniku konfekce s jasně danými standardizovanými velikostmi, které do té doby neexistovaly, popisuje Crook (1995). Ženy byly doposud odkázány na vlastní šikovnost, kdy si veškeré oděvy musely šít buď sami, nebo si je nechávaly zhotovit na míru. „Těla neodpovídající soudobé módě začala být opomíjena. Místo toho, aby byly šaty šity na míru, musela se těla přizpůsobovat šatům“ (Crook, 1995, 46).

Začátkem 20. století se v popředí zájmu mnoha žen objevuje tzv. „Gibson Girl“, kterou jako ilustraci nesoucí jasné poslání ženské krásy a ideálních křivek vytvořil umělec Charles Gibson (Anonymous, 2001). Postava „Gibson Girl“ byla atletického typu, vysoká, štíhlá, útlého pasu přesto však obdařena plnými nadry a výraznými boky. Vlasy měla vyčesané do drdolu, tak, aby vynikla křivka její šíje. Bylo to vůbec poprvé, kdy oblečení nechalo veřejnosti odhalit část dolních končetin a kotníky. Na tehdejší dobu se jednalo o velice ambiciózní počín.

Móda a následování aktuálních trendů si pomalu vydobývaly své místo v povědomí soudobých žen a to především díky objevu světa kinematografie

a rozvoji médií obecně, kdy se informace začaly šířit velice rychle. V souvislosti s tím se objevuje i nový styl odívání tzv. „Flapper“, který zažil svůj největší boom po konci první světové války a rychle se ujímá díky okolnostem, které přineslo poválečné období (Grogan, 2008). Charakteristickým rysem byla menší chlapecká postava, kterou v té době prezentovaly kupříkladu světoznámé ikony filmového plátna Clara Bow či Mary Pickword a objevuje se kompresní spodní prádlo, které mělo docílit ideálních tělesných tvarů a štíhlých boků, které se u finalistek miss USA pohybovaly v průměru okolo 81-63-89 (Grogan, 2008). Chlapecký styl oblékání byl pro ženy, které oproti minulosti trávily prací více času mimo domov, velice praktický. Současně symbolizoval změnu v tradičním pojetí žen, jejich rostoucí emancipaci, oblékání a změnu v očekávaném chování (Moe, 1999). Nezkracovaly se jen sukně, ale i vlasy.



Obrázek 3. Představitelky stylu „Flapper“ (Ruggiero, 2012)

Meziválečné období je známo svým návratem k plnějším tvarům, které měly příznačně evokovat prosperitu a vysoký životní standard majitelek těchto figur. Křivky se opět dostaly do módy. I díky hollywoodským hvězdám jako byla Jean Harlow nebo Mae West, se trend plných ňader vrátil. Na to zareagoval stále se rozvíjející módní průmysl, který se zaměřil na nový střih šatů, které by vyzdvihly ženské přednosti. Oproti předchozí dekádě se průměrný obvod ňader dívek soutěže miss USA zvětšil o celých 5 cm (Grogan, 2008).

Nastavený trend štíhlého těla a plných ženských tvarů pokračoval i v letech padesátých. V centru zájmu módního průmyslu se objevuje dívka s velkými ňadry, vosím pasem a štíhlýma dlouhýma nohama. Ideální postava se začala podobat dnešní preferované postavě ve tvaru přesýpacích hodin. Obvod ňader a boků se ustálil na obvodu kolem 90 cm. Předpokládalo se, že se ženy budou snažit vypadat tak, jako populární panenky Barbie (Crook, 1995). Tento trend ztělesňovala americká filmová herečka Norma Jean Baker Mortenson, která se po brzkém podepsání smlouvy se studiem 20th Century Fox přejmenovala na Marilyn Monroe.

Po nafocení snímků pro časopis Playboy, se Marilyn rychle ocitla na vrcholů své slávy a stala se tak dokonalým symbolem smyslnosti



a ženské krásy pro většinu americké populace (Anonymous, n.d.; Grogan, 2008).

Zásadní změna přišla v průběhu šedesátých let, kdy módním světem otřásla vlna dietních zázraků typu nápoje Metracel, který započal zlatou éru multimilionářského dietního průmyslu. Diety se staly nezbytnou součástí běžného života (Crook, 1995). Na titulních stranách časopisů se objevila britská modelka přezdívaná „Twiggy“ jejíž hubené, ploché tělo připomínající spíše mladou adolescentní dívku, se stalo vzorem pro celou generaci mladých žen. Její hmotnost jen stěží překračovala hranici 40 kilogramů. Štíhlá postava se stala symbolem svobody, nekonvenčnosti a nezávislosti (Grogan, 2000).

Obrázek 4. Twiggy pro magazín Vogue (Google, n.d.)

Až do osmdesátých let se trend ideální ženské postavy nijak zvláště nezměnil. Obecně stále platil již dříve nastavený trend štíhlé postavy tvaru přesýpacích hodin. Modelky prezentovaly svá těla jako pevná, štíhlá, pružná (Grogan, 2000). K toužebnému získání takové postavy posloužil mediální průmysl, apelující k návštěvě fit center a dodržování zdravého životního stylu.

Devadesátá léta přinášejí nový pohled na ženskou krásu. Dle Grogan (2008) se do popředí zájmu dostávají modelky typu tzv. „waif“, což volně přeloženo

znamená nalezenec či sirotek. Jejich charakteristickým rysem byla výrazná hubenost. Ikonou této doby se stává britská modelka Kate Moss. Vrcholem tohoto období je nastupující generace modelek tzv. „heroinového typu“. Typickým znakem je výrazné černé líčení, vlasy bez lesku a extrémní vyhublost, která je shodná s jedinci závislími na heroinu (Grogan, 2000).

Se vstupem do nového tisíciletí se otevřely i nové možnosti jak prezentovat ideál ženského i mužského těla. Internet se stává nejpoužívanějším médiem mladé generace žen a mužů. Sociální sítě jako Facebook či Twitter získávají na popularitě a stávají se jednou z nejnavštěvovanějších webových stránek. Oblíbenost těchto sociálních médií podpořila obchodní zájem módních koncernů s cílem působit na vnímání ženských a mužských tělesných ideálů (Fardouly & Vartanian, 2015). Současná americká média velice často prezentují ženy jako určité dosažitelné sexuální objekty. Role ženy jako sexuálního objektu se stává součástí tzv. „heterosexuálního skriptu“. Díky rafinovaně zvoleným prezentacím ženských těl se muži stávají citově angažovanější (Murnen, Poinsette, Huntsman, Goldfarb, & Glaser, 2015).

2.2.6 Podstata ideálu štíhlého těla

„Ideálem tu je tělo, které je absolutně pevné, zkrocené, spoutané, tuhé“

(Grogan, 2008, 15)

Dnešní doba je spojena s významným působením kulturních vlivů a společenských norem odrážejících se mimo jiné i na způsobu jak své tělo prožíváme. Moderní pojetí ideálu krásy s sebou nese mnoho předsudků. Otázka štíhlosti je jedním z nich. Štíhlé tělo se stává symbolem úspěchu, který člověk veřejně prezentuje. S tím úzce souvisí rozšiřování mýtů o ideální hmotnosti, které vedou až k posedlosti vlastním tělem a jeho podobou (Fialová & Krch, 2012). Tento rozrůstající se trend nazývá Becker (1981) *kultem těla*.

V období adolescence vzrůstá zájem o vlastní tělo. Pěstování kultu těla se tak stává prioritní záležitostí, a to především pro svůj sociální význam. Nastává období, kdy se jedinec hodnotí, srovnává se s vrstevníky a porovnává svůj vzhled se společensky přijatelným tělesným ideálem. Jestliže do tohoto ideálu zapadá, jeho

sebevědomí je posilováno, jasně se definuje jeho postavení ve skupině, prestiž u druhého pohlaví i vlastní identita (Zachárová & Šimíčková-Čížková, 2011).

Sarah Grogan (2008) spatřuje pojitko mezi obecně platným vnímáním štíhlé postavy a jednotlivých rysů či vlastností osoby, která je touto „ideální“ postavou obdařena. Podle Grogan je štíhlost spojována se zdravím, mladistvostí, úspěchem, štěstím a společenskou přijatelností. „Štíhlost je dnes znamením ženskosti. Být štíhlá je ženské a půvabné. Když žena ztělesňuje společenský ideál, obvykle bývá obdivována a uznána“ (Crook, 1995, 17-18). Zajímavý výzkum předkládá Brown a Slaughter (2011). Všichni jeho účastníci ve věkovém rozmezí od 4 do 26 let se totiž shodli na tom, že atraktivní tělo je to, které je hubenější než obecně platný ideál. Z čehož vyplývá, že, ideál štíhlosti je prezentován již u dětí předškolního věku a zůstává stabilní až do dospělosti. Pokud žena vyniká ideálními křivkami, je podle Crook (1995) společností srdečněji přijímána a na rozdíl od ženy, která svými tělesnými dispozicemi nevyhovuje „standardu“, se jí dostává i dostatečného obdivu od okolí. To působí na celkovou osobnost ženy, neboť ve štíhlém těle se cítí dobře. Stejnou reakci přijímá od svého okolí, a to značně ovlivňuje, jakou k sobě chová úctu a důvěru ve vlastní směřování v životě. Navíc podle Grogan (2008) je preferovaným cílem mužů postava přiměřeně svalnatá, které současně splňuje i aktuálně přijímané parametry štíhlosti.

Naopak lidé s nadváhou bývají spojováni s nedostatkem vlastní vůle, sebekontroly a s leností. Navíc jsou považováni za fyzicky neatraktivní, s nízkou úrovní sex appealu a často jim díky jejich nežádoucímu vzhledu přisuzovány i další negativní charakteristiky, které se však od reality mnohdy značně liší (Grogan, 2008). Thomas Cash (in Grogan, 2008) zmiňuje, že s dětmi, které trpí nadváhou je již od raného dětství zacházeno jinak než s jejich vrstevníky, kteří splňovali společensky uznávaný koncept tělesnosti. Děti si odmítají hrát s těmi, co mají nadváhu. Ti jsou svými vrstevníky hodnoceni, vyčleňováni ze společného kolektivu, a to vše jen díky společensky nastaveným předsudkům, které bohužel většinou přetrvávají až do dospělého věku.

Podle Stárkové a Luňáčkové (2004) není většina populace spokojena se svým tělesným sebepojetím, se svou postavou. Proto držíme diety, pečujeme o svůj zevnějšek, pravidelně provádíme určitou pohybovou aktivitu. „Zmítáme se v neustálém hledání norem, které by nám pomohly dospět ke spokojenosti se sebou.

Nejde vždy jen o respekt vůči sociálnímu diktátu v oblasti tělesného vzhledu. Důvodem úsilí o štíhlost může být i ryze primitivní pocit – strach, především strach z obezity a jejích zdravotních důsledků“ (Stárková & Luňáčková, 2004, 308).

Z tohoto tvrzení vychází i samotná podstata štíhlosti. Proč západní kultura preferuje obraz štíhlého vysportovaného těla? Grogan (2008) vychází z poznatků biologů a některých z psychologů, kteří se domnívají, že přednost štíhlé postavy je jasně biologicky zdůvodnitelná. Tento přístup vychází ze skutečnosti, kdy štíhlou postavu považujeme za zdravější než tu s nadváhou. Druhý názor se opírá o skutečnost, že otázka idealizace štíhlosti je v dnešní době spíše naučeným stereotypem. V tomto případě hrají biologické argumenty pouze okrajovou roli a značnou úlohu zde sehrává prostředí kulturní, které určuje, co je pokládáno za atraktivní (Fialová, 2001).

Ideál štíhlého těla existuje poměrně krátkou dobu a za posledních několik let se požadavky kladené na obraz našeho těla ještě zpřísnily (Fialová, 2001). Pokud se však ohlédneme za vývojem trendu štíhlosti, zjistíme, že ne vždy bylo štíhlé tělo spojováno se zdravím a ne všude tomu tak je i v současné době. Chudší kultury, kde může hubenost naznačovat negativní faktory (například nemoc) mají tendenci spíše oceňovat tloušťku, zatímco trend západní kultury (kde může být hubenost spojována se sebekontrolou a sebepopíráním tváří v tvář nadbytku) mají tendenci vážit si spíše štíhlosti u žen a maskulinity u mužů (Mulasi-Pokhriyal & Smith, 2010; Grogan, 2000). Kupříkladu ve 20. letech minulého století bylo příliš štíhlé tělo spojováno s určitým neduhem, nemocí, nejčastěji v souvislosti s rozšiřující se tuberkulózou (Bennett & Gurin, 1982). Grogan (2008) uvádí, jak je extrémní štíhlost vnímána některými zeměmi afrického kontinentu. Být příliš hubený není známkou zdraví, ale přetrvávající nemoci. Štíhlost je zde spojována se smrtí a v důsledku vysokého počtu nakažených nemocí AIDS i jejím synonymem.

2.2.7 Negativní body image a důsledky nepřijetí vlastního těla

Spokojenost člověka se sebou samým, s vlastním tělem do značné míry ovlivňuje chování daného jedince. Důležitým faktorem jsou dle Fialové a Krcha (2012) pocity, které k sobě člověk chová, jak o sobě smýšlí a jak se domnívá, že o něm přemýšlí ostatní. Vliv pocitu vlastní hodnoty se opírá o mínění druhých osob, a pokud dochází k pravidelným pozitivním potvrzením naší osoby a s tím i spojené

tělesnosti, tyto pocity jsou zdrojem velmi silných příjemných emocí. Zajímavým zjištěním jsou výsledky studií, které potvrdily, že „způsob vnímání vlastního těla není určován skutečným tvarem a velikostí těla, ale subjektivním hodnocením jednotlivce, co to znamená mít určitý typ postavy v dané kulturní skupině“ (Fialová & Krch, 2012, 141). Můžeme tedy konstatovat, že „nespokojenost existuje v kontextu subjektivního a společensky podmíněného způsobu vnímání vlastního těla (BI)“ (Fialová & Krch, 2012, 141)

Negativní BI bývá často srovnáváno s tzv. *poruchami BI*. Přesto však pouhá nespokojenost s vlastním tělem nemůže být chápána jako dostatečně platný argument dysfunkce nebo poruchy našeho tělesného sebepojetí. Thompson tyto poruchy definuje jako přetrvávající nespokojenost či distress spojený s aspekty vnímání vlastního vzhledu, který se projevuje zhoršením našich sociálních interakcí a pracovního fungování (Cash, Phillips, Santos, & Hrabosky, 2004). Jedinci s negativním BI se cítí nedostatečně, nepříjemně, neatraktivně a díky těmto pocitům u nich častěji dochází k porovnávání s jedinci, kteří na rozdíl od nich své tělo přijímají. Lidé trpící touto poruchou své tělo odmítají, nevidí ho reálně, takové jaké skutečně je ale zkresleně. Podle Nordqvista (2014) je však běžně se vyskytujícím a zcela normálním jevem skutečnost, že lidé jsou s určitými částmi svého těla nespokojeni. U mužů tato nespokojenost pramení především ze subjektivního vnímání míry jejich mužnosti zastoupené objemem jejich svalové hmoty. U žen je za problematickou partii nejčastěji označována oblast stehen, boků, hýždí a břišní krajiny (Cash et al., 2004). „Zpočátku zdravý zájem může přerůst až k posedlosti, od zdravé výživy k chronickým dietám, od cvičení ke kulturistickému budování svalů, od doplňků stravy k steroidním hormonům, od formování těla k chirurgickým zásahům“ (Fialová & Krch, 2012, 39).

Počáteční nespokojenost s určitou tělesnou proporcí může dle Fialové a Krcha (2012) vést k zobecnění a odmítnutí těla jako celku. Závažnost situace nastává v momentě, kdy tento stav přetrvává po dlouhou dobu neměnný. Pocity s tím spojené mají neblahý přesah do celé osobnosti jedince a posilují výhrady k vlastní osobě. Takový člověk spatřuje svou nedokonalost i ve všem ostatním, co s tělesností nemá nic společného. Osobnost jedince, jeho inteligence, schopnosti a dovednosti, to vše, je člověkem s nízkým BI vnímáno negativně a nedostatečně (Nordqvist, 2014; Willet, 2007).

Důsledkem tohoto jevu může být ztráta posledních zbytků sebevědomí a smyslu života. Myšlení a sociální vztahy jsou determinovány pocity nedostatečnosti a studu, mění se nálada a oslabuje se motivace něco se sebou dělat. Klesá zájem okolí, ubývá sociálních kontaktů a aktivity a naopak vzrůstá sebelítost. Zároveň se posilují pocity méněcennosti, které vedou k pasivitě. Reakcí je únik před světem (Fialová & Krch, 2012, 38).

2.3 Typologie lidského těla

Podle Paulíka (2006) můžeme na osobnost jedince nahlížet z několika možných úhlů pohledu. Pro naši práci bude stěžejní zaměření se na jedince z pohledu jeho vnějšího obrazu, struktury a tělesné stavby, která u něj dominuje. Tělesné vzezření vychází především z konstitučního základu, který v podstatě nejde nijak zásadně změnit. Jedním ze základních konstitučních znaků je vzrůst, tělesná vyspělost, stavba kostry, jednotlivé tělesné proporce i rozložitost celého těla.

Následující text si klade za cíl pochopit, jakou úlohu hraje tělo, jeho postupné utváření, vnímání i výsledný tělesný obraz podle určitých schémat, která byla vytvořena v procesu vývoje oblasti zabývající se posuzováním tělesné stavby zvané konstituční typologie.

Pokud se podíváme na celou problematiku tělesnosti dle Fialové a Krcha (2012), zjistíme, že tělo je vnímáno jako jeden z hlavních nástrojů komunikace s okolním světem. Informace o tom, jak budeme vnímat druhého člověka, co si o něm budeme myslet, tzn. vytvoření si našeho prvního dojmu, získáváme různými způsoby. Uvádí se, že tento první dojem získáme již během prvních dvou minut setkání a ačkoli se na výsledném úsudku podílí hned několik faktorů, to, co je prvotním měřítkem, dostupné a našim očím viditelné je náš zevnějšek, naše tělo, jeho stavba a proporce.

2.3.1 Vývoj konstituční typologie

Termín konstituční typologie je úzce spojen se strukturou osobnosti každého jedince, především pak s jeho tělesnou složkou. Podle Nakonečného (2009) se pojmem *konstituce* v užším slova smyslu rozumí jakési utváření těla člověka. V současné literatuře se však více setkáváme s tvrzením, ve kterém vnímání pojmu konstituce zahrnuje všechny morfologické a funkční znaky těla. Podobný vhled do

této problematiky nabízí i Kutáč (2009), který konstituční typologii popisuje jako tělesnou stavbu, která je dána souborem morfologických či morfologicko-fyziologických charakteristik. Nakonečný (2009) upozorňuje i na aspekt vzájemné interakce mezi znaky utváření těla jako takového a psychickými vlastnostmi daného jedince.

S typologickým členěním tělesné stavby člověka se setkáváme již od dob starověku, kdy se do popředí zájmu dostává uvažování o člověku, o jeho osobnosti, struktuře a zvláštnotech. „Od Hippokrata se dějinami evropského biologicko-medicínského myšlení odvíjí tradice rozlišování dvou protikladných typů tělesné stavby: úzkého, štíhlého, protáhlého na jedné straně a rozměrného, krátkého, zavalitého na straně druhé“ (Smékal, 2009, 161). Dle Kutáče (2009) se sice jednalo o velmi primitivní členění, mělo však svou výpovědní hodnotu. Chceme-li hovořit o konstituční typologii v pravém slova smyslu, její základy nalezneme až v průběhu 19. století, kdy se postupně rýsovala představa o základních tělesných typech a jejich charakteristikách. V mnoha případech se jednalo o vymezení dvou až čtyř vyhraněných tělesných typů, které však v porovnání s populací charakterizují jen malou měrou skutečnost s reálným obrazem jejich zastoupení ve společnosti (Kutáč, 2009).

Níže jsou uvedeny konkrétní přístupy jednotlivých autorů, kteří se nejvíce zasloužili o vývoj a výsledné nahlížení na teorii konstituční typologie.

2.3.1.1 Typologie E. Kretschmera

Jedním z prvních průkopníků v oblasti konstituční typologie byl německý psychiatr Ernst Kretschmer žijící v letech 1888 až 1964, který se zasloužil o vypracování systému klasifikace tělesných typů z hlediska vzájemných vztahů mezi psychikou jedince a jeho tělesnou stavbou (Kutáč, 2009).

Kretschmer postupoval metodou klinického pozorování podle předem daného schématu, v němž systematicky popsal a následně kvantifikoval dvanáct charakteristik těla, mezi níž zahrnul celkovou výšku a hmotnost, rozměry a tvar hlavy, hranatost či zaoblenost, barvu či kvalitu pokožky (Smékal, 2009). Zjištěné údaje, jak uvádí Kutáč (2009), se postupně zúžily do tří výsledných kategorií reprezentující jednotlivé tělesné typy:

- *Astenický typ* = *Astenik, Leptosom* (Vysoký, hubený s úzkými rameny, ochablým svalstvem a propadlým hrudníkem a tvrdými rysy ve tváři. Obvykle oplývající značnou vitalitou).
- *Pyknický typ* = *Pyknik* (Zavalitý, rozměrný, spíše menšího až středního vzrůstu, oblých tvarů, kulatého obličeje, krátkého krku s tendencí hromadění tuku především v oblasti trupu a břicha. Charakteristický je sklon k tloušťce). (Nakonečný, 1997b; Nakonečný, 1997a).
- *Atletický typ* = *Atletik* (Vysoká svalnatá postava s širokými rameny, úzkými boky a mohutným hrudníkem. Obličej je menší a často protáhlý. Svou tělesnou stavbou stojí na pomezí mezi astenikem a pyknikem).

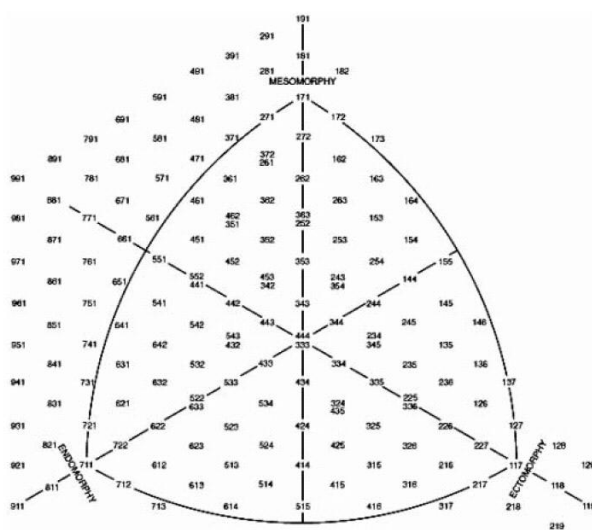
2.3.1.2 Typologie W. H. Sheldona

Na počátku 40. let 20. století vystoupil americký lékař William Herbert Sheldon s myšlenkou vytvořit nové schéma konstituční typologie, které rovněž vycházelo z předpokládané korelace tělesných a psychických vlastností (Smékal, 2009; Nakonečný, 2009). Svým zaměřením Sheldon navázal na práci Ernsta Kretschmera, přesto se však jeho přístup v mnohém lišil. „Na rozdíl od kvalitativního Kretschmerova přístupu uvažuje Sheldon kvantitativně a každou ze tří dimenzí charakterizuje podle její výraznosti...“ (Smékal, 2009, 165). Přestože jsou jeho typy stavby těla v podstatě totožné se schématem vytvořeným E. Kretschmerem, k jejich určení vedla jiná cesta. „Zatímco Kretschmer vycházel z antropometrie, Sheldon používal především fotografie těl...“ (Nakonečný, 2009, 278).

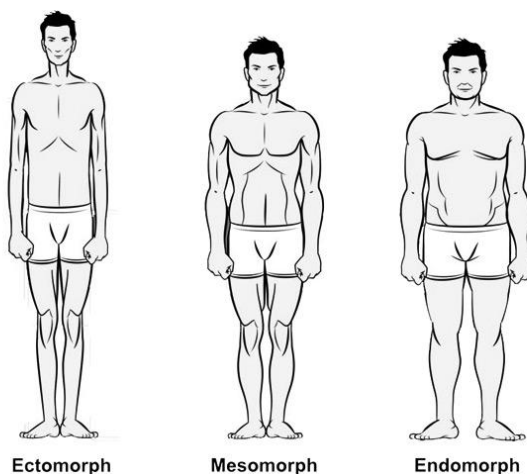
Jak uvádí Mikšík (2007) a Smékal (2009), výzkumný vzorek tvořilo 4000 vysokoškolských studentů, jejichž nahá těla vyfotografoval ve třech standardních pozicích: zepředu, zezadu a z profilu. Poté na získaných fotografiích provedl 17 měření, ze kterých vypočítal 18 antropometrických indexů na pěti oblastech těla (Smékal, 2009; Nakonečný, 1997a). Výsledkem bylo určení tzv. *somatotypu*. Jak uvádí Kutáč (2009, 10), „somatotyp umožňuje popis momentálního morfologického stavu jedince. Dává nám komplexnější představu o stavbě těla. Můžeme si udělat představu o relativní tloušťce či hubenosti jedince, jeho kosterně svalového rozvoje a linearity“. Somatotyp dále definuje jako vztah morfologických komponent vyjádřený třemi různými čísly, kdy každé z předkládaných čísel představuje jednu z komponent.

Tyto komponenty, vycházejí z názvů zárodečných listů podléjících se na vývoji tělesných tkání, pak nazval: ektomorfie, mezomorfie a endomorfie.

Po seřazení hodnot jednotlivých škál dostaneme číslo, které zaneseme do názorného grafu, který má podobu zaobleného trojúhelníku (Meško, 2014) a najdeme v něm zastoupení pro všechny jedince populace. Smékal (2009) dále upozorňuje, že u samotných vrcholů grafu se nacházejí výrazné čisté biotypy. V jednotlivých částech plochy se soustřeďují typy kombinované a smíšené. Prostor v centrální části trojúhelníku je charakteristický pro jedince s ideálně harmonickým biotypem (Smékal, 2009).



Obrázek 5. Typologické schéma podle Sheldona (Smékal, 2009)



Obrázek 6. Hlavní somatotypy podle Sheldona

2.3.1.3 Typologie Heath-Cartera

Metoda určení tělesné stavby jedince podle Heathové a Cartera se do jisté míry shoduje s principem schématu, který vytvořil William H. Sheldon. Jak uvádí Meško (2014), Heathové a Carterovi se podařilo navázat na poznatky jejich předchůdce a na základě těchto zjištění vytvořit regresivní rovnici, díky které je možné z antropometrických údajů vypočítat výsledný somatotyp. Konečný somatotyp vyplývá již z dříve zjištěných poznatků zárodečných listů lékaře W. H. Sheldona (ektodermu, mezodermu a entodermu) (Kutáč, 2009).

Poprvé byla tato nová metoda testována v roce 1968 na Olympijských hrách (OH) v Mexiku a o čtyři roky později i na OH v Montrealu, přičemž sledovaný soubor tvořili sportovci, kteří se těchto her účastnili (Kutáč, 2009).

Přestože se Heathová a Carter inspirovali již vytvořeným systémem, hlavním rozdílem oproti Sheldonově metodě je aspekt kvantity. Oproti Sheldonovi, který výsledný somatotyp stanovil tak říkajíc „od oka“, důležitým aspektem byla vlastní intuice (Smékal, 2009). Heathová a Carter definují techniku určení somatotypu jako ryze kvantitativní metodu vedoucí k posouzení tvaru těla a jeho složení (Carter, 2002). Stejně jako u Sheldona, i zde je výsledná komponenta tvořena třemi za sebou jdoucími čísly, která jsou psána vždy ve stejném pořadí. Kutáč (2009) blíže charakterizuje jednotlivé komponenty, které z předkládané metody vyplývají:

Ektomorfie (Vztahuje se k relativní délce částí těla. Nízká hodnota označuje jedince s relativně krátkými končetinami. Vysoká hodnota označuje typ s relativně dlouhými končetinami a relativně dlouhými segmenty celého těla).

Mezomorfie (Vztahuje se k relativnímu svalově kosternímu rozvoji ve vztahu k tělesné výšce. Nízká hodnota označuje jedince se slabou kostrou a málo vyvinutým svalstvem. Vysoká hodnota označuje jedince s výrazně kosterně svalovým rozvojem).

Endomorfie (Vztahuje se k relativní tloušťce či relativní hubenosti jedince. Hodnocenou složkou je tedy množství podkožního tuku. Nízké hodnocení označuje typ jedince s malým množstvím podkožního tuku. Vysoké hodnocení je dáno jedinci s vysokým množstvím podkožního tuku).

Na rozdíl od fotoskopie je podle Kutáče (2009) tato metoda, označována jako antropometrická, výhodnější, a to především pro svou objektivnost, přesnost i relativní jednoduchost při stanovení výsledného konstitučního typu. Výsledný antropometrický somatotyp vychází z 10 měřených parametrů. Konkrétně se měří: tělesná výška a hmotnost, šířkové rozměry (šířka dolní epifyzy humeru a femuru), obvodové rozměry (maximální obvod lýtky a paže ve flexi) a kožní řasy (nad tricipsem a lýtkem, kožní řasa subskapulární a suprailiakální).

Přestože přesnost stanovení somatotypu vychází především z přesnosti měření uvedených parametrů, kdy nejproblematictější bývá měření kožních řas, dle Riegerové, Přidalové a Ulbrichtové se určení výsledného somatotypu na základě antropometrického měření stalo metodou celosvětově rozšířenou a v současné době značně užívanou (Riegerová et al., 2006; Kutáč, 2009).

2.4 Metody měření tělesných proporcí

2.4.1 Body mass index

Body mass index (BMI) nebo také index tělesné hmoty je jedním z nejnámějších a nejvíce užívaných proporcionálních indexů a vyjadřuje vztah mezi tělesnou hmotností a výškou postavy jedince (Stejskal, 2004; Kokaisl, 2007). Ve své podstatě jde o jednoduchý ukazatel vedoucí ke klasifikaci tělesné podváhy, normováhy či obezity a je tak považován za důležitý indikátor rizika hromadných neinfekčních onemocnění, mezi které spadá kupříkladu obezita. Čím vyšší je tedy hodnota BMI, tím vyšší je i riziko některých onemocnění jako je kromě již zmíněné obezity i předčasná smrt, kardiovaskulární onemocnění, vysoký krevní tlak, osteoartritida, některé druhy rakoviny a diabetu, které se k obezitě úzce váží (WHO, n.d.). Ferrara (2005) dokonce klasifikuje jednotlivé choroby spojené s vysokým BMI do 3 kategorií: od těch s mírně zvýšeným rizikem až po ty s velmi vysokým rizikem. Index BMI je tedy jasným prediktorem morbidity a mortality populace. Ferrara (2005) se v této souvislosti zmiňuje o BMI jako o indexu posouzení tělesného tvaru postavy, který byl stanoven již koncem 19. století belgickým antropologem Adolphem Queteletem, nicméně znovu objeven byl až v průběhu následujícího století a v roce 1972 oficiálně pojmenován Ancel Keys jako již zmíněný BMI (Eknoyan, 2007). Díky jménu původního autora je někdy označován za index Queteletův.

Pokud se na celou problematiku podíváme z pohledu biologie, zjistíme, že v případě BMI se nejedná pouze o čistý index, poněvadž kromě složky tukové se na výsledné tělesné hmotnosti podílí další komponenty, jako je tkáň tukoprostá, tkáň svalová, kostní hmota a voda.

Tabulka 1. Hodnocení BMI pro dospělou populaci podle WHO (WHO, n.d.a)

Hodnota BMI	Hodnocení indexu
< 18.5	Podváha
18.5 – 24.9	Normální hmotnost
25 – 29.9	Nadváha
30 – 34.9	Obezita I. stupně
35 – 39.9	Obezita II. stupně
> 40	Obezita III. Stupně

BMI získáme výpočtem poměru hmotnosti v kilogramech a druhé mocniny výšky v metrech. Pro jeho výpočet a určení do jaké kategorie člověk spadá, potřebujeme znát pouze svou hmotnost a tělesnou výšku. Hmotnost by dle Stejskala (2004) měla být vážena s přesností 0,1 kg. Výška pak s přesností 1 cm. Výsledný údaj bývá pro dospělé osoby evropské populace nejčastěji posuzován podle mezinárodní klasifikace WHO (n.d.a).

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

Obrázek 7. Vzorec pro výpočet body mass indexu

Kokaisl (2007) upozorňuje na určité limity spojené s určením BMI. Pokud pracujeme s hodnotou indexu tělesné hmoty, je třeba mít na zřeteli i míru fyzické aktivity posuzovaného jedince. Zvláště u vrcholových sportovců bývá vypovídací hodnota BMI značně nespolehlivá. „BMI nezohledňuje svalovou frakci, proto jedinci

s více rozvinutým svalstvem se jeví jako preobézní nebo obézní“ (Pastucha et al., 2014).

BMI jako ukazatel míry zastoupení tuků v těle tedy v mnohých případech selhává. Dokonce nejde ani říct, že člověk s vysokým BMI musí být v rizikové skupině, která může být ohrožena kardiovaskulárními chorobami, onemocnění žaludku či žlučníku či diabetem. Ačkoliv lze vypočítat určitou korelaci mezi vysokým BMI a rizikem úmrtí, tak to nemůžeme tvrdit absolutně. Novější studie prokazují, že důležitým determinanem rizika mortality není míra zastoupení tuků v celém těle, ale jejich kumulace v určitých partiích těla, hlavně abdominální a subkutánní (Kokaisl, 2007, 46).

Nespornou výhodou BMI jako měřítka nadváhy či obezity běžné populace i nadále zůstává jeho relativně jednoduchá zjistitelnost, která je však založena na základních antropometrických skutečnostech (Huo, 2008).

2.4.2 WHR index

Jedním z nejvíce užívaných ukazatelů distribuce tělesného tuku je takzvaný WHR index jehož název je odvozen od anglického spojení *waist to hip ratio*, což volně přeloženo znamená poměr mezi pasem a boky. WHR index je podle Kokaisla (2007, 46) „...prostým poměrem obvodu břicha (pasu) v cm a obvodu boků (gluteálního) rovněž v cm“.

„Na základě hodnoty tohoto indexu se stanovuje riziko výskytu abdominální obezity a s tím související zvýšené riziko tzv. civilizačních chorob...“ (Kutáč, 2009). Klíčovou otázkou se tedy stává místo distribuce tělesného tuku, které představuje nezávislý faktor pro aterosklerózu a její komplikace, a to bez ohledu na množství tuku v těle (Stejskal, 2004). V současné době se z hlediska ukládání tuku rozlišují dva typy obezity, kdy problematičtější bývá oblast horní poloviny těla, zejména pak dutina břišní. Tento druh obezity, kdy se tělesný tuk centralizuje do oblasti abdominální (břišní), nazýváme typem androidním či mužským, jelikož jsou jím častěji postiženi právě muži. V tomto případě je jedinec vystaven vyššímu zdravotnímu riziku než u druhého typu obezity, tzv. androidního typu, kterou trpí spíše ženy. Androidní typ je charakteristický ukládáním tuku v periférii, tedy v oblasti hýždí, stehů a paží. Přestože je tento druh obezity v mnoha případech vnímán silně negativně a ženami samotnými krajně neesteticky, ze zdravotního hlediska představuje, na rozdíl od

obezity centrální, jev zdravotně nezávažný. Pouhé změření obvodu pasu nám může posloužit jako účinný marker obezity (Kokaisl, 2007; Stejskal, 2004).

Při měření obvodu pasu se setkáme hned s několika přístupy, které se mohou lehce lišit. Podle WHO (2008) by měl být obvod pasu měřen na polovině vzdálenosti mezi *crista iliaca* a posledním žebrem. Patucha et al. (2014) naopak upřednostňuje nejužší místo břišní oblasti, tedy to, kde jsme schopni naměřit nejmenší obvod. Z pohledu Crofta je jako nejvhodnější uváděna oblast na úrovni pupku (in Pastucha et al., 2014). Ze zdravotního hlediska by výsledná hodnota neměla překročit 94 cm u mužů a 80 cm u žen. Vyšší hodnoty, které jsou u mužů větší než 102 cm a u žen 88 cm spadají do rizikové oblasti (Stejskal, 2004).

Obvod boků měříme horizontálně ve výši maximálního vyklenutí hýžděové krajiny. Výsledný WHR index, tedy podíl mezi obvodem pasu a boků, by měl u mužů dosahovat maximální hodnoty 0,8 a u žen 0,7. Podobně jako u obvodu pasu jsou vyšší naměřené hodnoty posuzovány jako rizikové (muži>1; ženy>0,9) (Stejskal, 2004). Jak uvádí Stejskal (2004), tak by se měření jednotlivých partií mělo maximálně standardizovat, a to jak denní dobou, tak i polohou těla jedince. Pro opakované měření je tato zásada velice důležitým faktorem.

Preedy poukazuje na skutečnost, že výsledný index může být ekvivalentní jak pro jedince hubeného tak trpícího nadváhou či obezitou, proto je celkem složité interpretovat požadovanou hodnotu v kontextu veřejného zdraví. Výsledná hodnota tak vůbec nemusí zaznamenat číselnou změnu, jelikož se předpokládá, že obvod pasu a boků se mění, a to tak, že se buď proporcionálně zvětšuje, nebo zmenšuje (Preedy, 2012).

2.5 Zdraví

„Devět desetin našeho štěstí spočívá výlučně ve zdraví. S ním se stává všechno zdrojem požitku. Naproti tomu bez něho není žádný vnější statek, ať je jakéhokoliv druhu, uchopitelný.“

Arthur Schopenhauer

Lidské zdraví označuje Kalábová (2011) za velice zajímavý fenomén. Již staří Řekové chápali pojem zdraví jako rovnováhu mezi člověkem, společností (polis) a kosmem, kdy kosmos nebo také veškerenstvo světa vnímáme i jako určitý řád.

Zdravý jedinec je dle jejich výkladu člověk, který svou vlastní existenci udržuje v řádu a je schopný naplno prožívat čistou radost z vlastního bytí, z nebe nad hlavou, louky a ticha. „Lidské zdraví je první a základní podmínkou toho, aby člověk mohl svůj jediný a neopakovatelný život prožít v pohodě a štěstí, aby mohl plně rozvinout a uplatnit všechny své tvořivé schopnosti“ (Prokopec, 1975, 7). Naopak člověk nemocný je ten, který je postihnut neschopností realizace v přirozenosti pohybu. „Každý ve své originální, jedinečné existenci je nenahraditelný ve své onticitě a ontologičnosti. Nemoci se pohybovat na životní cestě znamená ztrátu možnosti přirozenosti a tedy i ztrátu zdraví“ (Kalábová, 2011, 91).

„Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům a skupinám lidí poznávat vlastní cíle a uspokojovat své potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím. V tomto smyslu může být zdraví pochopeno pozitivně jako rezerva tělesných a duševních sil a jako schopnost přizpůsobit se měnícím se podmínkám“ (Kalábová, 2011, 90).

Zdraví se týká každého člověka. Je tím nejcennějším, co máme, a podle toho bychom o něj měli i pečovat a soustavně ho udržovat (Nováková, 2011). Současným společenským smýšlením je zdraví považováno za jeden z primárních veřejných zájmů. Podle Drbala (2001) je zdraví občanů prvořadým fenoménem, který určuje jak samotnou kvalitu života jedince, tak i výkonnost ekonomiky a zaměření, kvalitu a intenzitu společenského rozvoje. Drbal a Künzel dále poukazují na skutečnost, že zdraví by mělo být chápáno nejen jako hodnota sama o sobě, ale především jako hodnota nedocenitelná (Drbal, 2001; Künzel, 1990).

Jak uvádí Horáková (n.d.), jenž se společně s Centrem pro výzkum veřejného mínění podílela na řadě výzkumů zabývajících se hodnotovou orientací české populace a jak současně vyplynulo z výsledků posledního šetření, zdraví je považováno za hodnotu velmi důležitou a všichni z dotázaných jí přikládají obecně velký význam. K tomuto zjištění se přidává i Preissová-Krejčí a Čadová (2005), které prezentují výsledky výzkumu hodnotové orientace českých adolescentů (n=857), kteří ve svém životě položku zdraví označili jako hodnotu v jejich životě naprosto prvořadou.

„Být zdravý je mottem v životní filozofii člověka současné doby. Člověk, který je zdravý, má radost ze života, pracuje i odpočívá intenzivněji. Jde o stav, který zahrnuje tělo a psychiku člověka“ (Nováková, 2011, 14).

2.5.1 Vymezení pojmu zdraví

Z odborného hlediska není pojem zdraví snadné charakterizovat a nazírání na něj se může u každého jedince značně lišit. „Pojem *býti zdrav* se na první pohled jeví jasněji než slunce, každý ho chápe, kdekdo mu rozumí, většinou však jenom intuitivně, aniž si láme hlavu, v čem vlastně tato hodnota spočívá“ (Prokopec, 1975, 7). Definovat zdraví tak, aby bylo přijatelné celou společností, může být značně komplikovanou záležitostí. Zdraví můžeme chápat jako stav spojený s vnímáním kladných pocitů (radosti ze života, pocitů přiměřené síly a krásy, výkonnosti, harmonie) bez přítomnosti negativně působících stavů jakými může být nevolnost, úzkost, bolest, horečka a další. Takto všeobecně nastavená definice však nemá takřka žádnou vypovídající hodnotu. Vnímáme-li zdraví pouze jako stav nemoci a potíží, zaměřujeme se naopak jen na užší část této problematiky. Jinou představu o tom, co je to zdraví, má lékař, sociolog, psycholog, idealista, jinou by nabídl běžný člověk (Nováková, 2011). Názorová různorodost v definování zdraví zde však hraje stěžejní roli.

Zdraví by se podle Künzela (1990, 21) dalo nejlépe definovat jako „...správné fungování a ničím nerušená souhra všech základních životních pochodů.“ Podobnou definici nabízí i Nováková (2011, 14) kdy, zdraví představuje „schopnost člověka vyrovnat se s požadavky vnitřního a zevního prostředí bez poruchy jeho životních funkcí“.

Na toto pojetí navazuje i Last (1999), který zdraví reflektuje jako aspekt dynamické rovnováhy člověka a prostředí. „Zdraví člověka se mění a osciluje na kontinuu mezi stavem úplného zdraví a smrtí. Zdraví se může v kterémkoliv okamžiku života poškodit, ať už náhodou, vlivem okolností, nebo v důsledku volby“ (Janečková & Hnilicová, 2009, 17).

Uvedme nyní nejčastěji citovanou definici, jejíž původcem je Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation, WHO), která prezentuje zdraví jako „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze jako nepřítomnost nemoci či určité dysfunkce“ (WHO, 2011, 3). Tato progresivní definice se stala důležitým předělem v nahlížení na celou problematiku zdraví jako na oblast, kde není důležitý jen aspekt biologický, ale i sociální složka zdraví a nemoci (Künzel, 1990). Cenná je i skutečnost, že definice klade důraz na celistvost či celek jako na hlavní rys zdraví vůbec. Současně je pro svou jednoduchost a stručnost lehce

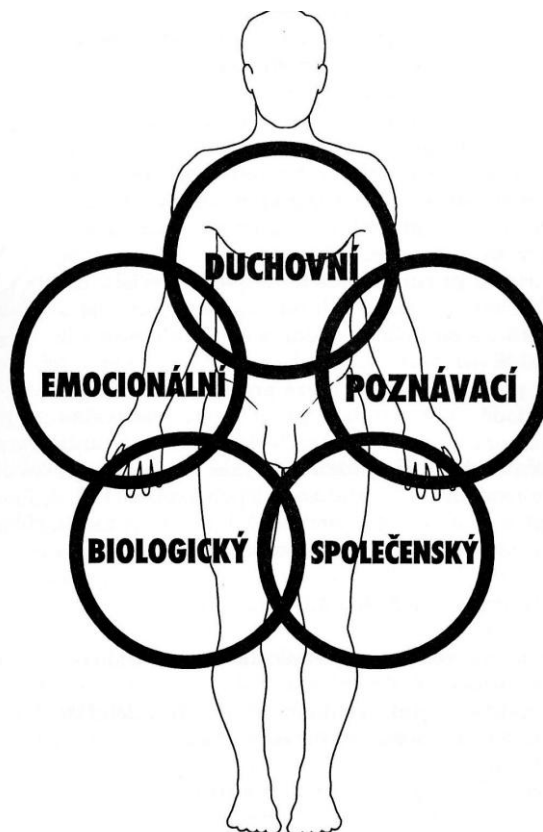
zapamatovatelná a zároveň poukazuje na zdraví jako na kladnou, obecně žádanou hodnotu (Payne et al., 2002; Křivohlavý, 2001).

Künzel (1990) svým pojetím zdraví sice navazuje na tato slova, ale je přesvědčen o tom, že na zdraví se v nemalé míře kromě sociálních vlivů podílí i charakterové vlastnosti každého z jedinců. „Přihlédneme-li ke všem těmto aspektům, mělo by se zdraví charakterizovat dobrým tělesným, duševním a sociálním stavem, který lze ovlivnit a jehož znaky jsou intaktní regulační pochody, optimální schopnost organismu přizpůsobovat se okolním vlivům a změnám vnitřního prostředí, nesnížená výkonnost, stejně jako subjektivní dobré rozpoložení (Künzel, 1990, 21).

David Seedhouse předpokládá, že člověk má určité tělesné i intelektuální potenciály, které může jak on sám tak i díky podmínkám ve kterých žije určitým způsobem aktualizovat. Podle něj tak „optimální stav zdraví určité osoby závisí na stavu souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti - potenciály“ (Seedhouse, 1995, 61).

2.5.2 Bio-psycho-sociální model zdraví

Bio-psycho-sociální přístup ke zdraví představuje model systémového přístupu k člověku, kdy lidskou bytost chápeme jako bytost celistvou, ne pouze jako soubor částí a procesů (Vosečková & Hrstka, 2007; Ježek, 2014). Pojem zdraví, který se ve svém prapůvodním kontextu vykládal jako *celek*, nyní znovu nabývá na síle a objevuje se ve směru, který „chápe zdraví a péči o něj z podstatně širšího hlediska“ (Křivohlavý, 2001, 28). Tento směr byl nazván *holismem* a jeho autorem se stal G. Engel. Svým pojetím chtěl poukázat na skutečnost, že biomedicínský model zdraví, vyzdvihující biologické faktory na úkor ostatních aspektů zdraví, je již v dnešní době překonán. Jeho stěžejní ambicí bylo, aby i společnost zohlednila význam roviny psychosociální a vytvořený model zdraví se tak stal úplným (Pelcák, 2013). Podle Pelcáka (2013, 15) není lidský organismus „geneticky determinovaný stroj, ale sebeorganizující se struktura, ve které se řád projevuje prostřednictvím fluktuací (kolísání). Její funkci nelze pochopit z rozboru aktuálního stavu, ale teprve při sledování individuální historie. Mnohočetné interakce s okolím udržují celý systém v neustálé proměnlivosti“. Proto při poruše jedné části celku zákonitě dochází i k poruše části jiné, ne-li rovnou celého systému (Dušková, 2012).



Obrázek 8. Holistické pojetí člověka
(Mastiliaková, 2007, 11)

2.5.3 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví jsou faktory, které působí na potenciál zdraví a mohou jej ovlivnit jak pozitivně, kdy se tělo adaptuje na změny a stává se odolnější vůči nemocem, tak i negativně (Marková, 2012). Negativní působení nastává v momentě, kdy dojde k překročení adaptačních mechanismů. Pokud tyto faktory přetrvávají a působí na organismus jako zátěž, nazýváme je stresory, které pak snáze způsobí sníženou tělesnou odolnost, na základě které člověk snáze podléhá působícím stresorům či nemocem (Šťastný, 2006; Šťastný, 2005; Marková, 2012). Janečková a Hnilicová (2009) tuto obecně vnímanou definici v zásadě rozšiřuje o další důležité aspekty mající vliv na výsledné lidské zdraví. Důležitou roli zde sehrála tzv. *Lalondova zpráva* z roku 1974, která spustila celou řadu rozsáhlých vědeckých výzkumů zabývajících se problematikou působení celé škály determinant na zdraví. Uvádí se v ní, že: „determinanty zdraví lze definovat jako osobní, společenské a ekonomické faktory a faktory životního prostředí, které jsou vzájemně se ovlivňujícími proměnnými a zároveň významně ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo společnosti“ (Janečková & Hnilicová, 2009).

„Zdraví začalo být chápáno jako výsledek vztahů lidského organismu a řady sociálně-ekonomických, fyzikálních, chemických i biologických faktorů životního a pracovního prostředí, ale také jako výsledek způsobu života jedinců i sociálních skupin (Janečková & Hnilicová, 2009, 65).

Dle Markové (2012) je celý systém determinant podílejících se na lidském zdraví, ve své podstatě velmi složitý a proměnlivý, a poznání všech klíčových faktorů je jeden z prvořadých kroků v péči a prevenci zdraví.

Podle Šťastného (2005) můžeme celou oblast determinant zdraví z hlediska jejich působení rozdělit na determinanty *přímé* a *nepřímé*. Za přímé determinanty označujeme naši genetickou výbavu, kterou daný jedinec získává již na počátku svého ontogenetického vývoje od obou rodičů při splynutí jejich pohlavních buněk (Machová & Kubátová, 2009). Tyto faktory není jedinec schopen nijak ovlivnit. Nepřímé determinanty nepůsobí přímo na organismus jedince a jeho zdraví, ale i přes tuto skutečnost ho zcela jistě ovlivňují, zvláště pak z pohledu zdraví celé populace. Machová a Kubátová (2009) označují tyto determinanty jako *vnitřní* a *zevní*.

Jak uvádí Marková (2012), na formování zdraví se významně podílí čtyři základní činitelé, mnohými autory označované za faktory přímé (Šťastný, 2006):

- Genetická výbava
- Životní styl
- Životní prostředí
- Zdravotní péče

Genetická výbava podmiňuje náchylnost k určitým nemocem a pravděpodobnost jejich vzniku. Genetickou výbavou je dána úroveň intelektových schopností i predispozice spojené s rizikem získání určité vývojové vady. Nezastupitelnou roli hraje zdraví mezi muži a ženami, podílí se na délce a kvalitě života a na celkové odolnosti našeho organismu jako takového (WHO, n.d.b; Janečková & Hnilicová, 2009).

Dufková a kol. (2008, 51) definuje životní styl jako „...způsob, jakým lidé žijí – tedy bydlí, stravují se, vzdělávají se, chovají se v různých situacích, baví se, pracují, spotřebovávají, vzájemně komunikují, jednají, rozhodují se, cestují, vyznávají a dodržují určité hodnoty, starají se o duši, pěstují potraviny, vyrábějí atd.“ Životní styl

je klíčovým faktorem kvality našeho zdraví. To jaký bude výsledný obraz našeho zdraví, se odvíjí od naší individuální životní úrovně, způsobu života, naučených stravovacích zvyklostech a postoji ke zdraví obecně. Nezastupitelnou roli zde sehrává i úroveň našeho vzdělání, péče o vlastní zdraví, sexuální chování, naše stravovací návyky i postoj k pravidelné, pro zdraví přínosné, pohybové aktivitě. Z tohoto pohledu nemůžeme opomenout rizikové prvky jako kouření, nedostatek spánku, příjem alkoholu, stres, drogové závislosti a další negativní aspekty mající na naše zdraví až devastující vliv (Marková, 2012; Janečková & Hnilicová, 2009; Šťastný, 2006). Jak vyplynulo z výsledků dlouhodobého mezinárodního srovnávacího projektu *ESPAD*, podíl kuřáků v České republice je oproti ostatním zemím vysoký a z hlediska roční spotřeby cigaret na osobu se každoročně řadíme mezi prvních pět států Evropy (Dosedlová, Fialová, Kebza & Slováčková, 2008).

Kalman et al. (2011, 19) uvádí, že „chronická neinfekční onemocnění, která jsou hlavní příčinou úmrtí ve světě a jednoznačně souvisí s životním stylem, si celosvětově ročně vyžádají více než 9 milionů obětí pod hranicí 60 let věku. Ztráty, které tato onemocnění dále způsobují ve zdravotnických a sociálních systémech jednotlivých zemí, jsou enormní“.

Faktory prostředí představují dalšího významného činitele podílejícího se na výsledném zdraví. Podmínky prostředí, ve kterém žijeme, ať už se jedná o prostředí fyzické, pracovní i sociální, jsou toho základním předpokladem a v zásadě dotvářejí individuální způsob života každého jedince, který je, jak již víme, nejdůležitější determinantou ovlivňující naše zdraví. V nejširším slova smyslu sem spadají klimatické podmínky spojené s úrovní životního prostředí dané oblasti. Primárním ukazatelem kvality životního prostředí pak bývá úroveň bydlení, charakter lokality, podmínky na pracovišti, čistota ovzduší, hluk, sluneční záření, elektromagnetické a radiační záření, kvalita zdroje pitné vody a jeho zásobování (Žaloudíková, 2009; Janečková & Hnilicová, 2009).

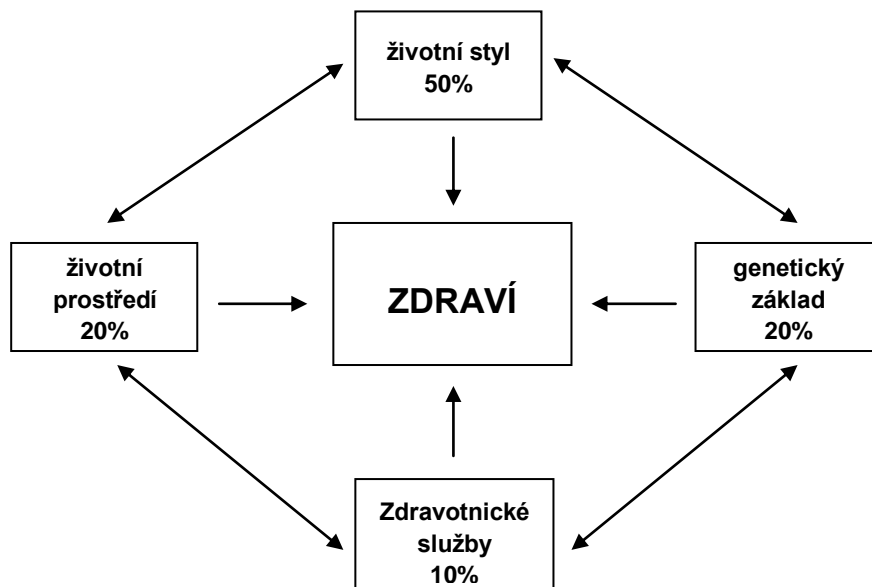
Zdravotní péče v sobě kromě zdravotnického systému a jeho politiky, dostupnosti lékařské péče a celkové úrovně zdravotnictví dané země zahrnuje i rozvoj medicíny a lékařské techniky (Janečková & Hnilicová, 2009).

Společnost *Health Consumer Powerhouse* (HCP) v roce 2013 uveřejnila výsledky výzkumu *Euro Health Consumer Index* zabývající se porovnáním úrovně zdravotní péče mezi 35 zvolenými zeměmi. Česká republika se v celkovém žebříčku

umístila na 15. místě a stala se tak nejlépe hodnocenou zemí střední a východní Evropy. Podle získaných skutečností je celková úroveň české zdravotní péče hospodárná, vyznačuje se adekvátní dostupností i omezenou čekací dobou. Systém zdravotních služeb občanům nabízí i široké spektrum služeb (HCP, 2013). „Mezi nedostatky zdravotní péče v České republice patří skutečnost, že pacient má stále ještě poměrně slabé postavení, zejména vzhledem k informacím o zdravotní péči, a země nemá příliš dobré výsledky v oblasti preventivní medicíny“ (HCP, 2013, 1).

„Pro efektivní fungování zdravotnického systému je nezbytná jistá míra předvídatelnosti, stability a vnitřního řádu...stejně tak musí vykazovat patřičnou míru inovativnosti, otevřenosti a adaptability, protože vnější podmínky jeho fungování se neustále vyvíjí a mění“ (Janečková & Hnilicová, 2009, 82).

Následující schéma přibližuje kvantifikaci vlivu přímých determinant podílejících se na kvalitě výsledného zdraví. Jak je patrné, životní styl zastává pozici nejdůležitější determinanty lidského zdraví a podle Markové (2012) je jeho vliv na zdraví jedince společností i nadále opomíjen, a to i přes skutečnost, že kvalita našeho životního stylu působí na výsledné zdraví minimálně z 50%. Biologické determinanty dané genetikou a kvalitou prostředí, ve kterém se pohybujeme, se podílí z 20%. Přestože mezi lidmi stále panuje představa, že dobré zdraví rovná se dobré zdravotnictví, ve výsledku systém zdravotní péče, jeho efektivita, kvalita a dostupnost ovlivňuje zdraví populace pouze maximálně z 10% (Marková, 2012). Jak uvádí Vondráček et al. (1992, 9), zdravotníci mohou pro zdraví populace ve své sféře působnosti udělat mnohé, ale jejich celkový vliv na zdravotní stav bude stále značně omezený. Primární vliv na naše zdraví tak mají faktory ostatní, které můžeme ovlivnit především my sami. Na to poukazuje i Janečková a Hnilicová (2009), které se přiklánějí k názoru, že by lidé měli získat kontrolu nad podmínkami svého života a oprostit se od představy, že za výsledný zdravotní stav je zodpovědný především rozvoj zdravotnických služeb a stát jako nejlepší ochránce našeho zdraví. Tendence takto smýšlet popsal Šťastný (2006), podle kterého se právě tento postoj zásadně posílil obdobím socialismu.



Obrázek 9. Vzájemné vztahy mezi zdravím a jednotlivými determinantami
(upraveno dle Machová & Kubátová, 2009)

Šťastný (2006) poukazuje na další z mnoha nepřímých faktorů působících na zdraví jedince. Mezi tyto determinanty zdraví řadí např. kulturní tradice, hierarchie hodnot, politicko-ekonomický systém, sociální prostředí a jeho stratifikaci, demografickou situaci i roli jednotlivce. Zároveň zmiňuje, že „nepřímé determinanty zdraví mají vliv na tvorbu politického klimatu a druhotně i právních norem ovlivňujících zdravotnický systém“ (Šťastný, 2006, 7).

2.5.4 Podpora zdraví

Otázku podpory zdraví bychom podle Kernové (2006) mohli popsat jako proces, který umožňuje zvýšit naši kontrolu nad jednotlivými determinantami vlastního zdraví a tak zlepšit i svůj celkový zdravotní stav. Naprosto rozhodující roli hraje faktor našeho životního stylu, který je ovlivnitelný především naším individuálním konáním a postojem k otázce zdraví jako takového. Jako dominantní se přitom jeví především vlastní odpovědnost k zdravému a aktivnímu životnímu stylu vedoucí ke kvalitnějšímu životu i lepšímu zdraví, nikoli oblast zdravotnictví a jeho politik (Kebza, 2005).

Přestože individuální přístup v otázce podpory a udržení zdraví skrze životní styl je zásadní, je nutné, aby k tomuto plnění byly vytvořeny i vhodné podmínky. V současné době na nás působí celá řada podnětů, na které jsme nuceni neustále reagovat. Všechny tyto vlivy u nás svým působením mohou vyvolávat pocity znepokojení, úzkosti a dlouhotrvající zátěž, která se promítá do všech sfér běžného života (Vondruška & Barták, 2002). Pokud lidé pociťují napětí příliš často nebo trvá příliš dlouho, stávají se náchylnější k celé řadě obtíží, včetně infekcí, diabetu, vysokého krevního tlaku, infarktu, depresím či agresivitě (Wilkinson & Marmot, 2005). Proto je jednou z nejdůležitějších věcí vytvoření rovnováhy mezi prací a odpočinkem, která odstraňuje fyziologické příčiny stresu a podporuje optimální zdraví (Mastiliaková, 2011). Nastolení této rovnováhy je zdlouhavým procesem dobře zvládnuté praxe několika technik, které se postupem času stanou přirozenou součástí našeho životního stylu. Tento koncept několika základních bodů, na které bychom měli zaměřit svou pozornost, nastiňuje Mastiliaková (2011):

- Pečujte o své slabé stránky, což spočívá především v uvědomění si vlastního genetické křehkosti, potenciálu, geneticky daných predispozic i podmínek, ve kterých žijí.
- Naučte se mít rádi. Nepodléhejte vlastní negativní zpětné vazbě, které se sami často vystavujete. Je těžké o sebe pečovat, pokud se sebou nejste sami spokojeni.
- Udržujte rovnováhu mezi prací a odpočinkem, a to především její aktivní formou.
- Jezte zdravě a uvědomte si, jak velkou důležitost má potrava ve vašem životě.
- Rozvíjejte mezilidské vztahy.
- Zlepšete svou sounáležitost s prostředím, ve kterém žijete.
- Zamyslete se nad svým sebevyjádřením. Nejlépe se budeme cítit, pokud naše chování bude přirozené a z naší podstaty i jedinečné.

Přestože se české zdravotnictví na základě posledních výzkumů v oblasti zdraví v mnohém vyrovnává západoevropským standardům, vyskytují se zde určité varovné signály. Jedná se např. o nedostatek tělesné výchovy na školách nebo

špatnou prevenci v oblasti tabákového kouření a spotřeby alkoholu. Nicméně jak upozorňuje Vondruška a Barták (2002, 3) „zdravotní stav populace České republiky je charakterizován především vysokou frekvencí onemocnění kardiovaskulární soustavy a také vysokým výskytem nádorových onemocnění. Zvláště v jejich důsledku střední délka života v naší zemi stále zaostává za předními evropskými zeměmi v průměru o 6 – 7 let“. Prevence se tak stává jedním z důležitých aspektů ochrany a podpory zdraví a základním kamenem tvorby zdravotních politik, jejich strategií a programů (HCP, 2013; Kalman et al., 2011). „Výsledky zdravotní politiky pak závisejí do značné míry na tom, do jaké míry se daří ovlivňovat zdraví populace také aktivitami mimo zdravotnický sektor“ (Janečková & Hnilicová, 2009, 65).

3 CÍLE PRÁCE

Cílem práce je posouzení úrovně subjektivně vnímané spokojenosti se zdravím a body image u dospělé populace mužů a žen ve vztahu ke kategoriím BMI.

4 METODIKA

4.1 Kvantitativní výzkum

Jak uvádí Gavora (2010), kvantitativní výzkum pracuje s čistě numerickými údaji. Cílem je zjistit množství, rozsah nebo frekvenci výskytu jevů, respektive jejich míru (stupeň) a tyto skutečnosti následně matematicky zpracovat. „Podstata kvantitativního výzkumu spočívá ve zkoumání vztahu mezi proměnnými. Kvantitativní výzkumník pojímá realitu jako proměnné a konečným cílem je nalézt, jak jsou proměnné mezi sebou závislé a proč (Punch, 2008, 24). Podle Gavory (2010) je základem tohoto přístupu založeného na tzv. logickém pozitivismu existence jedné objektivní reality, vnějšího světa, který je oproštěn od našich citů, přesvědčení a jinak subjektivně vnímaných skutečností, přičemž „zastánci kvantitativně orientovaných výzkumů jsou hrdí na možnost precizního a jednoznačného vyjádření výzkumných údajů v podobě čísel" (Gavora, 2010, 35).

Na rozdíl od kvalitativního výzkumu, který je charakteristický přítomností více realit, danými na základě toho, jak je určitá skupina či jednatel vymezen, je základem kvantitativního přístupu ověření platnosti teorií konstruovaných pomocí konceptů v zápětí analyzovaných pomocí zvolených statistických procedur. Jejich cílem je pak zjištění, zda je prediktivní zobecnění teorie pravdivé (Gavora, 2010; Hendl, 1999).

Důležitým aspektem vztahujícím se k samotné realizaci kvantitativně laděných výzkumu, je skutečnost, že zkoumané jevy by měly být relativně jednoduché a do určité míry poznány (Surynek, Komárková, & Kašparová, 2001).

4.2 Dotazníkové šetření

Pro sběr dat jsme zvolili písemnou metodu dotazníkového šetření, tedy dotazování prostřednictvím standardizovaného výzkumného nástroje, který je založen na písemném kladení otázek se získáním písemných odpovědí (Sedláková, 2014). Obecně je dle Sedlákové (2014, 158) tato metoda „technikou poskytující vysoce standardizovaná data. Právě vysoká míra standardizace, kdy se snažíme vytvořit pro všechny dotazované stejné podmínky, má zajistit srovnatelnost výsledných dat a zároveň přispívá k jejich vyšší reliabilitě“. Současně je z hlediska

získávání hromadných údajů metodou nefrekventovanější. I proto se dotazník považuje za ekonomický výzkumný nástroj, díky němuž jsme schopni získat velké množství informací při relativně malé investici našeho času (Gavora, 2010).

Obecnou výhodou dotazníkového šetření je schopnost poskytovat data z velkých souborů, jež mohou být i značně plošně rozsáhlá, a zároveň relativně jednoduchá administrace....Jeho nevýhody naznačuje základní východisko dotazníkových šetření, které předpokládá, že respondenti odpovídají standardizovaně na standardizované otázky, jimž rozumějí všichni stejně, a navíc tak, jak to zamýšlel výzkumník. Další nevýhodou může být i velká redukce získávaných údajů, ke které dochází při jejich standardizaci a převodu do statisticky zpracovatelných dat. To může být zásadním úskalím, pokud chceme zkoumat nestandardní populaci, a v takových případech většinou není vhodné dotazníkové šetření použít....Vždy záleží na míře adresnosti otázek, na tom, jak podrobné údaje od respondentů požadujeme, a na kolik se nám podaří je přesvědčit o anonymitě a důvěryhodnosti šetření (Sedláková, 2014, 158-159).

Sběr dat byl realizován v červnu 2014 v rámci veletrhu aktivního a zdravého životního stylu Moravia Sport Expo v prostorách olomouckého výstaviště Flora a zúčastnilo se ho celkem 171 dospělých jedinců, z toho 90 mužů a 81 žen. Průměrný věk probandů činil 36 let (SD 12) ve věkovém rozpětí 18-93 let. V rámci našeho šetření byla změřena tělesná výška, zjištěna tělesná hmotnost a na základě těchto skutečností byla u každého jedince dopočítána hodnota indexu BMI. Současně každý jedinec posoudil aktuální míru spokojenosti se svým BI. K hodnocení oblasti zdraví a jeho subjektivně vnímané spokojenosti s ním jsme využili otázky ze standardizovaného *Dotazníku životní spokojenosti* (Rodný & Rodná, 2001).

Při sběru dat a jejich zpracování bylo dohlédnuto na dodržení etických principů, jež dle Průchy a Vetešky (2012) dodávají šetření morální kredit jako poctivost, věrohodnost i nezpochybnitelnost celého výzkumu. Tyto principy se týkaly všech etap výzkumného šetření: výběru vzorku respondentů a jejich informovaného souhlasu, vlastní realizace výzkumu i jeho výsledného zpracování a publikace.

4.2.1 Dotazník životní spokojenosti

Dotazník životní spokojenosti (DŽS) autorů Fahrenberga, Myrteka, Schumachera a Brählera vznikl v Německu v rámci výzkumného projektu, jehož zaměřením se stala zotavná fáze pacientů trpících kardiovaskulárním onemocněním. Na základě výzkumů, kterého se celkově zúčastnil vzorek čítající 2870 osob, byl DŽS standardizován. Do podmínek českého prostředí ho po určitých úpravách Rodnou a Rodným v roce 2001 uvedla společnost Testcentrum Praha (Psychodiagnostika, 2003).

DŽS je nástrojem sloužícím k relativně spolehlivému zachycení individuálního obrazu celkové životní spokojenosti člověka a slouží rovněž k posuzování kvality života u vybraných skupin populace i pro individuální diagnostiku. Jeho koncept je navržen tak, aby získané skutečnosti mohli být srovnány s průměrnými populačními hodnotami, přičemž dotazník může být aplikován na respondenty starší 14 let. (Psychodiagnostika, 2003).

Součástí dotazníku jsou specificky orientované oblasti, které utvářejí výslednou představu o míře životní spokojenosti respondenta. Jednotlivé faktory podílející se na utváření životní spokojenosti tvoří 10 oblastí, mezi které řadíme tyto okruhy: zdraví; práce a zaměstnání; finanční situace; volný čas; manželství a partnerství; vztah k vlastním dětem; vlastní osoba; sexualita; bydlení; přátelé; známí a příbuzní.

V rámci našeho šetření se klíčovou oblastí zájmu stala položka „Zdraví“, která je dále členěna do jednotlivých sub položek obsahujících 7 výroků. Každý jedinec se svým výběrem snaží vyjádřit svou aktuální míru spokojenosti s daným výrokem. Na výběr má sedmistupňovou škálu, kde zcela spokojen představuje číslo 7 a zcela nespokojen pak číslo 1.

Se svým tělesným zdravotním stavem jsem...

Se svou duševní kondicí jsem...

Se svou tělesnou kondicí jsem...

Se svou duševní výkonností jsem...

Se svou obranyschopností proti nemocem jsem...

Když myslím na to, jak často mám bolesti, jsem...

Když myslím na to, jak často jsem až dosud byl/a nemocný/nemocná jsem...

Celková hodnota zdraví respondenta představuje prostý součet skóre u všech výše definovaných sub položek.

4.2.2 Posouzení body image

Každý účastník šetření ohodnotil svoji aktuální míru celkové spokojenosti se svým tělem. Na základě námi definované otázky: „*Ohodnoťte aktuální úroveň Vaší celkové, subjektivně vnímané míry spokojenosti se svým tělem*“ a následných instrukcí, proband subjektivně vyhodnotil své jednotlivé hlavní fyzické charakteristiky jako je tvář, tělo, jeho jednotlivé segmenty, subjektivně vnímaná fyzická atraktivita a celková BI. Do připravené tabulky, kterou tvořila bodová škála 0–100 bodů zaznačil jednu hodnotu, která vystihuje aktuální míru celkové spokojenosti s vlastním BI. Nejnižší úroveň hodnocení označuje hodnota 0, hodnota 100 pak úroveň nejvyššího hodnocení. Tato část reprezentuje oblast subjektivně vnímané úrovně BI, která je definována jako způsob, kterým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí. Podle Fialové (2001) do této oblasti řadíme veškeré představy jedince, které mají vztah k jeho vlastnímu tělu, v nichž klíčovou složku tvoří otázky spojené s odhadem velikosti těla (percepce), hodnocením jeho přitažlivosti (úvaha) a emoce spojené s tvarem a velikostí vlastní postavy (pocity).

4.3 Výpočet hodnoty BMI

Pro měření tělesné hmotnosti jsme využili přístroje Tanita UM 075, u něhož výsledná hmotnost odpovídala hodnotě s přesností 0,1 kg. K měření tělesné výšky (cm) nám posloužil antropometr Tanita HR-001, jehož přípustná chyba měření je 0,1 cm. BMI [(kg/m²)] představuje poměr mezi naměřenou hmotností (kg) a výškou (m²). Na základě těchto skutečností byla jeho hodnota vypočtena u každého z probandů. Následným krokem byla kategorizace podle indexu BMI do kategorií: normální hmotnost, nadváha a obezita. Vše probíhalo dle platného doporučení WHO, kde rozpětí hodnot 18,5-24,9 bylo považováno za optimální hodnoty (soubor *Normal*). Naměřené hodnoty v pásmu BMI 25,0-29,9 představují nadváhu (soubor *Nadváha*). Hodnoty převyšující 30 kg/m² jsou považovány za oblast obezity (soubor *Obezita*). S další kategorizací v pásmu obezity nebylo pracováno.

4.4 Statistické zpracování dat

Na základě statistických ukazatelů, byla námi získaná data z DŽS (oblast *Zdraví*), posouzení subjektivně vnímané BI a hmotnostně výškového indexu (BMI), zpracována. U sledovaných proměnných byly vypočítány základní statistické údaje, jako je aritmetický průměr, směrodatná odchylka, minimum a maximum každé z položek. V tabulkách jsou uvedeny pouze průměrné hodnoty zastupující jednotlivé skupiny. Pro lepší manipulaci s daty byla námi získaná data dále upravena a převedena do tabulek. Ty byly následně zpracovány v programu Microsoft Excel do grafů a konkrétních tabulek, které výsledkovou část diplomové práce značně zpřehlednily a obecně pomohly usnadnit čtenářovu orientaci v předkládaných skutečnostech.

5 VÝSLEDKY

V rámci výzkumného šetření byl využit modifikovaný DŽS se zaměřením na jeho položku *Zdraví* vztahující se k hodnocení celkové spokojenosti s vlastním zdravím a hodnotící škála pro posouzení spokojenosti s vlastním BI. Pro snazší orientaci ve výsledkové části jsme rozdělili volily dle jednotlivých dotazníků. První část je zaměřena na výsledky z DŽS. Druhá obsahuje přehled o výsledcích vztahujícím se k vlastnímu posouzení BI. V úvodu kapitoly jsou popsány základní údaje o sledovaném souboru.

5.1 Základní údaje o sledovaném souboru

Výzkumu se zúčastnilo celkem 171 dospělých jedinců, z toho 90 mužů a 81 žen. Průměrný věk probandů činil 36 let (SD 12). Věkové rozpětí zkoumaných jedinců bylo 18-93 let. Průměrná tělesná výška se ustálila na 174 cm (154 cm bylo nejméně naměřenou hodnotou, 197 cm nejvíce). Průměrnou tělesnou hmotnost představovalo 73,5 kg (44,7 kg bylo nejnižší naměřenou hodnotou, nejvyšší pak 108,1 kg). Hodnota BMI byla dopočítána na základě naměřené hmotnosti (kg) a tělesné výšky (cm) každého z probandů. Podle kategorizace dle WHO byl každý jedinec zařazen do jedné z kategorií: *Normal*, *Nadváha*, *Obezita*.

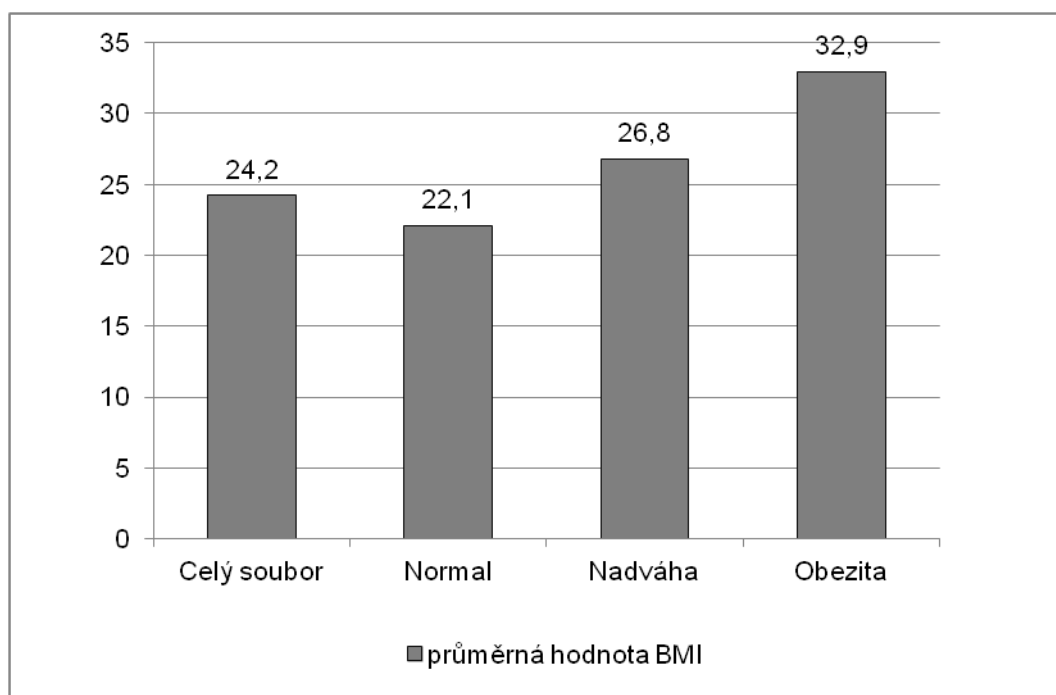
Tabulka 2. Základní charakteristiky sledovaného souboru

	<i>Celý soubor (n=171)</i>				<i>Normal</i>		<i>Nadváha</i>		<i>Obezita</i>	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Věk (roky)	36	12,04	18	93	34,5	11,58	37,4	11,19	43,9	9,19
Tělesná výška (cm)	174	8,87,	154	197	174,1	9,82	175,9	6,82	171,5	8,46
Tělesná hmotnost (kg)	73,5	13,89	44,7	108,1	67,9	10,61	84,3	14,07	95,3	9,24
BMI (kg/m ²)	24,2	3,69	16,8	39,41	22,6	1,97	27,1	1,37	33,1	2,47

Vysvětlivky: M – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka

Následující obrázek blíže ilustruje zjištěné hodnoty BMI u celého souboru a všech tří výše zmíněných kategorií. Průměrnou hodnotu BMI zkoumaného souboru

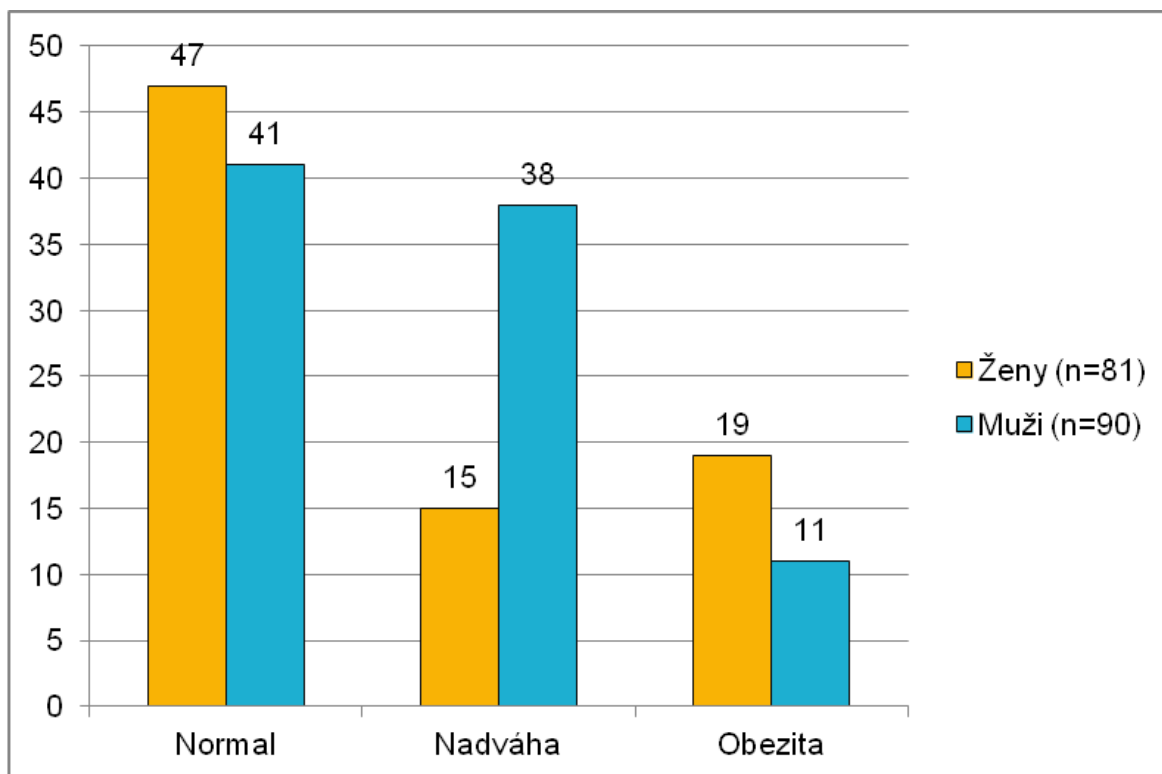
jako celku stanovuje hodnota 24,2 kg/m², která dle doporučení WHO spadá do oblasti normální váhy. V kategorii *Normal* je průměrná naměřená hodnota BMI 22,6 kg/m². Kategorie *Nadváha* má průměrnou hodnotu BMI 27,1 kg/m² a kategorie *Obezita* je zastoupena hodnotou přesahující hranici 30 kg/m², konkrétně pak indexem 33,1 kg/m². Nejnižší naměřenou hodnotou je hodnota 16,8 kg/m² a nejvyšší pak BMI s indexem 39,4 kg/m², který by dle doporučení WHO spadal do kategorie obezity 2. stupně. V rámci našeho výzkumu však nebylo s další specifikací kategorie obezity dále pracováno.



Obrázek 10. Průměrné, maximální a minimální hodnoty BMI u sledovaného souboru

Obrázek 11. přibližuje podíl mužů a žen zastoupených v jednotlivých kategoriích podle hodnoty BMI. Nejpočetnější obsazenou je kategorie *Normal*, která zahrnuje všechny jedince s hodnotou BMI od 18,5 do 24,9 kg/m² a tvoří tak 52 % z celkového počtu všech zúčastněných. Nejméně početná je kategorie obézních žen a mužů přesahujících naměřenou hodnotu BMI 30 kg/m². Skupina s názvem *Obezita* je zastoupena 19 ženami a 11 muži (dohromady tvoří 18% z celého zkoumaného souboru). Největší rozdíly v podílu mezi muži a ženami najdeme v kategorii *Nadváha*, která je tvořena 53 jedinci, z toho 38 muži a pouze 15 ženami.

Pokud bychom porovnali kategorii *Nadváha* a *Obezita*, zjistíme, že početnější skupinu žen najdeme mezi obézními. U mužů je naopak situace opačná. Výrazně větší zastoupení mužů má kategorie *Nadváha*.



Obrázek 11. Početní zastoupení mužů a žen v jednotlivých kategoriích dle BMI

5.2 Dotazník životní spokojenosti (položka *Zdraví*)

V následující tabulce jsou uvedeny souhrnné výsledky DŽS (oblast *Zdraví*) všech probandů, mužů i žen bez jakéhokoliv dělení. Z výsledků souboru vyplývá, že největší hodnoty, a tedy i největší spokojenost s danou položkou, byly naměřeny v položce *četnost nemocí* (4,9) a shodně (5,3) v oblasti *duševní kondice* a *obranyschopnost*. Nejnižší hodnoty se vyskytují v položce *fyzická kondice*. Nepatrně nižší hodnoty zastupuje kategorie *četnost bolesti*. Současně se jedná o oblasti, s nimiž jsou daní jedinci nejméně spokojeni. Tabulka je doplněna o celkové skóre zmiňovaného výzkumného souboru.

Tabulka 3. Souhrnné výsledky DŽS (položka *Zdraví*)

Položka <i>Zdraví</i>		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
TZ	Tělesné zdraví	5	1,16	2	7
DK	Duševní kondice	5,3	1,17	1	7
FK	Fyzická kondice	4,8	1,3	1	7
DV	Duševní výkonnost	5,2	1,14	1	7
OB	Obranyschopnost	5,3	1,32	2	7
ČB	Četnost bolesti	4,9	1,42	1	7
ČN	Četnost nemocí	5,4	1,4	1	7
Celkem		35,84	6,40	17	49

Vysvětlivky: *M* – aritmetický průměr, *SD* – směrodatná odchylka, *Min* – minimum, *Max* – maximum

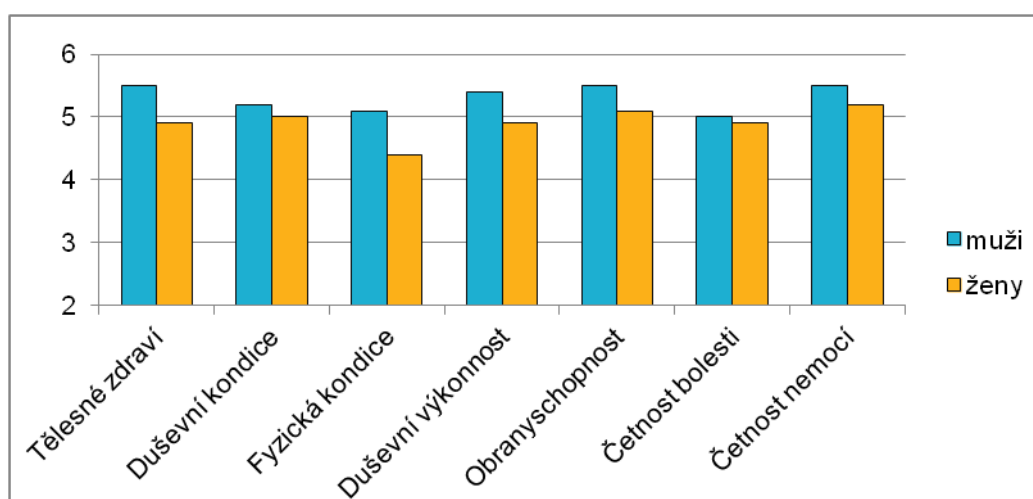
Pokud se na celkové výsledky DŽS (oblast *Zdraví*) zaměříme konkrétněji - podle pohlaví probandů, zjistíme, že muži jsou v průměru nejvíce spokojeni s položkou *obranyschopnost*, *četnost nemocí* a *duševní kondice*. Všechny tři vykazují stejnou hodnotou 5,5 z maxima 7 bodů. Jako nejhůře muži vnímají úroveň své *fyzické kondice* a položku spojenou s četností bolesti. Avšak i přes tuto skutečnost dané hodnoty nebyly nižší než 5 bodů, jak tomu bylo u žen. Obecně bychom mohli říci, že jejich uvedené hodnoty jsou v porovnání s ženami vyrovnanější.

Paušálně jsou ženy nejvíce spokojeny s položkou *četnost nemocí* (5,2) a *obranyschopnost* (5,1). Nejhůře vnímaná byla, stejně jako u mužů, oblast fyzické kondice, kterou zastupovala hodnota 4,4. Sečteme-li všech 7 položek, které tvoří celkovou sekci *Zdraví* a výslednou hodnotu porovnáme s výsledky mužů a žen, zjistíme, že ženy jsou vůči svému zdraví skeptičtější a obecně jsou s jeho stavem méně spokojeny. Tuto skutečnost dokládá celková suma, která je u žen o necelé 3 body nižší. Z hlediska usnadnění orientace v souboru a předkládaných datech jsme tyto skutečnosti znázornili graficky v Obrázku 12.

Tabulka 4. Výsledky DŽS (položka *Zdraví*) u mužů a žen

Položky	Muži				Ženy			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
TZ	5,2	1,1	2	7	4,9	1,2	2	7
DK	5,5	1,16	1	7	5	1,12	2	7
FK	5,1	1,2	2	7	4,4	1,33	1	7
DV	5,4	1,21	1	7	4,9	1,01	2	7
OB	5,5	1,29	2	7	5,1	1,35	2	7
ČB	5	1,38	2	7	4,9	1,46	1	7
ČN	5,5	1,36	1	7	5,2	1,44	2	7
Celkem	37,13	6,31	17	49	34,41	6,23	18	46

Vysvětlivky: *M* – aritmetický průměr, *SD* – směrodatná odchylka,
Min – minimum, *Max* – maximum



Obrázek 12. Hodnocení *Zdraví* a jeho sub položek - muži a ženy

Pokud rozdělíme zkoumaný soubor mužů a žen na základě kritérií uvedených kategorií BMI (*Normal*, *Nadváha*, *Obezita*), dostaneme průměrné hodnoty každé z hodnocených položek oblasti *Zdraví* DŽS, které prezentují danou skupinu jedinců. Přestože při prvním pohledu jednotlivé položky *Zdraví* vykazují vzájemně blízké

hodnoty, po podrobnějším přezkoumání všech tří uvedených kategorií, můžeme v rozdílnosti mezi nimi zjistit zajímavé skutečnosti.

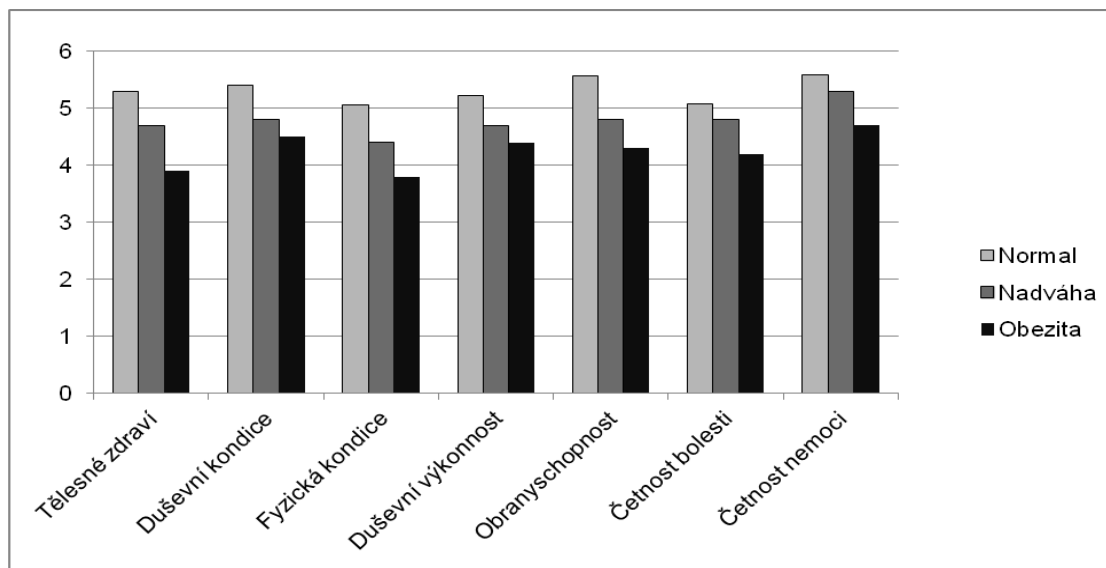
Tabulka 5. Porovnání dat položky *Zdraví* ve vztahu ke kategorií BMI

	<i>Normal</i>			<i>Nadváha</i>			<i>Obezita</i>		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
TZ	5,3	1,07	2-7	4,7	1,22	2-7	3,9	0,96	2-6
DK	5,4	1,12	1-7	4,8	1,26	2-7	4,5	0,99	2-6
FK	5,1	1,2	1-7	4,4	1,37	2-7	3,8	0,95	2-6
DV	5,2	1,09	1-7	4,7	1,28	2-7	4,4	0,77	3-6
OB	5,6	1,24	2-7	4,8	1,37	2-7	4,3	1,02	2-6
ČB	5,1	1,4	2-7	4,8	1,26	2-7	4,2	1,23	1-6
ČN	5,6	1,3	2-7	5,3	1,45	1-7	4,7	1,25	2-7
Celkem	37,3	5,99	17-49	33,5	6,3	20-48	29,8	4,93	18-41

Vysvětlivky: *M* – aritmetický průměr, *SD* – směrodatná odchylka, *Range* – minimální – maximální hodnota

Z Obrázku 13. je jasně patrné, že jedinci patřící do skupiny *Normal*, vykazují ve všech položkách *Zdraví* vyšší hodnoty než jedinci spadající do kategorie *Nadváha* a *Obezita*. Můžeme tedy konstatovat, že jsou se svým zdravím spokojenější než zástupci zbývajících dvou kategorií. Jednoznačně nejvyšší hodnoty dané kategorie se vyskytly u položky *obranyschopnost* a *četnost nemocí*. Stejně tomu bylo i u mužského vzorku, přestože nyní již nerozlišujeme jednotlivé vzorky dle pohlaví. Kategorie *Normal* je celkově nejméně spokojena se svou *fyzickou kondicí*, *četností bolesti* a nepatrně nižší hodnota se objevuje i u položky *duševní výkonnost*. Žádná ze 7 položek však není hodnocena nižším skóre, než je číslo 5. Hodnotu vyšší než 5 zaujímá v kategorii *Nadváha* pouze jedna položka, a to *četnost nemocí* s výslednou hodnotou 5,3. Většina z položek balancuje v rozpětí 4,7-4,8. Pouze položka *fyzická kondice* zaujímá výrazně nižší hodnotu, a je tak se svým výsledkem 4,4 považována za oblast, s níž jsou lidé trpící nadváhou nejméně spokojeni.

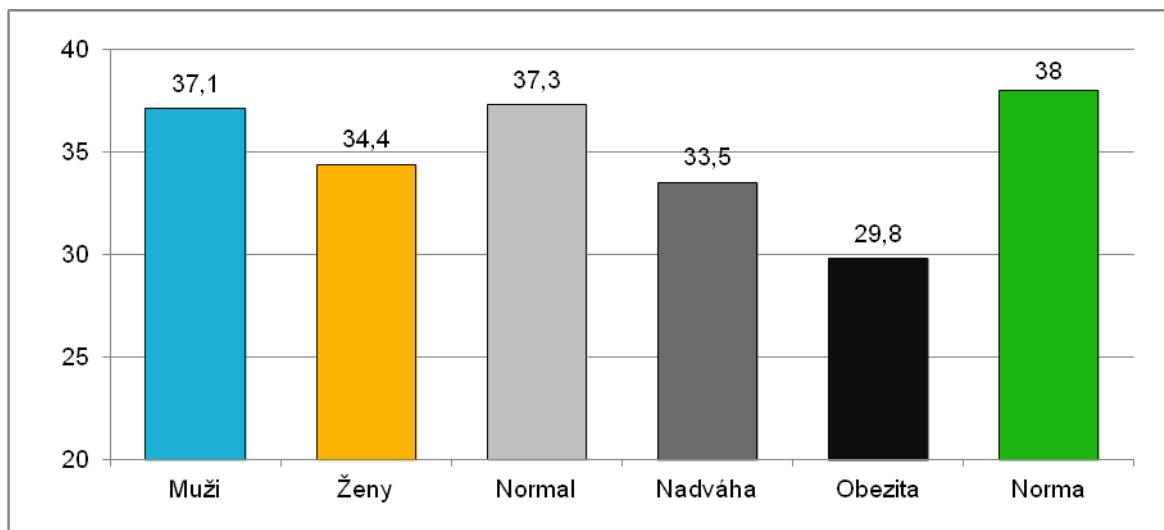
Jedinci trpící obezitou shodně považují oblast fyzické kondice za jednoznačně nejhorší. Druhou nejhůře hodnocenou položkou je oblast tělesného zdraví. Nejvíce spokojeni jsou se svou obranyschopností vůči nemocem a duševní kondicí. Jak je patrné z následujícího obrázku, ani jedna z hodnocených položek *Zdraví* nepřekročila hranici 5 bodů.



Obrázek 13. Porovnání dat DŽS (oblast *Zdraví*) mezi kategoriemi *Normal*, *Nadváha* a *Obezita*

Obrázek 14. poskytuje komplexní pohled všech zkoumaných kategorií na hodnocenou položku *Zdraví* (DŽS) a nabízí porovnání s jeho platnou normou, která je stanovena na hodnotu 38 bodů. Každá kategorie (norma, muži, ženy, *Normal*, *Nadváha* a *Obezita*) je charakterizována celkovým skóre, které mezi sebou můžeme vzájemně porovnat.

Nejblíže danému normativu se přibližují jedinci s normální hmotností, mezi které řadíme jak muže, tak i ženy. Obecně však lze říci, že muži jsou se stavem svého zdraví spokojenější. Ženy za nimi se svým hodnocením zaostávají o více jak 2,5 bodu. Nejhůře svůj zdravotní stav hodnotí jedinci patřící do skupiny obézních, jejichž celkové skóre je pod hranicí 30 bodů, tedy o více jak 8 bodů pod stanovenou normou. Porovnáme-li dosažené výsledky všechny zkoumaných skupin s normativem, je celková spokojenost těchto jedinců se svým zdravím nižší, než jak uvádí norma.



Obrázek 14. Porovnání celkového skóre položky *Zdraví* u všech zkoumaných kategorií

5.3 Posouzení body image

Další zkoumanou oblastí bylo posouzení vlastního subjektivně vnímaného BI. Proband na základě instrukcí subjektivně vyhodnotil své jednotlivé hlavní fyzické charakteristiky jako je tvář, tělo a jeho jednotlivé segmenty, subjektivně vnímaná fyzická atraktivita a celková BI. Pro získání dat o sebehodnocení spokojenosti s vlastním tělem, bylo využito jednoduché 100 bodové škály, kde hodnota 0 představuje tvrzení: se svým celkovým BI jsem spokojen nejméně. Hodnotu 100 pak chápeme jako maximální spokojenost se svým BI.

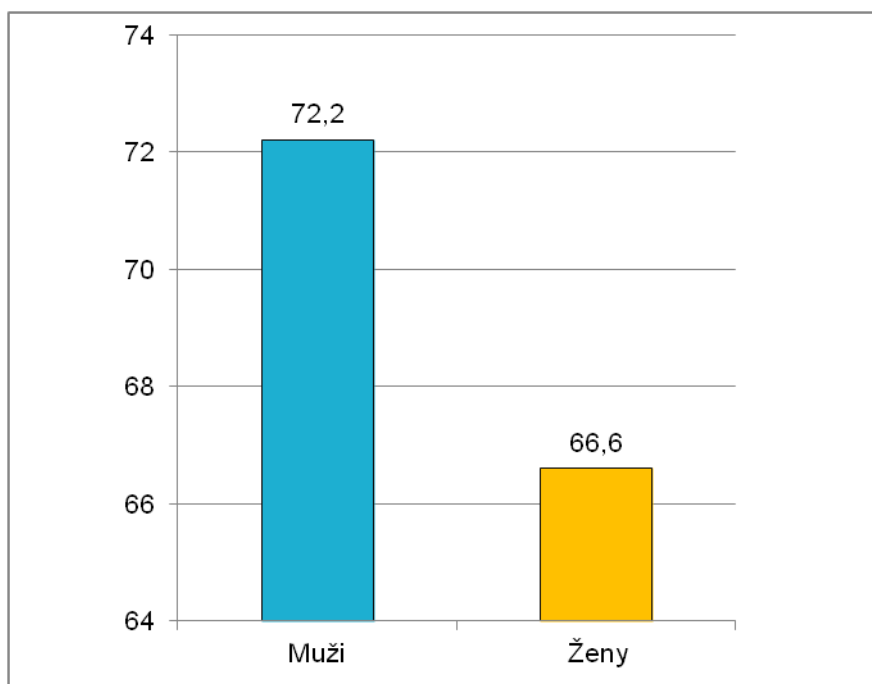
Tabulka 6. Představuje základní skutečnosti vztahující se k posouzení BI u jednotlivých proměnných (muži, ženy, celý soubor) a je doplněna o základní statistické údaje jako je aritmetický průměr (*M*), směrodatná odchylka (*SD*), rozpětí (*Range*).

Tabulka 6. Hodnocení BI u celého souboru, mužů a žen

	Celý soubor			Muži			Ženy		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
BI	69,5	16,55	20-100	72,2	15,3	30-99	66,6	17,44	20-100

Vysvětlivky: *M* – aritmetický průměr, *SD* – směrodatná odchylka,
Range – minimální – maximální hodnota

Obrázek 15. Ilustruje, jak svoji BI posuzují ženy a muži. Z výsledků jasně vyplývá, že v porovnání se ženami, vnímají muži své BI daleko lépe, což dokazuje i vyšší uvedené skóre. Se svým tělem jsou tak obecně spokojenější. Průměrná dosažená hodnota u mužů byla 72,2 bodů, u žen 66,6 bodů.



Obrázek 15. Výsledné skóre posouzení BI u mužů a žen

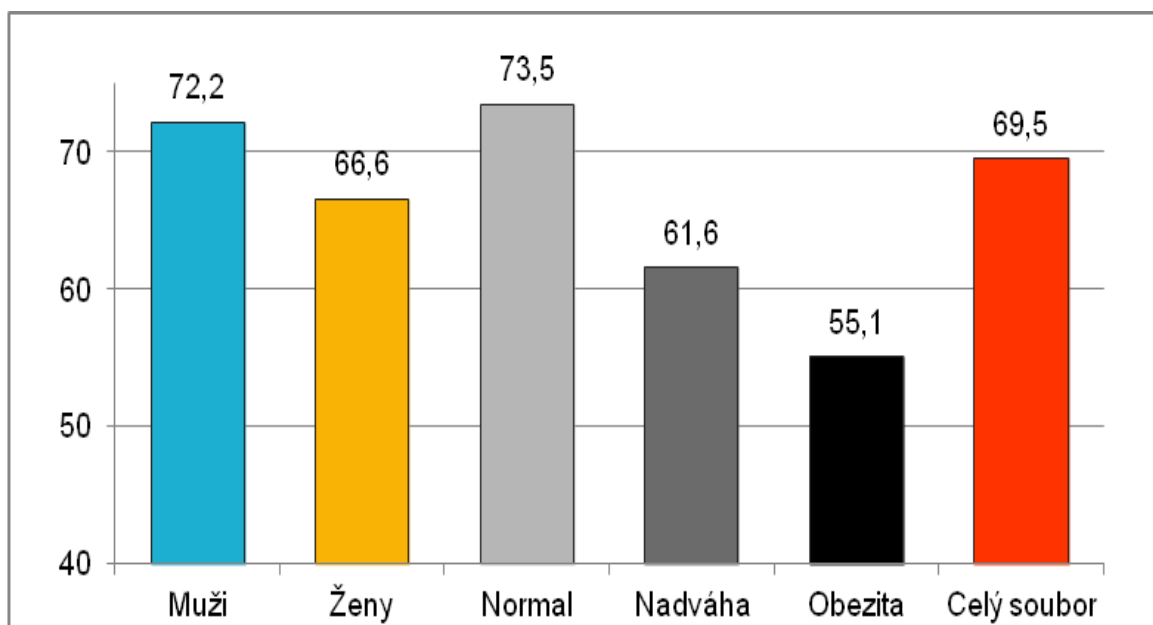
V následující tabulce uvádíme výsledky posouzení BI z pohledu jednotlivých kategorií: *Normal*, *Nadváha*, *Obezita*. Současně jsou zde uvedeny minimální a maximální získané hodnoty každé z těchto kategorií. Nejvyšší skóre 73,5 bodů v rámci všech tří zkoumaných vzorků dosahují jedinci s normální hmotností (*Normal*). Kategorie zastupující jedince s nadváhou hodnotí svou BI výslednou hodnotou 61,6 bodů a zaostává tak o necelých 12 bodů za kategorií *Normal*. Nejhorší hodnocení a tedy i nejmenší spokojenost s vlastním BI vykazuje skupina obézních jedinců, jejichž průměrná hodnota se zastavila na 55,1 bodech a tudíž ji od skupiny *Normal* dělí více jak 18 bodů.

Tabulka 7. Hodnocení BI v rámci kategorie *Normal*, *Nadváha* a *Obezita*

	<i>Normal</i>				<i>Nadváha</i>				<i>Obezita</i>			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
BI	73,5	15,9	20	99	61,6	13,75	30	93	55,1	14,81	30	100

Vysvětlivky: *BI* – body image, *M* – aritmetický průměr, *SD* – směrodatná odchylka, *Min* – minimální hodnota, *Max* – maximální hodnota

Následující graf (Obrázek 16), poskytuje přehledný pohled na celkové skóre posuzované BI mezi všemi zkoumanými soubory, tedy muži a ženami, jedinci s normální hmotností, nadváhou či obezitou (vzorek *Normal*, *Nadváha*, *Obezita*) a současně je doplněn i položkou prezentující výsledné skóre zkoumaného vzorku jako celku. Z grafu vyplývá, že ženy vnímají své BI negativněji než muži a jsou s ním tudíž ve výsledku méně spokojeny. Z hlediska posouzení dle BMI vykazuje nejvyšší skóre skupina jedinců s normální hmotností. Obecně nejhůře hodnotí své BI jedinci obézní.

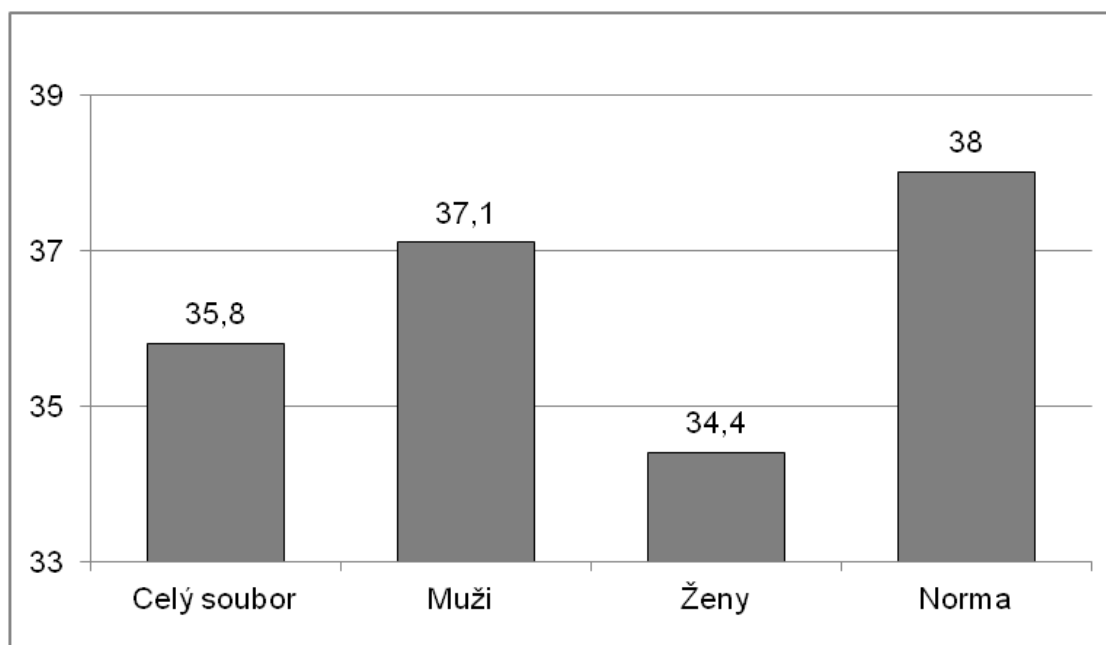


Obrázek 16. Porovnání výsledného skóre BI – celý soubor, muži, ženy, kategorie podle BMI

6 DISKUZE

V následující kapitole se blíže seznámíme s výsledky vyplývajícími z našeho výzkumu zaměřeného na dospělé populaci mužů a žen, který se týkal jejich spokojenosti se zdravím a vlastní BI, tedy tím, jak každý subjektivně vnímá, hodnotí a prožívá vlastní tělo. Hned v úvodu shrneme základní charakteristiky o sledovaném souboru. Jak již bylo dříve zmíněno, sběr dat proběhl v červnu 2014 v rámci veletrhu aktivního a zdravého životního stylu Moravia Sport Expo a zúčastnil se ho vzorek čítající 171 dospělých jedinců, mužů i žen v poměrně rozsáhlém věkovém rozpětí 18-93 let. Každý z probandů administroval modifikovaný DŽS se zaměřením na položku *Zdraví* a posoudil spokojenost s vlastním BI. Současně se každý ze zúčastněných podrobil měření, jehož cílem bylo zjistit tělesnou výšku a hmotnost a na základě těchto skutečností byl u každého vypočítán index BMI.

V rámci provedeného šetření bylo zjištěno celkové skóre položky *Zdraví* vyplývající z DŽS se zaměřením na muže a ženy. Po rozdělení zkoumaného vzorku dle indexu BMI a jeho kategorizace podle kritérií WHO, bylo možné zjistit výsledné hodnoty i v rámci jednotlivých kategorií *Normal*, *Nadváha* a *Obezita*. Ty již byly tvořeny jak muži, tak i ženami.



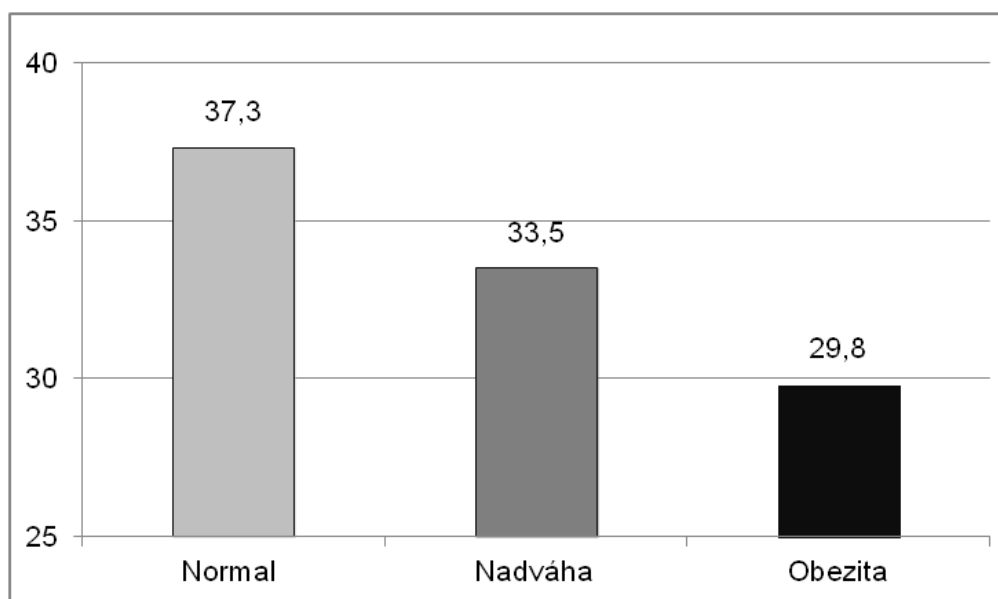
Obrázek 17. Celkové skóre položky *Zdraví* (DŽS) mužů, žen a celého souboru

Porovnáme-li celkové skóre položky *Zdraví* vyplývající z DŽS (Obrázek 17) s normativem a jeho platnou hodnotou, zjistíme, že normativní populace dosahuje řádově vyššího skóre nežli dospělí jedinci účastníci se tohoto průzkumu. Pokud se zaměříme na hodnocení zdraví z pohledu mužů a žen zvlášť, všimneme si jasných ukazatelů, které dokládají skutečnost, že muži se k dané normě svým výsledkem přibližují zdaleka nejvíce a v porovnání se vzorkem čítající pouze ženy, jsou se svým zdravím i více spokojeni. A to i přesto, že je tato hodnota pod danou platnou normou, která je stanovena hodnotou 38 bodů.

Zajímavou studii, jejímž výsledkem bylo zjištění subjektivního pohledu na vlastní zdraví mezi dospělými muži a ženami představuje McCullough a Laurenceau (2004). Výzkum probíhal bezmála 60 let a zapojilo se do něj více jak 1400 respondentů. Jedním ze závěrů tohoto šetření bylo zjištění, že věk je jedním z důležitých aspektů ovlivňující vnímání vlastního zdraví. Autoři studie poukazují na skutečnost, že se vzrůstajícím věkem se spokojenost s úrovní vlastního zdraví zhoršuje. Tento zlom dle jejich zjištění nastává kolem 50. roku věku. Do této doby zůstává míra spokojenosti se zdravím relativně stabilní, a to jak pro muže, tak i pro ženy takřka neměnná. Musíme však podotknout, že i v této studii se uvádí, že muži jsou v porovnání s ženami po celou dobu svého života se svým zdravím spokojenější a toto tvrzení vykazují i uvedené vyšší hodnoty celého mužského vzorku. Avšak oproti ženám je úpadek jejich vnímané úrovně zdraví strmější. Tento rozdíl se dle autorů studie stírá kolem věku 80 let, kdy je tělo vystaveno řadě nemocí, které se přirozeně pojí ke stáří. Podobně založená studie *Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR* z roku 2003 potvrzuje stanovisko, že i když se ženy v průměru dožívají delšího věku, hodnotí svůj zdravotní stav hůře než muži, a to především i díky tomu, že se dle Williams (2011) stávají náchylnějšími k chronickým onemocněním a tudíž se obecně svým zdravím více zaobírají a pečují o něj. Tento rozdíl ve vnímání zdraví u mužů a žen je považován za statisticky významný (Brožová, Daňková, Chudobová, Kamberská, & Lexová, 2003).

To, že muži jsou se svým zdravím spokojenější více jak ženy, dokládají i výsledky našeho dotazníkového šetření. Pokud vezmeme v úvahu i věkové rozpětí jednotlivých probandů, které se pohybovalo v širokém spektru od 18 do 93 let, zahrnovalo tedy období pozdního dospívání až stáří (Smékal, 2009), můžeme konstatovat, že kromě obecně známých determinant zdraví, může právě věk a postoj

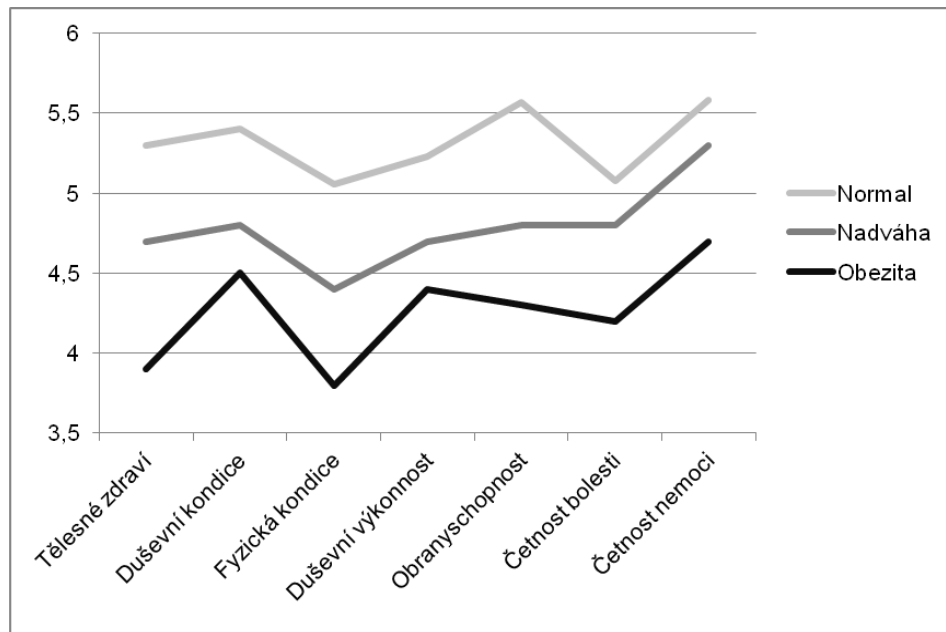
k vlastnímu zdraví hrát jednu ze zásadních rolí v posouzení míry spokojenosti se zdravím samotným.



Obrázek 18. Celkové skóre položky *Zdraví* u kategorií dle BMI

Zaměříme-li se na porovnání dosaženého skóre položky *Zdraví* a jeho sub položek podle získaného indexu BMI a z něho plynoucích kategorií (Obrázek 18), zjistíme, že nejvyšší hodnoty ve všech uvedených položkách vykazovala kategorie *Normal* zastupující jedince spadající dle svého indexu BMI (18,5-24,9 kg/m²) do skupiny lidí s normální hmotností. Hůře své zdraví hodnotí jedinci trpící nadváhou, jejichž BMI se pohybuje v rozmezí od 25 do 29,9 kg/m². Naprosto nejhůře své zdraví reflektují lidé obézní, u kterých index BMI překračuje hranici 30 kg/m².

Touto problematikou se v roce 2008 rovněž zabýval projekt *Žij zdravě*, jehož výstupy silně korelují s našimi získanými daty. Podle této studie jsou lidé trpící obezitou obecně méně spokojeni s faktory týkajícími se běžného života, ke kterým kromě pracovní výkonnosti, sexuálního života, spánku a dalších řadíme i spokojenost s vlastním zdravím. Výsledkem této studie je tvrzení, že čím vyšší je index BMI, tím nižší je vlastní spokojenost ve všech oblastech každodenního života, tedy i v oblasti zdraví (Matoulek, 2008).



Obrázek 19. Porovnání dosaženého skóre položky *Zdraví*, DŽS mezi kategoriemi *Normal*, *Nadváha* a *Obezita*

Při bližším studiu výsledků jednotlivých sub položek hodnocených jedinci spadajících do kategorie normální váhy, nadváhy a obezity, které jsou prezentovány na Obrázku 19. vidíme, že absolutně nejhůře byla všemi skupinami hodnocena oblast fyzické kondice. Nejlepší výsledek pak náleží sub položce spojené s výskytem nemocí a jejich četností. Zástupci kategorie *Normal* jsou nejvíce spokojeni v oblasti *obranyschopnost* a *četnost nemocí*. Je nutno podotknout, že tyto dvě oblasti spolu bezesporu úzce souvisí. Pokud je jedinec obdařen dostatečnou obranyschopností (imunitou), dá se předpokládat, že i jeho zdravotní stav bude dobrý, bude ho tak i reflektovat a výskyt nemocí se sníží na minimum.

U výsledků charakterizujících skupinu jedinců s nadváhou, si můžeme všimnout, že přestože výsledná hodnota všech sub položek je nižší než u vzorku *Normal*, linie, kterou dané hodnoty vytváří, v mnohém kopíruje i křivku kategorie *Normal*. Jistá odlišnost se vyskytuje u již zmiňované sub položky *obranyschopnost*, která může být právě u jedinců s nadváhou spojována s nižší spokojeností v oblasti jejich fyzické kondice, tělesného zdraví a duševní výkonnosti.

Tak jako u obou předešlých kategorií, jsou obézní jedinci nejméně spokojeni se svou fyzickou kondicí a oblast jejich tělesného zdraví vykazuje podobně nízkou

spokojenost. Právě tato oblast je podle Gurkové (2011) hlavním prediktorem naší kvality života. Pokud se člověk necítí zdatný jak po stránce fyzické tak i mentální, jeho vnímání vlastní kvality života bude tímto jevem značně nepříznivě ovlivněno.

Pokud se na problematiku obézních jedinců podíváme v širším měřítku, je více než jisté, že své zdraví budou vnímat obecně hůře, než jedinci štíhlejší. K tomuto tvrzení se přiklání i Stejskal (2004), který považuje obezitu za jeden z nejzávažnějších rizikových faktorů ovlivňujících vznik onemocnění srdce a krevního oběhu. Současně je obézním lidem predikována větší pravděpodobnost vzniku hromadných neinfekčních onemocnění a díky své hmotnosti tvoří i rizikovou skupinu u některých degenerativních kloubních potíží. Obézní lidé se rovněž hůře prosazují ve svém běžném životě, snáze podléhají úzkosti a depresím, a to se v nemalé míře odráží i na pocíťované kvalitě jejich života.

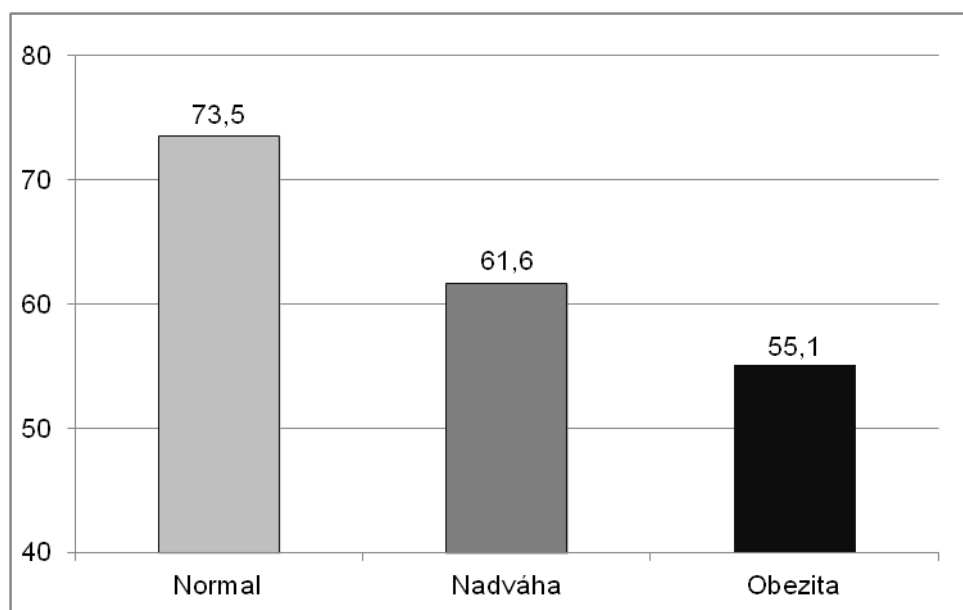
Výsledky rozsáhlé studie zaměřené na vliv obezity na celkové zdraví americké populace, jejíž sledovaný vzorek čítal přes 10 tisíc dospělých probandů, jen potvrzují naše domněnky a poskytují jasný důkaz o tom, že obezita má negativní vliv na hodnocení vlastního zdraví, a to i v nepřítomnosti nemoci či jiných chronických chorobných stavů (Okosun, Choi, Matamoros, & Dever, 2001).

Nyní si představme výsledky vyplývající z posouzení spokojenosti se svým BI. Důležitou skutečností je rozsah, v jakém daní jedinci na své tělo nazírali. Primární byl komplexní pohled na vlastní tělo a spokojenost s ním, s přihlédnutím na jednotlivé tělesné segmenty jako je tvář, postava, její tvar a subjektivně vnímaná fyzická atraktivita. To vše utvářelo výsledný obraz vlastního BI.

Když se zaměříme na referenční hodnoty mužů a žen vyplývající z našeho výzkumu (Obrázek 14), je jasně viditelné, že spokojenost se svým subjektivně vnímaným BI je u mužů vyšší jak u žen. Tuto zjištěnou skutečnost potvrzuje i řada zahraničních studií, které dokumentují rozdíly ve vnímání vlastního těla mezi pohlavími (Fox, 1997; Grilo & Masheb, 2005; Prevos, 2005). Setkáváme se s tvrzením, že ženy své tělo a jeho vzhled začínají sledovat již od útlého dětského věku a postupem času si i stále více uvědomují vlastní zodpovědnost za svůj vzhled. Lev-Ari a Zohar (2013) tvrdí, že muži často netouží po tom stát se štíhlejšími, dokonce to neplatí ani v případě, že jejich BMI překračuje hranici normálu. Naopak ženy s totožným indexem BMI spatřují v boji za lepší postavou a tím i lepším pocitem z vlastního BI důležitý aspekt jejich bytí.

Podobný názor představuje i studie Ludmily Fialové z roku 1994 zaměřená na problematiku základních složek BI (vzhled, zdraví, zdatnost) u české populace. Rovněž zde se projevil určitý trend, v němž jsou ženy se svým tělem méně spokojeny a nalézají více problémů s ním spojených. Paradoxně sice ženy hodnotí své zdraví i vzhled níže než muži, ale svým tělem se oproti mužům zabývají více a uvědomují si i jeho problémy a nedostatky. Obecně vzato, dospělé ženy kontrolují svůj vzhled více než muži a důsledkem toho bývá i jejich přirozeně horší hodnocení vlastní BI (Fialová, 2001).

Fox (1997) předkládá zajímavou studii, v níž se zabývala pozorováním odrazu těla probandů v zrcadle, kteří skrze něj posuzovali spokojenost s vlastním vzhledem. Z jejího tvrzení vyplývá, že více jak 8 z 10 žen je při pohledu do zrcadla nespokojeno se svým tělem, a z tohoto počtu více jak polovina si vytváří o svém těle značně zkreslený a spíše negativní obraz. Oproti tomu muži bývají častěji spokojeni s tím, co vidí. K obrazu svého těla často zaujímají lhostejný přístup, nebo své tělesné nedostatky vůbec nevnímají jako určitou vzhledovou nedokonalost či vadu.



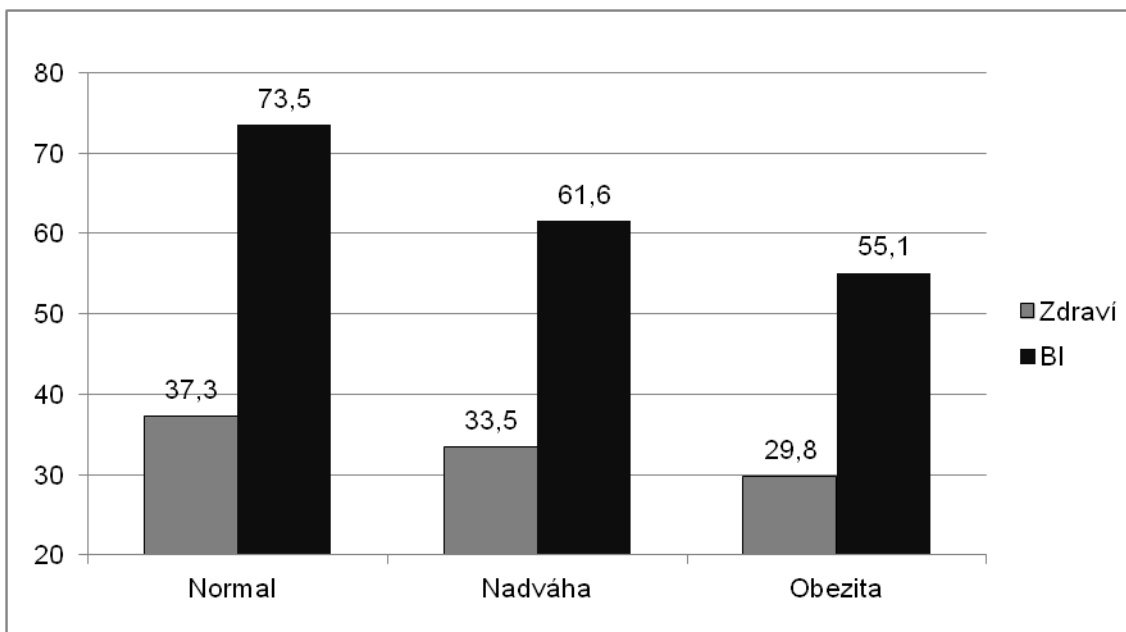
Obrázek 20. Porovnání výsledného skóre BI u kategorií dle BMI

Porovnáme-li hodnoty z oblasti vnímání vlastního BI s indexem BMI a kategorií, do níž se každý ze zúčastněných na základě tohoto indexu zařadil, tak jak blíže ilustruje Obrázek 20, zjistíme, že podobně jako při posuzování spokojenosti se svým zdravím, i zde se objevuje tentýž trend, a to, že jedinci s normální hmotností

svoji BI vnímají o poznání lépe než ti s nadváhou či obezitou. K této domněnce se vyjadřuje i Bucchianeri et al. (2013), jenž prezentuje výsledky svého dlouhodobého výzkumu. Tvrdí v něm, že spokojenost s vlastním BI úzce asociuje s hodnotou BMI. Konkrétně bylo vyzorováno, že jedinci, kteří zvýší svoji hmotnost, a tedy i hodnotu indexu BMI, jsou touto skutečností natolik ovlivněni, že i svoji BI začínají pociťovat jako nedostatečnou (Schwartz & Brownell, 2003). Obecně tedy můžeme říci, že osoby nespokojené s vlastním tělem mívají i vysokou hmotnost projevující se ve vyšší hodnotě indexu BMI (Fialová & Krch, 2012; Watkins, Christie, & Chally, 2008; Sousa Almeida & Kakeshita, 2006; Xanthopoulos, 2011).

Vlastní tělesný obraz se dle Fialové a Krcha (2012) stává výsledkem individuální zkušenosti pociťované skrze vlastní tělo, ale pravděpodobně je v mnoha dimenzích ovlivněn i dalšími vlivy jako je sociokulturní prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, normy dané společností a média, kterým je jedinec vystavován. Schooler (in Serdar, n.d.) dokonce uvádí, že lidé vystavující se zvýšenému vlivu médií, bývají se svým tělesným vzhledem a vlastním BI o poznání méně spokojeni. Jasný vliv sehrává i současný přijímaný trend toho, jak by mělo ideální tělo muže a ženy vypadat. Vzhledem k tomu, že obézní jedinci své tělo často neshledávají jako fyzicky atraktivní a svým tělesným vzhledem se vymykají obecně vnímanému ideálu krásy, i výsledný pocit ze sebe sama se negativně promítá do jejich vnímané spokojenosti s vlastním BI.

Obrázek 21. jasně ilustruje vzájemné vztahy mezi subjektivně vnímaným zdravím a BI v porovnání s objektivně změřenou hodnotou BMI u všech probandů účastnících se našeho výzkumu. Z předkládaných výsledků lze vysledovat určitý trend: jedinci s normální hmotností jsou v rámci zbývajících dvou referenčních skupin spokojenější jak se svým zdravím tak i vlastní BI. O poznání hůře své zdraví i BI hodnotí jedinci trpící nadváhou. Nejhůře se po stránce zdravotní cítí lidé trpící obezitou, jejichž hodnota indexu BMI překročila hranici 30 kg/m^2 . Nejnižší hodnoty tato skupina vykazuje i v položce spokojenosti s vlastním BI. Na základě těchto skutečností lze konstatovat, že se zvyšujícím se indexem BMI klesá subjektivně vnímaná spokojenost se svým zdravím i BI.



Obrázek 21. Srovnání referenčních hodnot DŽS (položky Zdraví) a vnímané BI u sledovaného vzorku *Normal*, *Nadváha* a *Obezita*

6.1 Limity práce

Za jeden z limitujících faktorů předkládané práce bychom mohli považovat věkové rozpětí sledovaného souboru, které se pohybovalo v rozpětí od 18 do 93 let a bylo tak zastoupeno jak zástupci rané dospělosti, tak i jedinci spadající do etapy vysokého stáří. Z tohoto důvodu nebylo možné získaná data interpretovat do kontextu konkrétní vývojové etapy a poskytnout tak informace vztahující se k prožívané životní dekádě.

Určité limity bychom mohli spatřovat i v samotném použití indexu BMI jako objektivní hodnoty indikující u daných jedinců jejich podváhu, normální hmotnost, nadváhu či obezitu. Přestože, se řada autorů ohrazuje tím, že index BMI nemusí být vždy považován za objektivní měřítko naší tělesné složky a kupříkladu u sportovců, díky jejich zvýšenému podílu svaloviny, ne vždy vede k validnímu výsledku (Schwartz & Brownell, 2003), je index BMI i nadále nejfrekventovanějším a velmi jednoduchým nástrojem k posouzení. Romero-Corral et al. (2008) uvádí, že u jedinců trpících obezitou se předpokládá, že i podíl tělesného tuku bude vyšší, a toto tvrzení podkládá vlastní studií. V ní předkládá důkazy o tom, že u běžné populace, kde 95%

mužů a 99% žen identifikovaných jako obézní skrze naměřenou hodnotu BMI, bylo obézních i přes podíl tělesného tuku získaný metodou bioelektrické impedance.

Za další omezení můžeme považovat i to, že v rámci diplomové práce nebylo pracováno s dalším členěním kategorie *Obezita*, tedy se vzorkem čítající dle kategorizace WHO jedince spadající do obezity I.-III. stupně.

7 ZÁVĚRY

Tato diplomové práce si kladla za cíl posoudit úroveň subjektivně vnímané spokojenosti se zdravím a BI u dospělé populace mužů a žen ve vztahu ke kategoriím BMI. Vlastní výzkum proběhl v měsíci červnu 2014 v rámci veletrhu aktivního a zdravého životního stylu Moravia Sport Expo v Olomouci. Zúčastnilo se ho 171 dospělých jedinců, mužů (n=90) i žen (n=81) ve věkovém rozpětí 18-93 let. Průměrný věk probandů činil 36 let (SD 12).

K posouzení spokojenosti s vlastním zdravím nám posloužil standardizovaný DŽS. Jednalo se konkrétně o položku *Zdraví* čítající 7 otázek komplexně zastřešující celou oblast dané problematiky. Oblast posouzení vlastního BI byla realizována jednoduchým nástrojem tvořeným otázkou a hodnotící škálou o daném bodovém rozpětí 0-100 bodů. Výsledný obraz svého BI byl utvářen komplexním pohledem na vlastní tělo a spokojenost s ním včetně přihlédnutí k jednotlivým tělesným segmentům jako je tvář, postava, její tvar a subjektivně vnímaná fyzická atraktivita. Na základě změřených údajů o výšce a hmotnosti byly u sledovaných osob vypočítány hodnoty BMI. Toto třídící kritérium jsme považovali za objektivní skutečnost, na základě které jsme celý zkoumaný vzorek rozdělili dle doporučení WHO do kategorií jedinců s normální hmotností, nadváhou a obezitou.

V rámci výzkumu jsme zjistili, že muži ve srovnání se ženami lépe hodnotí jak své zdraví, tak i vlastní subjektivně vnímanou BI. Ženy jsou v obou položkách ve svém hodnocení skeptičtější, a tudíž je u nich výsledná hodnota horší než u vzorku mužského. Ženy jako nejproblematictější položku vnímají svou fyzickou kondici. Muži pocítují největší nespokojenost v oblasti *četnost bolestí* a shodně se ženami spatřují limity i v úrovni své fyzické kondice. Naopak nejlépe je hodnocena oblast *četnost nemocí*, stejně tak i u mužů, kteří však na totožném místě ve svém žebříčku uvádí i položku *obranyschopnost*. V rámci jednotlivých kategorií dle indexu BMI je plošně jako nejlépe hodnocenou oblastí položka *četnost nemocí*, nejhůře pak úroveň fyzické kondice, a to bez rozdílu dané kategorie.

Výsledky posouzení vlastní subjektivně vnímané spokojenosti s BI v mnohém potvrzují současný trend podložený výzkumy světových i tuzemských autorů. V rámci kategorizace dle BMI, své BI nejlépe hodnotí jedinci s normální hmotností, nejhůře pak ti, kteří trpí obezitou.

Na základě našich zjištění lze konstatovat, že probandi, jejichž index BMI se pohybuje ve sféře normálu, vykazují znatelně lepší výsledky, než lidé trpící nadváhou či obezitou, a to v obou sledovaných oblastech: zdraví i BI. Čím vyšší je tedy hodnota tohoto indexu, tím menší je i naše spokojenost s vlastním zdravím a tím hůře reflektujeme i oblast našeho požímaného BI.

Jelikož jsou předkládaná data z DŽS získána pomocí standardizované metody, je možné tyto skutečnosti využít k budoucí komparaci s dalšími výzkumy podobného charakteru. Tuto skutečnost vnímám jako důležitý přesah této práce. Pro další výzkumná šetření v oblasti BI bychom doporučili standardizovat komplexní diagnostický nástroj se specifiky respektující české prostředí. Námi stanovený cíl práce se podařilo splnit.

8 SOUHRN

Oblast zdraví a tělesného sebepojetí představují fenomény, které jsou spolu již od nepaměti silně provázány v řadě aspektů lidského života. Zdraví se týká každého člověka, je tím nejcennějším, co máme a o co bychom měli s odpovídající zodpovědností a úctou pečovat. Vnímání vlastního zdraví a jeho sebehodnocení je v současné době považováno za validní prvek podílející se na predikci mortality a morbidit lidské populace (Schytt, 2011). Jedná se rovněž o jednu ze stěžejních komponent, jenž utváří základní strukturu toho, jak vnímáme vlastní tělesnost tj. jak pojmáme náš vlastní jedinečný obraz o sobě samém a svém BI. Současně se oblast hodnocení vlastního těla promítá i na našem psychickém zdraví. Tělo je objektem sociálního a kulturního vývoje, obrazem našich vnitřních emocí, toho co prožíváme, toho co nás formuje (Fialová & Krch, 2012). Náš vnitřní svět se pomocí těla setkává se světem vnějším a na základě rozličných interakcí je člověk schopný svou tělesnou schránku i reflektovat. Proto je oblast BI chápána jako mnohostranný konstrukt, který je ústředním prvkem sebepojetí jedince se zásadním významem pro jeho duševní zdraví a kvalitu života (Tatangelo, McCabe, & Ricciardelli, 2015). BI je způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí (Grogan, 2000). Jeho vývoj v životě jednotlivce se mění a modeluje. V dětství směřuje od oceňování zdatnosti k významu vzhledu v mládí, takto přetrvává do středního věku a ve stáří se přetavuje k péči o zdraví. Neboť oblast zdraví i BI je ve své podstatě složkou značně individuální, je i uchopení a interpretace těchto jevů komplikovanější záležitostí.

Předkládaná diplomové práce se zabývá problematikou sebepojetí, zdraví a BI. Hned po úvodní části, která čtenáři přibližuje jednotlivé oblasti našeho zájmu, je v následující kapitole čtenáři nabídnut ucelený přehled dosavadních poznatků. Největší důraz je kladen na kapitoly: sebepojetí, body image, zdraví, přičemž jsou tyto části doplněny o teorii k oblasti konstituční typologie a měření lidského těla. Třetí kapitola stanovuje náš cíl práce, čtvrtá je zaměřená na metodiku spojenou s naším výzkumem. Kapitola následující přibližuje základní skutečnosti o sledovaném souboru včetně konečných výsledků. Diskuze pak nabízí kompletní přehled získaných dat a jejich porovnání se zahraničními i tuzemskými studii podobného charakteru. Rovněž jsou zde prezentovány i limity celé práce. Závěrečná část

shrnuje zjištěné skutečnosti, zobecňuje poznatky z oblasti zdraví i BI a komentuje, zda byl naplněn cíl naší diplomové práce.

9 SUMMARY

Health and BI is phenomena that is strongly linked to a number of fundamental aspects of human life. Every human being should be concerned about one's health. It is the most valuable aspect we have and we should take care of ourselves. Perceptions of health and self-esteem are currently considered as a valid element involving in the prediction of mortality and morbidity of the human population (Schytt, 2011), and also it is one of the main components of the basic structure of how we perceive our own body, how we create unique image about ourselves and how we perceive our BI. Currently, the evaluation of our own body also transformes into our mental health. The body is the object of social and cultural development. It is a reflection of our inner emotions, how we feel, what influences us, and also represents the point at which we are at the moment. Our inner thoughts encounter with the outside world through the body and thanks to various interactions the human being is capable of reflection one's own physical body. Therefore the area of BI is perceived as a multi-factorial construct, which is the main aim for individual self-understanding that is essential for the mental health and the quality of life (Tatangelo, McCabe, & Ricciardelli, 2015). BI is the way one thinks about one's body, how it perceives and feels (Grogan, 2000). The development in the individuals' life is changing. The role models are changing - from childhood motivated by valuing the importance of performance, through the importance of „looking young“ in the middle age, towards the older adults being more focused on health. It is very complicated to interpret this phenomena since health and BI are very individual aspects that might be very different for each individual.

This thesis deals with the issue of health and BI. Introduction submits readers with the field of interest. The following chapter offers a comprehensive review of the evidence. The greatest emphasis is to be found in the chapters: self-concept, body image, health. These chapters are supplemented by the typology theory and measurement of the human body. The third chapter sets the main aim of the thesis. The fourth is focused on the methodology related to the research. The following chapter describes basic facts about monitored respondents sample and the results. The discussion offers a complete overview of the obtained data and their comparison with foreign and domestic studies of similar aim. The limits for the thesis are also

presented. The last chapter summarizes the findings, generalize findings from the field of health and BI and expresses the aim of the thesis.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

- Anonymous (n.d.). *Marilyn Monroe. Životopis*. Retrieved 17. 3. 2015 from the World Wide Web: <http://zivotopis.osobnosti.cz/marilyn-monroe.php>
- Anonymous (2001). *The Gibson Girl. The Ideal Woman of the Early 1900's*. Retrieved 17. 3. 2015 from the World Wide Web: <http://www.eyewitnesstohistory.com/gibson.htm>
- Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: MACH.
- Becker, G. S. (1981). *A Treatise on the Family*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bennett, W., & Gurin, J. (1982). *The Dieter's Dilema. Eating Less and Weighing More*. New York: Basic Books.
- Bernard, A., & Spencer, J. (2002). *Encyklopédia of Social and Cultural Anthropology*. New York: Routledge.
- Berry, B. (2008). *The Power of Looks. Social Stratification of Physical Appearance*. Burlington: Ashgate Publishing Company.
- Blatný, M., Hřebíčková, M., Milková, K., Plhánková, A., Řičan, P., Slezáčková, A., & Stuchlíková, I. (2010). *Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Böserová, J. (2011). *Body image v marketingu*. Diplomová práce, Vysoká škola ekonomická, Fakulta podnikohospodářská, Praha.
- Brown, F. L., & Slaughter, V. (2011). Normal body, beautiful body: Discrepant perceptions reveal a pervasive „thin ideal“ from childhood to adulthood. *Body Image: An International Journal of Research*, 8 (2), 119. Retrieved 17. 4. 2015 from the World Wide Web: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.nkp.cz/science/article/pii/S1740144511000088>
- Brožová, J., Daňková, Š., Chudobová, M., Kamberská, Z., & Lexová, P. (2003). *Ženy a muži v číslech zdravotnické statistiky*. Praha: ÚZIS.
- Bucchianeri, M. M., Arikian, A.J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood:

- Findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image: An International Journal of Research*, 10 (1), 5-6. Retrieved 17. 4. 2015 from the World Wide Web:
<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.nkp.cz/science/article/pii/S1740144512001222>
- Carter, J. E. L. (2002). *The Heath-Carter anthropometric somatotype. Instructional manual*. Retrieved 3. 3. 2015 from the World Wide Web:
<http://www.somatotype.org/Heath-CarterManual.pdf>
- Cash, T. F., Phillips, K. A., Santos, M. T., & Hrabosky, J. I. (2004). Measuring „negative body image“: validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image: An International Journal of Research*, 1 (4), 363-364. Retrieved 17. 4. 2015 from the World Wide Web:
<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.nkp.cz/science/article/pii/S1740144504000683>
- Crook, M. (1995). *The body image trap. Understanding and rejecting body image myths*. North Vancouver: OLDAG Publishers.
- Čeledová, L., & Čevela, R. (2010). *Výchova ke zdraví. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Čevela, R., Čeledová, L., & Dolanský, H. (2009). *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Dosedlová, J., Fialová, L., Kebza, V., & Slováčková, Z. (2008). *Předpoklady zdraví a životní spokojenosti*. Brno: MSD.
- Drbal, C. (2001). *Determinanty zdraví a zdravotní politika*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.
- Duffková, J., Urban, L., & Dubský, J. (2008). *Sociologie životního stylu*. Příbram: Aleš Čeněk s.r.o.
- Dušková, D. (2012). *Psychosociální péče v ošetřování onkologicky nemocných seniorů s kolorektálním karcinomem*. Diplomová práce, Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Brno.
- Eknoyan, G. (2007). *Adolphe Quetelet (1796–1874): the average man and indices of obesity*. Retrieved 22. 3. 2015 from the World Wide Web:
<http://ndt.oxfordjournals.org/content/23/1/47.full>

- Epidemie obezity (n.d.). *Metody určování optimální tělesné hmotnosti*. Retrieved 27. 3. 2015 from the World Wide Web:
<http://www.epidemieobezity.upol.cz/index.php/verejnost/18-metody-urcovani-optimalni-telesne-hmotnosti>
- Fahrengerg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., & Bräler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.
- Fardouly, J., & Vartanian, L. (2015). Negative comparisons about one's appearance mediate the relationship between Facebook usage and body image concerns. *Body Image: An International Journal of Research*, 12, 82-88. Retrieved 23. 3. 2015 from the World Wide Web:
<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.nkp.cz/science/article/pii/S1740144514001375>
- Farková, M. (2008). *Vybrané kapitoly z psychologie*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského.
- Ferrera, L. A. (2005). *Body mass index: new research*. New York: Nova Science Publishers.
- Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum.
- Fialová, L. (2006). *Moderní body image. Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Fialová, L. (2007). *Jak dosáhnout postavy snů. Možnosti a limity korekce postavy*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Fialová, L., & Krch, F. D. (2012). *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Univerzita Karlova.
- Finkelstein, J. (2007). *The Art of Self Invention. Image and Identity in Popular Visual Culture*. London: I. B. Taurius & Co Ltd.
- Fox, K. (1997). *Mirror, mirror. A summary of research findings on body image*. Retrieved 21. 4. 2015 from the World Wide Web:
<http://www.sirc.org/publik/mirror.html>.
- Gavora, P. (2010). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido.

- Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2005). Correlates of body image dissatisfaction in treatment-seeking men and women with binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 38 (2), 162-166.
- Grogan, S. (2000). *Body image. Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Grogan, S. (2008). *Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. New York: Routledge.
- Google (n.d.). *Twiggy 60's Fashion*. Retrieved 20. 3. 2015 from the World Wide Web: <http://www.lovely.uk.com/fashion/mod-dress-cute-mod-dresses-mod-garden-dress-and-more/attachment/twiggy-60s-fashion/>
- Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Hanuš, R., & Chytilová, L. (2009). *Zážitkově pedagogické učení*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hátlová, B. (2005). *Tělesnost*. Retrieved 14. 3. 2015 from the World Wide Web: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-8/?pdf=74>
- Health Consumer Powerhouse (2013). *Evropský spotřebitelský index zdravotní péče 2013*. Retrieved 27. 3. 2015 from the World Wide Web: <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-cz.pdf>
- Hendl, J. (1999). *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: Theory Relating Self and Affect. *Psychological Review*, 3 (94), 319-340.
- Horáková, N. (n.d.). *Co je pro nás v životě důležité?* Retrieved 1. 4. 2015 from the World Wide Web: http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c3/a3943/f11/100045s_horakova-hodnoty.pdf
- Janečková, H., & Hnilicová, H. (2009). *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, s.r.o.
- Jenkins, R. (2004). *Social Identity*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.

- Ježek, M. (2014). *Bio-psycho-socio-spirituální model člověka*. Retrieved 2. 4. 2015 from the World Wide Web: http://www.rozhlas.cz/nabozenstvi/zpravy/_zprava/1299043
- Kalman, M., Sigmund, E., Sigmundová, D., Hamřík, Z., Beneš, L., Benešová, D., & Csémy, L. (2011). *Národní správa o zdraví a životním stylu dětí a školáků*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kastová, V. (2012). *Být sám sebou. Pocit vlastní hodnoty a zkušenosti*. Brno: Emitos, spol. s.r.o.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kernová, V. (2006). *Podpora zdraví v ČR [učební texty]*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Klescht, V. (2008). *5 pilířů zdravého života*. Brno: Computer Press, a.s.
- Kokaisl, P. (2007). *Základy antropologie*. Praha: Provozně ekonomická fakulta ČZU.
- Kutáč, P. (2009). *Základy kinantropometrie (pro studující obor TV a sport)*. Ostrava: Repronis s.r.o.
- Künzel, D. (1990). *Lidský organismus ve zdraví a nemoci*. Praha: Avicenum.
- Leško, L. (2008). *Náhled do sociální komunikace*. Brno: Tribun EU, s.r.o.
- Lev-Ari, L., & Zohar, A. D. (2013). Nothing gained: An explorative study of the long-term effects of perceived maternal feeding practices on women's and men's adult BMI, body image dissatisfaction, and disordered eating. *International Journal of Psychology, 48* (6), 1208-1209. Retrieved 20. 4. 2015 from the World Wide Web: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1080/00207594.2013.779378/>
- Machová, J., & Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Marková, M. (2012). *Determinanty zdraví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů.
- Mastiliaková, D. (2007). *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Matoulek, M. (2008). *Tlustý člověk – člověk spokojený?*. Retrieved 12. 4. 2015 from the World Wide Web: <http://www.obesitynews.cz/?pg=clanek&id=241>

- McCullough, M. E., & Laurenceau, J. P. (2004). Gender and the Natural History of Self-Rated Health: A 59-Year Longitudinal Study. *Health Psychology, 23* (6), 651-654.
- Meško, J. (2014). *Vliv kondičních a somatických faktorů na sportovní výkon v lezení*. Diplomová práce, Masarykova Univerzita, Fakulta sportovních studií, Brno.
- Mikšík, O. (2007). *Psychologická charakteristika osobnosti*. Praha: Karolinum.
- Moe, B. (1999). *Understanding the Causes of a Negative Body Image*. New York: The Rosen Publishing Group.
- Mulasi-Pokhriyal, U., & Smith, Ch. (2010). Assessing body image and body satisfaction/dissatisfaction among Hmong American children 9–18 years of age using mixed methodology. *Body Image: An International Journal of Research, 7* (4), 341.
- Murnen, S., Poinsatte, K., Huntsman, K., Goldfarb, J., & Glaser, D. (2015). Body ideals for heterosexual romantic partners: Gender and sociocultural influences. *Body Image: An International Journal of Research, 12*, 22-31. Retrieved 20. 4. 2015 from the World Wide Web: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.nkp.cz/science/article/pii/S1740144514001144>
- Nakonečný, M. (1997a). *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Nakonečný, M. (1997b). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
- Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
- Nordqvist, Ch. (2014). *What is body image?* Retrieved 7. 4. 2015 from the World Wide Web: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/249190.php>
- Nováková, I. (2011). *Zdravotní nauka 2. díl. Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Okosun, I. S., Choi, S., Matamoros, T., & Dever, G. E. (2001). Obesity is associated with reduced self-rated general health status: evidence from a representative sample of white, black, and Hispanic Americans. *Preventive medicine, 32* (5), 429-436.
- Pastucha, D., Bartůňková, S., Filipčíková, R., Gallo, J., Havlíček, P., Hyjánek, J., Kalina, R., Konečný, P., Langer, F., Maráček, R., Maliníková, J., Přidalová, M.,

- Sovová, E., & Šafář, M. (2014). *Tělovýchovné lékařství. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Paulík, K. (2006). *Základy psychologie osobnosti*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta.
- Payne, J., Ventura, V., Špalek, V., Bencko, V., Balcar, K., & Vavrda, V. (2002). *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. Praha: TRITON.
- Pelcák, S. (2013). *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Preedy, V. R. (2012). *Handbook of Anthropometry. Physical Measures of Human Form in Health and Disease*. London: Springer.
- Preissová-Krejčí, A., & Čadová, L. (2005). *Hodnotová orientace a životní postoje současných adolescentů*. Retrieved 1. 4. 2015 from the World Wide Web: <http://www.paidagogos.net/issues/2006/1/1/article.html>
- Prevos, P. (2005). *Experimental Verification of Differences in Body Image Between Men and Women*. Retrieved 19. 4. 2015 from the World Wide Web: <http://prevos.net/humanities/psychology/bodyimage/>
- Prokopec, J. (1975). *Zdraví a společnost*. Praha: Avicenum.
- Průcha, J., & Veteška, J. (2012). *Andragogický slovník*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Psychodiagnostika (2003). *Dotazník životní spokojenosti*. Retrieved 4. 4. 2015 from the World Wide Web: <http://www.psychodiagnostika.cz/index.php?akce=dzs>.
- Punch, K. F. (2008). *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, s.r.o.
- Riegerová, J., Přidalová, M., & Ulbrichová, M. (2006). *Aplikace funkční antropologie v tělesné výchově a sportu*. Olomouc: Hanex.
- Rodný, T., & Rodná, K. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.
- Romero-Corral, A., Somers, V. K., Sierra-Johnson, J., Thomas, R. J., Bailey, K. R., Collazo-Clavel, M. L., Allison, T. G., Kořínek, J., Batsis, A., & Lopez-Jimenez, F. (2008). *Accuracy of Body Mass Index to Diagnose Obesity In the US Adult Population*. Retrieved 18. 4. 2015 from the World Wide Web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2877506/>
- Ruggiero, G. (2012). *Dance with a Flapper*. Retrieved 5. 3. 2015 from the World Wide Web: <http://gianna1.wikispaces.com/>

- Říčan, P. (2005). *Psychologie. Příručka pro studenty*. Praha: Portál, s.r.o.
- Sedláková, R. (2014). *Výzkum médií. Nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Seedhouse, D. (2001). *Health: The Foundation of Achievement*. New York: John Wiley & Sons, LTD.
- Serdar, K. L. (n.d.). *Female Body Image and the Mass Media: Perspectives on How Women Internalize the Ideal Beauty Standard*. Retrieved 20. 4. 2015 from the World Wide Web:
<http://www.westminstercollege.edu/myriad/index.cfm?parent=...&detail=4475&content=4795>
- Shilling, Ch. (1993). *The Body And Social Theory*. London: Sage.
- Schütz, A. (2000). *Psychologie des Selbstwertgefühls. Von Selbstakzeptanz bis Arroganz*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schytt, E. (2011). Physical and emotional self-rated health among Swedish women and men during pregnancy and the first year of parenthood. *Sexual & Reproductive Healthcare, 2 (2)*, 57.
- Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2003). Obesity and body image. *Body Image: An International Journal of Research, 1 (1)*, 43-56. Retrieved 21. 4. 2015 from the World Wide Web: [http://dx.doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00007-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00007-X)
- Smékal, V. (2009). *Pozvání do studia psychologie osobnosti. Člověk v zrcadlení vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principal, o.s.
- Sousa Almeida, S., & Kakeshita, I. S. (2006). *Relationship between body mass index and self-perception among university students*. Retrieved 19. 4. 2015 from the World Wide Web:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102006000300019&script=sci_arttext&tlng=en
- Stackeová, D. (2014). *Tělesné sebepojetí v kontextu psychosomatiky a možnosti jeho ovlivnění*. Retrieved 7. 3. 2015 from the World Wide Web:
http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2007_2/konference_stackeova_207.htm
- Stejskal, P. (2004). *Proč a jak se zdravě hýbat*. Břeclav: Presstempus.

- Surynek, A., Komárková, R., & Kašparová, E. (2001). *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press.
- Šanderová, P. (2011). *Tělesnost jako významný faktor procesu adopce: kulturně antropologický problém*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Šťastný, J. (2005). *Zdravotnictví a determinanty zdraví*. Retrieved 14. 3. 2015 from the World Wide Web: http://www.recepis.cz/ke_stazeni/determinanty.recepis.pdf.
- Šťastný, J. (2006). *Zdraví a nemoc*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Švecová, L. (2014). *Negativní body image a poruchy příjmu potravy*. Diplomová práce, Vysoká škola ekonomická, Fakulta podnikohospodářská, Praha.
- Tatangelo, G. L., McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2015). *Body Image*. Retrieved 24. 4. 2015 from the World Wide Web: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.nkp.cz/science/article/pii/B9780080970868140620>
- Tombak, M. (2013). *Cesta ke zdraví*. Český Těšín: Nakladatelství Beskydy.
- Vondráček, M., Kavan, L., Krausová, J., Petráková, M., Pokorná, B., Šrolová, D., Urbánková, J., & Vitoušková, A. (1992). *Kapitoly ze zdravotní výchovy*. Praha: Fortuna.
- Vondruška, V., & Barták, K. (2002). *Zdravý životní styl aneb Prevence založená na důkazech*. Hradec Králové: Ústav tělovýchovného lékařství FN a Lékařská fakulta UK.
- Vue, H. (2008). *Attitudes and needs regarding eating occasions and BMI among midlife women*. Retrieved 27. 3. 2015 from the World Wide Web: http://books.google.cz/books/about/Attitudes_and_Needs_Regarding_Eating_Occ.html?id=SW_s2g7Db7cC&redir_esc=y
- Watkins, J. A., Christie C., & Chally, P. (2008). *Relationship between body image and body mass index in college men* [Abstract]. Retrieved 20. 4. 2015 from the World Wide Web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18682351>
- World Health Organisation (n.d.a). *Body mass index – BMI*. Retrieved 24. 3. 2015 from the World Wide Web: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>

- World Health Organisation (n.d.b). *The determinants of health*. Retrieved 1. 4. 2015 from the World Wide Web: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
- World Health Organisation (2008). *Waist circumference and waist–hip ratio: report of a WHO expert consultation*. Retrieved 24. 3. 2015 from the World Wide Web: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501491_eng.pdf
- World Health Organisation (2011). *Designing the road to better health and well-being in Europe*. Presentation at the 14th „European Health Forum Gastein“, Bad Hofgastein.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2005). *The Solid Facts: Social Determinant of Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Willerton, J. (2012). *Psychologie mezilidských vztahů*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Willet, E. (2007). *Negative Body Image*. New York: The Rosen Publishing Group, Inc.
- Williams, S. (2011). *Why Women Report Being in Worse Health than Men*. Retrieved 12. 4. 2015 from the World Wide Web: <http://www.livescience.com/17675-women-report-worse-health-men.html>
- Xanthopoulos, M. S., Borradaile, K. E., Hayes, S., Sherman, S., Vander Veur, S., Grundy, K. M., Nachmani, J., & Foster, G. D. (2011). The impact of weight, sex, and race/ethnicity on body dissatisfaction among urban children. *Body Image: An International Journal of Research*, 8 (4), 385-389. Retrieved 19. 4. 2015 from the World Wide Web: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1740144511000568>
- Zachárová, E., & Šimíčková-Čížková, J. (2011). *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Žaloudíková, I. (2009). *Podpora zdraví a zdravého životního stylu s důrazem na onkologickou prevenci ve škole*. Disertační práce, Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Brno.

11 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Hodnocení BMI pro dospělou populaci podle WHO	37
Tabulka 2. Základní charakteristiky sledovaného souboru	56
Tabulka 3. Souhrnné výsledky DŽS (položka <i>Zdraví</i>)	59
Tabulka 4. Výsledky DŽS (položka <i>Zdraví</i>) u mužů a žen	60
Tabulka 5. Porovnání dat položky <i>Zdraví</i> ve vztahu ke kategorií BMI	61
Tabulka 6. Hodnocení BI u celého souboru, mužů a žen	63
Tabulka 7. Hodnocení BI v rámci kategorie <i>Normal, Nadváha a Obezita</i>	65

12 SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Obrázek 1. Pole utváření sebepojetí dle Smékala	14
Obrázek 2. Struktura sebepojetí	20
Obrázek 3. Představitelky stylu „Flapper“	25
Obrázek 4. „Twiggy“ pro magazín Vogue	26
Obrázek 5. Typologické schéma podle Sheldona.....	34
Obrázek 6. Hlavní somatotypy podle Sheldona	34
Obrázek 7. Vzorec pro výpočet Body mass indexu	37
Obrázek 8. Holistické pojetí člověka	43
Obrázek 9. Vzájemné vztahy mezi zdravím a jednotlivými determinantami	47
Obrázek 10. Průměrné, maximální a minimální hodnoty BMI u sledovaného souboru.....	57
Obrázek 11. Početní zastoupení mužů a žen v jednotlivých kategoriích dle BMI	58
Obrázek 12. Hodnocení zdraví a jeho sub položek - muži a ženy	60
Obrázek 13. Porovnání dat DŽS (oblast <i>Zdraví</i>) mezi kategoriemi <i>Normal</i> , <i>Nadváha</i> a <i>Obezita</i>	62
Obrázek 14. Porovnání celkového skóre položky <i>Zdraví</i> u všech zkoumaných kategorií.....	63
Obrázek 15. Výsledné skóre posouzení BI u mužů a žen	64
Obrázek 16. Porovnání výsledného skóre BI – celý soubor, muži, ženy, kategorie podle BMI.....	65
Obrázek 17. Celkové skóre položky <i>Zdraví</i> , DŽS mužů, žen a celého souboru	66
Obrázek 18. Celkové skóre položky <i>Zdraví</i> u kategorií dle BMI	68
Obrázek 19. Porovnání dosaženého skóre položky <i>Zdraví</i> , DŽS mezi kategoriemi <i>Normal</i> , <i>Nadváha</i> a <i>Obezita</i>	69
Obrázek 20. Porovnání výsledného skóre BI u kategorií dle BMI	71
Obrázek 21. Srovnání referenčních hodnot DŽS (položky <i>Zdraví</i>) a vnímané BI u sledovaného vzorku <i>Normal</i> , <i>Nadváha</i> a <i>Obezita</i>	73