

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

**SUBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ ZDRAVÍ A BODY IMAGE VE VZTAHU KE
KATEGORIÍM BMI U DOSPĚLÝCH JEDINCŮ**

Diplomová práce

(bakalářská)

Autor: Veronika Janů

studium Rekreologie: Management životního stylu

Olomouc 2016

Jméno a příjmení autora: Veronika Janů

Název bakalářské práce: Subjektivní hodnocení zdraví a body image ve vztahu ke kategoriím BMI u dospělých jedinců

Pracoviště: Katedra Rekreatologie, FTK UP v Olomouci

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Dr. Martin Sigmund Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2016

Abstrakt: Tato bakalářská práce se věnuje především fenoménům zdraví, sebepojetí, body image a body mass index. Jedná se o determinanty, které spolu úzce souvisí, ovlivňují osobní pohodu a kvalitu života každého člověka. Cílem této bakalářské práce je především získání přehledu poznatků o subjektivním hodnocení zdraví a body image ve vztahu ke kategoriím BMI u dospělých jedinců na základě teoretické analýzy, vlastního dotazníkového šetření a review odborných studií. Ve výzkumné části pracujeme s kategoriemi BMI, subjektivní spokojeností body image a zdraví (Dotazník životní spokojenosti).

Klíčová slova: bio-psycho-sociální model, zdraví, well-being, tělesné sebepojetí, body mass index, pohybová aktivita, kvalita života

Souhlasím s půjčováním bakalářské práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: Veronika Janů

Title of the thesis: Subjective evaluation of health and body image of adults individuals in relationship with BMI

Department: Department of Recreology, FTK Palacky University in Olomouc

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

The year of presentation: 2016

Abstract: This bachelor thesis focuses primarily on the phenomenon of health, self-esteem, body image and body mass index. These are the determinants that are closely related, affect personal well-being and quality of life for everyone. The aim of this work is to obtain an overview of knowledge about the subjective evaluation of health and body image in relation to the categories of BMI for adults based on a theoretical analysis, own research and review of research studies. In the research part we work with the categories of BMI, subjective satisfaction, body image and health (The life satisfaction questionnaire).

Keywords: bio-psycho-social concept of health, well-being, body image, body mass index, physical activity, quality of life

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně s odbornou pomocí PhDr. Dr. Martina Sigmunda, Ph.D., uvedla všechny literární a odborné zdroje a řídila se zásadami vědecké etiky.

V Olomouci dne 30. 11. 2015

.....

Chtěla bych poděkovat především vedoucímu závěrečné práce PhDr. Dr. Martinu Sigmundovi, Ph.D., za příkladné odborné vedení, cenné nápady a věcné připomínky při realizaci mé bakalářské práce.

OBSAH

1	ÚVOD	8
2	SYNTÉZA POZNATKŮ.....	9
2.1	ZDRAVÍ.....	9
2.1.1	Vymezení pojmu zdraví	10
2.1.2	Bio-psycho-sociální model zdraví	11
2.1.3	Well-being	12
2.1.4	Determinanty zdraví	13
2.1.5	Podpora zdraví	14
2.2	SELF-CONCEPT (sebepojetí)	16
2.2.1	Self-esteem (sebehodnocení)	17
2.2.2	Inkongruence v sebepojetí	18
2.2.3	Self-efficacy	18
2.2.4	Tělesné sebepojetí (body image)	19
2.2.5	Pojetí ideálu štíhlého těla	20
2.2.6	Nepřijetí vlastního těla a jeho důsledky	21
3	METODY MĚŘENÍ TĚLESNÝCH PROPORCÍ.....	24
3.1	BMI.....	24
3.2	IBW	26
3.3	WHR	26
4	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	28
4.1	Hlavní cíl	28
4.1.1	Dílčí cíl.....	28
4.2	Výzkumné otázky.....	28
4.3	Hypotézy	29
5	METODIKA.....	30
5.1	Kvantitativní výzkum	30
5.2	Dotazníkové šetření	30
5.2.1	Hodnocení body image.....	31
5.2.2	Dotazník životní spokojenosti	32

5.3	Určení hodnoty BMI	33
5.4	Statistické zpracování dat	33
6	VÝSLEDKY.....	34
6.1	Základní údaje o sledovaném souboru	34
6.1.1	Rozložení dle hodnot BMI	34
6.1.2	Hodnocení body image.....	34
6.1.3	Hodnocení celkového zdraví	35
6.1.4	Hodnocení tělesného zdraví.....	37
6.1.5	Hodnocení duševní kondice	38
6.1.6	Hodnocení fyzické kondice.....	39
6.1.7	Hodnocení duševní výkonnosti.....	40
6.1.8	Hodnocení obranyschopnosti.....	41
6.1.9	Hodnocení četnosti bolesti	42
6.1.10	Hodnocení četnosti nemocí.....	42
7	Diskuze.....	44
7.1	Limity a nedostatky výzkumného šetření	50
8	ZÁVĚRY	52
9	SOUHRN	54
10	SUMMARY	55
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	56
	SEZNAM OBRÁZKŮ	57
	SEZNAM TABULEK.....	58
	SEZNAM GRAFŮ.....	59
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	60

1 ÚVOD

Tělo, mysl a zdraví s nimi spojené, jsou důležitými konstrukty lidského života, ovlivnitelné mnoha determinanty. Jedním z těch zásadních je především v posledním době životní styl.

Jeho změny se staly nepochybnou příčinou chronických neinfekčních onemocnění, jako jsou Diabetes melitus II. typu, obezita, kardiovaskulární onemocnění, některá nádorová onemocnění a onemocnění pohybového aparátu. Za hlavní ovlivnitelné rizikové faktory životního stylu jsou považovány: nedostatek pohybové aktivity, nezdravá strava, kuřáctví, alkohol a stres (Müllerová, 2014). Jedná se ještě o větší hrozbu do budoucna, protože dnešní děti propadají těmto faktorům mnohem více (Sigmundová et al., 2013). Pohybová aktivita jako jedna z hlavních determinantů zdraví, hodnoty BMI a body image, má prokazatelné souvislosti s psychickými konstrukty člověka. Je proto třeba si uvědomit, že zdraví je bio-psycho-sociálně-spirituální konstrukt. Subjektivní vnímání vlastního těla, fyzického i mentálního zdraví patří mezi komponenty, pomocí nichž si utváříme vlastní sebepojetí reflektující s okolním světem.

Cílem této bakalářské je především získání přehledu poznatků o subjektivním hodnocení zdraví a body image ve vztahu ke kategoriím BMI u dospělých jedinců na základě teoretické analýzy, vlastního dotazníkového šetření a odborných studií podobného charakteru.

2 SYNTÉZA POZNATKŮ

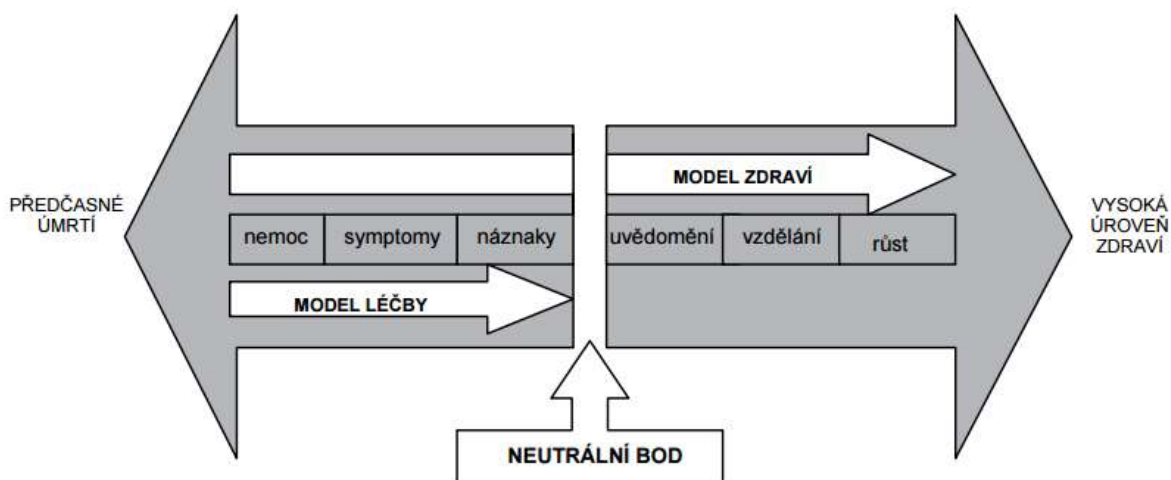
2.1 ZDRAVÍ

Není pochyb, že právě zdraví je jednou z nejdůležitějších hodnot napříč historií i kulturami. „Ve všech lidských kulturách bylo a je zdraví kladeno na přední místo v hierarchii zastávaných hodnot, neboť umožňuje nejenom naplnění života, dosažení a udržení stavu spokojenosti a štěstí, ale též plnohodnotné uplatnění ve společnosti“ (Kebza, 2005, 9).

Postoj ke zdraví se postupně měnil. Od názoru, kdy byla nemoc brána jako důsledek působení nadpřirozených sil či jako „boží trest“, jsme došli k dnešnímu pojetí nemoci jako systémové poruchy související s nezdravou životosprávou. Za posledních 100 let došlo k extrémní změně příčin úmrtí. Infekční choroby, jako jsou tuberkulóza, zápal plic, chřipka, již dnešní medicína zvládá zastavit. Mezi hlavní onemocnění a zároveň příčiny úmrtí dnešní doby patří chronická neinfekční onemocnění (zejména kardiovaskulární nemoci, nádorová onemocnění, úrazy a cerebrovaskulární příhody). V zákulisí těchto chorob již nestojí pouze fyzické determinanty. Ve shodném rozsahu se na jejich vzniku a vývoji podílí i faktory psychické, behaviorální a sociální, které nelze vnímat zcela odděleně (Slováčková, 2008). Samozřejmě je třeba si uvědomit, že zmiňované informace jsou vztahovány na západní kulturu (Evropa, Severní Amerika, Austrálie) a neplatí tedy globálně.

„Česká republika patří mezi onkologicky nejzatíženější státy v evropském i celosvětovém měřítku“ (Dušek et al., 2010, 311).

Za hlavní příčiny úmrtí ve 21. století byly v USA vyhodnoceny: tabák (18,1%), dále pak špatná strava a fyzická aktivita (16,6%), konzumace alkoholu (3,5%) (Mokdad et al., 2004).



Obrázek 1 - Kontinuum nemoci a zdraví podle Rayena a Trevisi (Sarafino, 1990 in Slováčková, 2008, 94).

2.1.1 Vymezení pojmu zdraví

Definovat pojem zdraví není jednoduché a v odborné literatuře se můžeme setkat s mnoha názory. Zdraví bude jinak vysvětlovat lékař, specialista na zdravý životní styl, genetik, sociolog, psycholog či filozof. Uznávanou definicí se stala formulace Světové zdravotnické organizace (WHO): „Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci či vady.“ WHO (in Krejčí 2008, 17).

Vašina (1999) uvádí výsledky průzkumu M. Blaxtera, podle kterých bylo charakterizováno osm bodů chápání zdraví:

- zdraví jako ne-nemoc – absence nemoci, nepřítomnost zdravotních potíží
- zdraví jako prožívaný stav navzdory onemocnění – schopnost vyrovnat se s nemocí, prožívat radost ze života i přes zdravotní komplikace
- zdraví jako rezerva, kapacita zdraví – schopnost odolávat nemocem, případně snadno se uzdravovat
- zdraví jako fyzická zdatnost – tělesná výkonnost, síla, odolnost vůči únavě
- zdraví jako energie, vitalita – souvisí s pozitivními pocity, jako je radost z práce, z aktivity, a s charakteristikami jako živost, čilost, entuziasmus

- zdraví jako sociální vazby – pojetí zdraví typické pro ženy, zahrnuje pocit dostatku energie pro péči o druhé, schopnost pomáhat
- zdraví jako funkce – schopnost vykonávat nějakou aktivitu (fyzická práce, vyrovnávání se s životními úkoly)
- zdraví jako psychosociální pohoda – tento přístup charakterizuje zdravé osoby jako fyzicky, duševně i duchovně jednotné, vyrovnané a aktivní

Zdraví lze dle Seedhouse (1995) chápat coby ideální stav člověka, kterému je dobře (wellness); jako základ normálního lidského fungování (fitness); jako komoditu, zboží nebo jako vitalitu, určitý typ „vnitřní síly“, duševní zdraví. Psycholog Křivohlavý zdůrazňuje kvalitu života a myslí také na sociální složku: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“ (Křivohlavý, 2001, 40).

2.1.2 Bio-psycho-sociální model zdraví

Autorem tohoto teoretického modelu se stal americký psychiatr Engel dle požadavků na psychosomatický přístup a posléze na něj navázal kanadský psychosomatik a psychiatr Lipowski (Honzák, 2005). Jedná se o model holistický (celostní), který v průběhu 20. století překračuje hranice klasického biomedicínského modelu zdraví.

Zdraví nelze vnímat jako samostatný jev, ale jako výsledek vzájemného působení jednotlivce s vnějším prostředím. Významnou roli v této interakci sehrává právě životní styl, řazený mezi klíčové determinanty zdraví, jehož hlavní dimenze (výživa, fyzická aktivita, vykonávaná práce a vše, co s ní souvisí, sexuální aktivita, osobní duševní pohoda, vztahy k okolí, způsob a kvalita zvládnutí zátěže a stresu a absence či naopak rozvoj závislostí) zásadně ovlivňují vývoj zdravotního stavu (Kebza, 2005).

„Lidské zdraví je považováno za relativně složitý systém, v němž subsystém fyzický, psychický a sociální tvoří společný, se svým okolím existenčně spjatý dynamický celek. Zdraví člověka nelze chápat jinak než jako dynamickou skutečnost“ (Zacharová et al., 2007, 16).

Biopsychosociální model je komplexní (angl. comprehensive) a systémový pohled na vztahy, které ovlivňují zdraví i nemoc vně i uvnitř jedince. Nemoc je způsobena více faktory a zdraví je udržováno balancí mezi faktory biologickými, psychologickými, sociálními a faktory z prostředí. Jedinec může být z hlediska zdraví a nemoci adekvátně chápán pouze v tom případě, pokud lékař zvažuje všechny úrovně jedincova chování a fungování (biologická, psychologická, sociální a spirituální) (Raudenská & Javůrková, 2011).

Teorie biopsychosociálního modelu byla postupně rozšířená ještě o duchovní, spirituální složku a složku ekologickou, podle níž vznikl koncept bioekopsychosociálního modelu. Tento model zahrnuje také faktor životního prostředí (Vymětal, 2003 in Kebza 2005).

I přes pozitiva tohoto modelu zdraví Beran kritizuje absenci evolučního pohledu: „Biopsychosociální model postrádá vývojový pohled. Přitom chování není determinováno jen aktuální situací či životní zkušeností konkrétního člověka. Chování je do značné míry determinováno evolucí člověka jako živočišného druhu. Je užitečné vzít v úvahu fylogenetický vývoj lidského chování“ (Beran, 2010, 48).

2.1.3 Well-being

Jedná se oblast subjektivní pohody, novou oblast veřejného zdraví, který se vyskytuje na pomezí afektivních vztahů a osobnostních vlastností, zasahuje však současně do oblasti postojů. V angličtině se často k vysvětlení využívá opisné formy s pojmy: spokojenost (satisfaction), radost (pleasure), štěstí (happiness), blaho (welfare). V českém jazyce se často můžeme setkat s pojmem osobní pohoda. C.D. Ryff a C.L.M. Keyes (1995) považují za základní dimenze well-being sebedůvěry, pozitivní vztahy k druhým lidem, autonomii, zvládnutí životního prostředí, osobní rozvoj a smysl života (Paulík, 2010).

„Well-being: blaho (životní pohoda, uspokojení) je obecný pojem, obsahující celé univerzum domén lidského života, zahrnující fyzické, mentální a sociální aspekty, které tvoří to, co může být nazýváno „good life“ – dobrý život“ (WHO, 2010, 219).

Well-being silně ovlivňuje kulturní kontext. Stále více zemí se začíná zajímat o to, jak porozumět a měřit well-being u jejich populace. Vztah mezi zdravím a osobní pohodou je vzájemný a podstatný, zejména proto, že neodděluje mysl od těla. Vyšší úroveň well-being je asociována se snižujícím účinkem nemocí a zranění, lepší imunitou, rychlejší rekonvalescencí a dlouhověkostí (WHO, 2015).

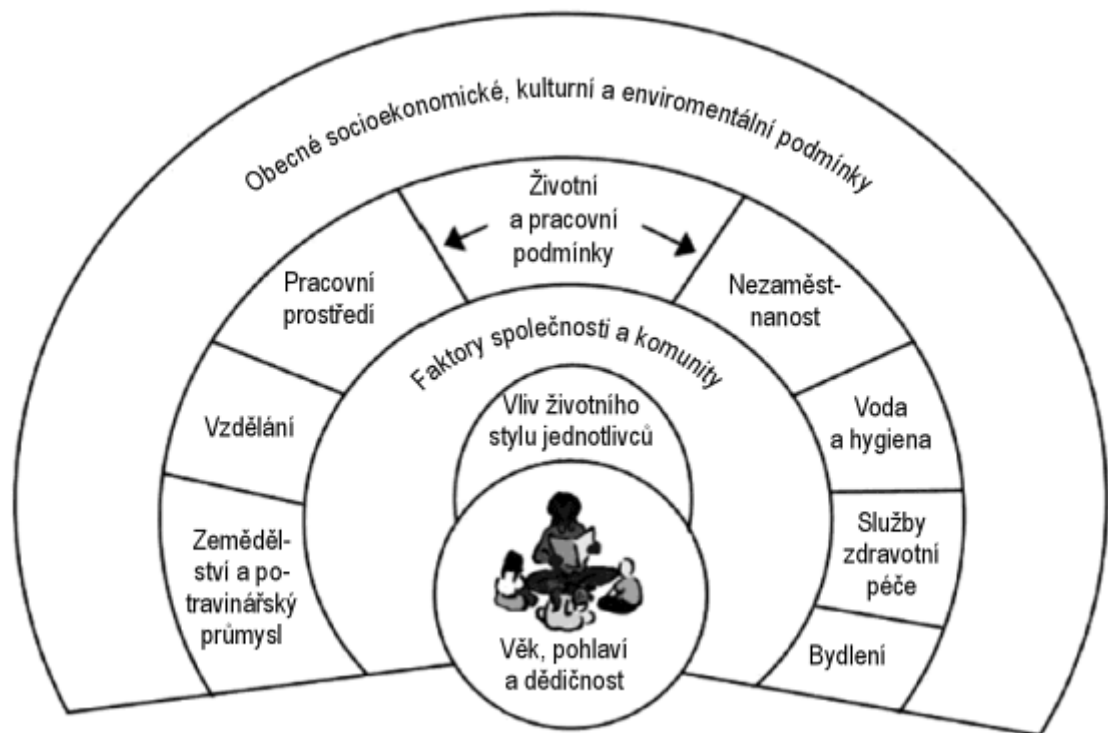
Zajímavou informací je, že Blatný a kolektiv (2010) považuje za součást komplexu well-being tělesnou zdatnost.

2.1.4 Determinanty zdraví

Šance na věk dožití se liší podle toho, kde se člověk narodil a kde vyrůstal. Dá se očekávat, že osoba, která se narodila a žije v Japonsku nebo ve Švédsku, se dožije více než osmdesáti let; v Brazílii sedmdesáti; v Indii šedesáti a v několika Afrických zemích méně než padesáti let. Na všech úrovních příjmů, zdraví a nemoci, lze sledovat sociální gradientu: čím nižší je sociálně-ekonomické postavení, tím horší je zdraví (Marmot et al., 2008).

Determinanty zdraví jsou faktory, které ovlivňují lidské zdraví, a to jak pozitivně, tak negativně. Beaglehole přináší vyčerpávající přehled determinantů zdraví a uvádí jejich čtyři hlavní sumarizace:

- determinanty dědičné (genetické faktory), které ovlivňují naše zdraví přibližně z 20–25%, respektive v tomto rozsahu mohou vysvětlit příčinu úmrtí
- sociální a ekonomické determinanty, které zahrnují postavení na trhu práce, pracovní podmínky a bezpečnost práce, vzdělání, bydlení a rodinné podmínky
- životní styl a další determinanty související s chováním, zahrnující kouření, spotřebu alkoholu, fyzickou aktivitu, péči o sebe sama, sociální kontakty nebo styl práce
- pohlaví, respektive rod (gender)
- kulturní determinanty (například ve vztahu ke starším lidem)
- politické determinanty, které zahrnují sociální a ekonomické prostředí a zdravotnický systém (Beaglehole in Barták, 2010, 14).



Obrázek 2 - Hlavní determinanty zdraví (Dahlgren, Whitehead, 2007 in Barták, 2007, 15).

O důležitosti vlivu vnějších determinantů na naše zdraví se neaktivněji diskutuje v posledním desetiletí. Americký článek z roku 1978 však v podstatě konstatoval fakta, která platí ve větší míře dodnes. Většina veřejnosti věří, že zdraví je primárně závislé na zásahu lékaře, který nemoc odhalí. Tento zastaralý koncept by měl být nahrazen uznáním, že nemoci nemůžou být často efektivně léčeny a že zdraví je primárně determinováno naším životním stylem, naším chováním. Mezi nejzásadnější determinanty zdraví patří užívání tabáku, alkoholu a drog, špatné stravování a nedostatek pohybu (McKeown, 1978).

2.1.5 Podpora zdraví

Cílem podpory zdraví je chránit zdraví, zabezpečovat ho pro vývoj dalších generací a podporovat aktivní způsob života. Jedná se o důležitý prvek v moderní péči o zdraví. Obsahuje metody ke zvýšení celkové úrovně zdraví, a to posilováním tělesné, psychické, sociální pohody, směřující k zvyšování odolnosti vůči nemocem a stresu (Machová, 2009).

Podpora zdraví se začala rozvíjet v 70. letech 20. století jako odezva na zvýšení četnosti chronických neinfekčních onemocnění, jejichž příčiny podstatně

souvisí s životním stylem. Mezi další důvody byly stále se zvyšující ekonomické náklady na úhradu zdravotní péče, rozmach behaviorálních věd a jejich možnost uplatnění v medicíně (Kebza, 2005).

Aktuálním programem prevence zdraví se stal projekt „Health 2020“ Světové zdravotnické organizace WHO. Jedná se o rámec zdravotní politiky fungující od roku 2012, jehož se účastní 53 členských států. Podporuje aktivity působící skrz vládu a společnost k podpoře zdraví a well-being populace. Posiluje veřejné zdraví a zajišťuje lidsky zaměřený kvalitní zdravotní systém, který je univerzální, spravedlivý a udržitelný. Soustředí se na tyto čtyři oblasti:

- Investování do zdraví v průběhu celého životního cyklu a vytváření možností pro posilování zodpovědnosti občanů ke zdraví
- Řešení největších zdravotních výzev v Evropě – přenosné a nepřenosné nemoci
- Posilování zdravotnických systémů, v jejichž centru jsou lidé, posilování kapacit veřejného zdravotnictví a připravenosti a schopnosti reagovat na nenadálé hrozby
- Vytváření zdravých komunit (zajištění primární, sekundární a terciární prevence) a podpůrného prostředí pro zdraví občanů (WHO, 2015).

Školství a vzdělávání v oblasti sociálních determinantů zdraví je nezbytné. Pro viditelné změny je potřeba dlouhodobý soudržný program, který souvisí s hlavními změnami v sociální politice a s ekonomickými opatřeními (Marmot et al., 2008). Narůstající objem výzkumů identifikuje sociální faktory, které jsou důležité pro přenosné i nepřenosné nemoci. Zdravotní stav by měl proto znepokojovat tvůrce politiky v každém odvětví, nikoliv pouze osoby zapojené do zdravotní politiky. V reakci na tento globální problém založila WHO Komisi zaměřenou na sociální determinanty zdraví, která přezkoumává důkazy, zvyšuje společenskou diskuzi a doporučuje politikům zlepšit zdravotní stav populace na celém světě (Marmot, 2005).

2.2 SELF-CONCEPT (sebepojetí)

Self-concept neboli sebepojetí je považováno za výsledek sociálního učení v procesu interakce: jedinec a svět. Výraz Self-concept, který užíval Rogers, zdůraňuje poznávací stránku vztahu k sobě samému, a to snad ještě o něco více než české „sebepojetí“. Vymětal a Rezková (2001) i Blatný (2003) však chápou Self-concept jako jev, který má i stránku emoční, resp. hodnotící, a konativní. Za jeho nejdůležitější složku, jež vyjadřuje především jeho hodnotící aspekt, se považuje sebevědomí (self-esteem) (Říčan, 2007, 179).

Smysl Self-konceptu může být kladný nebo záporný. Kladné Self zastupuje vysněnou, vytouženou představu o nás samých. Vlastní Já by chtělo být například bohaté, štíhlé, milované, uznávané, zbožňované. Jedinec prahne po kladném hodnocení od ostatních a jeho prožití většinou doprovází příznivý vztah jedince k daným osobám. Naopak záporné Self zastupuje obávaný, nechtěný obraz sebe samého. Osoba obvykle odmítá možnost být nezaměstnaná, stará, nevhledná, chudá, nemocná, ... K obávaným Self se řadí Já jako neúspěšný, sexuálně neschopný, závislý apod. Tyto představy doprovází frustrace spojená s napětím, pocity neštěstí, pesimismu a deprese (Cakirpaloglu, 2012).

Vědci zabývající se psychologií osobnosti se dlouhodobě zajímají o sebepercepci. Každý jedinec má k sobě jiné pocity, podle nichž volí různé způsoby jednání. Není pochyb o tom, že toto přesvědčení o sobě samém je zakořeněno z minulosti a vliv na něj má úspěch. Toto subjektivní přesvědčení má rozhodující úlohu pro další seberozvoj (Bandura, 1997 in Bong & Skaalvik, 2003).

V sociálně kognitivním vztahovém rámci je sebepojetí definováno jako dynamický systém kognitivních schémat. Jasnost sebepojetí je jednoduše definována jako míra, do jaké jsou obsahy sebepojetí jasně a přesvědčivě určeny, jak jsou vnitřně konzistentní a časově stabilní. Je spojena s dobrým sebepoznáním a ve svém důsledku vede k větší sebejistotě a celkově kladnému emočnímu postoji k sobě (Blatný, 2010, 123).

2.2.1 Self-esteem (sebehodnocení)

Self-esteem, česky sebehodnocení nebo sebevědomí, je proces či konkrétní dílčí výsledek sebehodnocení, nejvýraznější složka sebepojetí. „Ve zjednodušené podobě můžeme sebehodnocení považovat převážně jako emoční aspekt sebesystému (i když ve skutečnosti víme, že pocity a prožitky nelze od obsahu sebepojetí nikdy zcela oddělit najednou)“ (Výrost, 2008, 93).

Na citovém vztahu k sobě se podílí celá řada faktorů. Sebehodnocení jako jedna složka sebepojetí je chápáno především jako výsledek sociálního srovnávání a sebesposuzování na základě pozorování vlastní činnosti (Markus a Wurf, 1987, Suls a Sanders, 1982 in Blatný et al. 1999, 7).

Self-esteem i self-concept obsahují kognitivní i emocionální elementy, avšak self-esteem může být kompatibilní se sebeobrazem (Swann et al., 2007).

Sebehodnocení je definováno tím, jak velkou hodnotu si sami sobě přisuzujeme. Vysokému self-esteem se přisuzuje i vysoké globální sebehodnocení. Společnost se proto zaměřuje na zvyšování self-esteem z důvodu předpokladu pozitivních důsledků a benefitů (Baumaister et al, 2003).

Proces sebepoznávání směřuje k sebehodnocení (self-esteem) či sebeoceňování, jehož výsledkem je sebepojetí (self-concept). Sebehodnocení odpovídající realitě bývá považováno za atribut duševního zdraví (Paulík 2010, 32).

Pozitivní sebepojetí podporuje sebejistotu i prožívání kladných emocí vůči sobě a ovlivňuje také chování, včetně chování v zátěžových situacích. Sebehodnocení je založeno na víceméně důkladné a přesné sebereflexi, která spočívá v programovém zaměření na vlastní chování a prožívání, s cílem zachytit jejich podstatné znaky. Úroveň sebehodnocení je pozitivně ovlivňována extroverzí, životní spokojeností, dominancí, hostilitou, naopak lidé se zvýšeným neuroticismem vykazují sebehodnocení snížené (Blatný, Osecká, 1998 in Paulík, 2010, 33).

2.2.2 Inkongruence v sebepojetí

Kromě sociálních vlivů (prostředí) je dalším zdrojem sebehodnocení dle Higginse (1987) kognitivní diskrepance. Emoce jsou v tomto případě popisovány jako důsledek diskrepance mezi reálným a ideálním (vyžadovaným) Já: podle Higginse diskrepance mezi jednotlivými reprezentacemi Já vedou k odlišným druhům zranitelnosti vůči různým negativním emocím a jsou jádrem nízkého sebehodnocení (Blatný et al. 1999, 7).

Teorie kognitivní diskrepance byla užita při vysvětlení mechanismu mezi nespokojeností s vlastním tělem a vnímáním diskrepance, která se může objevit při porovnávání vlastního těla a ideálního těla modelek v médiích (Kim, 2008). Člověk nespokojený s vlastním tělem má větší sklon k prožívání negativních emocí (Papežová, 2010). Diskrepance mezi reálným a ideálním tělem může vést např. k patologickým stravovacím návykům, excesivnímu cvičení nebo depresi (Rašticová, 2009, 30).

Hart, Field, Garfinkle a Singer (1997) upozornili, že tato diskrepance, ovlivňující nežádoucí já, se dá považovat za předpoklad aktuální nálady člověka a sebehodnocení (Joudy, 2007).

2.2.3 Self-efficacy

Pojem self-efficacy je důležitý konstrukt Sociálně kognitivní teorie osobnosti. Bandura říká, že osobnost je produktem kognitivních a behaviorálních procesů člověka, ale také sociálního prostředí. Self-efficacy můžeme popsat jako subjektivní přesvědčení, víru v naše schopnosti zvládat úspěšně aktuální nebo budoucí situace. Přesný český překlad tohoto termínu neexistuje. Tento konstrukt však není pouze výsledkem schopností jedince. „Self-efficacy je víra v naše schopnosti organizovat a vykonávat další postupy, nezbytné pro dosažení určitého výsledku“ (Bandura, 1977).

Self-efficacy je výsledkem komplexních poznávacích procesů a je spojováno s fyziologickou zpětnou vazbou. Lidé, kteří dosahují nižší úrovně self-

efficacy, se vzdávají řešení obtížnějších úkolů, protože je považují za osobní ohrožení. Vysoké self-efficacy je spojeno s kvalitnějším well-being a s vyššími výkony.

Bandura vymezuje čtyři hlavní determinanty konstruktů self-efficacy: Předešlou zkušenost, Nepřímou zkušenost, Sociální mínění a Fyziologické a emoční stavy. Dle předešlé zkušenosti lze očekávat míru kladného nebo záporného sebehodnocení. Úspěch zvyšuje aspiraci člověka k vyšším cílům, po neúspěchu naopak lidé volí skromnější cíle. Pozorování chování jiných lidí ovlivňuje jedince při jeho budoucím jednání. Tento proces můžeme nazvat jinými slovy sociální modeling. Podstatu nepřímé zkušenosti můžeme shrnout jako: „když to zvládnou jiní, tak já taky“.

„Úspěch u pozorovaných osob motivuje člověka k podobnému chování a dosažení evidentních výsledků. Bandura to nazývá dezinhibiční proces. Na druhé straně pozorovaný neúspěch vyvolává inhibiční tendence pozorovatele, které podobné chování blokují a snižují celkovou výkonnost“ (Cakirpaloglu, 2012).

Hodnocení nebo také persuade ze stran našeho okolí, ale také médií, může působit kladně nebo záporně na naši motivaci. Jako fyziologickou zpětnou vazbu můžeme chápat například: srdeční pulz, pocení, svalovou tenzi, vasodilataci, teplotu těla. Emoční prožívání a stav organismu pravděpodobně ovlivňuje subjektivní postoj k vlastní sebeúčinnosti – self-efficacy. Euforie pozvedává náladu jedince, který ji může využít pro uskutečnění cílů. Negativní nálada naopak blokuje kreativní myšlení, demotivuje člověka a snižuje výkonnost.

2.2.4 Tělesné sebepojetí (body image)

Pojem body image pochází z roku 1930, kdy jej zavedl Paul Schilder. Podle něj se jedná o psychologickou dimenzi obrazu našeho vlastního těla, kterou si formulujeme v naší mysli. Vztahuje se na vnímání emocí a myšlenek o vlastním těle v rámci sebesystému. Často se chápe jako souhrn mínění o rozměrech vlastního těla a emocí, které souvisí s celkovou podobou. Základními identifikátory jsou tělesná hmotnost, vzhled, zdraví a zdatnost, přičemž největší vliv na tělesné sebepojetí má vzhled. Jedná se o subjektivní prožívání těla s objektivními parametry, které se můžou měnit v čase díky sociální zkušenosti. Pomocí

vlastního těla se osobnost vyjadřuje a prezentuje, proto se v současnosti hovoří o jednotě vnímání těla a duše. Výzkumy dokazují, že se jedná o multidimenzionální pojetí, které obsahuje neurologické, psychologické a sociokulturní prvky. Zejména sociokulturní prostředí je jedním z hlavních determinantů body image, mezi ně řadíme média, věk, etnický původ, pohlaví či životní podmínky (Fischer, 2009).

Pozornost lidského těla jako psychologického fenoménu narůstá. Výzkumné studie potvrdily, že vnímání vlastního těla a spokojenost s ním jsou významným činitelem sebepojetí a sebehodnocení (Rašticová, 2009). Dva aspekty tohoto multidimenzionálního konstruktů: evaluace a investice (do vzhledu) jsou jasně asociovány s psychosociálním fungováním (Cash & Fleming, 2002).

Faktorem, který významně ovlivňuje nespokojenost s vlastním tělem, je tělesná hmotnost. Rolland a jeho kolegové (1997) zjistili, že 88 % sledovaných dívek trpících nadváhou si přálo být štíhlejší, zatímco u dívek s normální váhou se toto přání projevilo pouze u 36 %. Přestože se nespokojenost s vlastním tělem častěji objevuje u dívek s vyšší hmotností, zdaleka není výsadou pouze dětí trpících nadváhou či obézních dětí (Rolland et al., 1997; Sands, Wardle, 2003 in Rašticová, 2009, 30).

2.2.5 Pojetí ideálu štíhlého těla

„Být štíhlý je v rámci naší společnosti vysoce hodnoceno, zejména mezi ženami, u kterých je štíhlost často přirovnávaná k atraktivitě“ (Fischer, 2009, 146).

Za období rapidního nárůstu poruch přijímání potravy u ženské populace je považováno období 60. let minulého století. Zasloužila se o to Angličanka Leslie Hornby Armstrong, známá pod přezdívkou „Twiggy“, která přišla na svět s novým módním ideálem vyhublé postavy. V 80. letech se začaly prosazovat ideály svalnatějšího ženského těla, kdy je žena stále štíhlá, avšak s větší svalovou hmotou než dříve. Jednalo se tedy o zdravější obrat, který přetrvává dodnes. Štíhlé tělo lze považovat za hodnotu našeho bohatství. V dnešní společnosti se více klade důraz na perfektní vzhled, který převažuje nad vnímáním charakteru, osobnosti, chování a společenského přínosu (Fialová, 2006).

2.2.6 Nepřijetí vlastního těla a jeho důsledky

Tělesné sebepojetí se ukázalo být klíčovým aspektem mentální i fyzické pohody. Na základě sociokulturní teorie se rapidně rozrůstají výzkumy s otázkami týkajícími se perfektního pojetí těla, ideálů vyskytujících se v médiích a rizikových faktorů u negativního pojetí body image (Dittmar, 2009). Negativní hodnocení vlastního těla je spojené také s nízkým sebehodnocením, což může souviset se sociální účastí – neúčastí. Nespokojenost s body image byla dle výzkumů identifikována již u šestiletých dětí (Tiggemann, 2001). Děti považují jejich vrstevníky průměrné hmotnosti za šťastné, laskavé, bystré, pořádkumilovné, odolné a populární; štíhlé děti za bázlivé, mající obavy, slabé a osamělé; silnější děti jsou považovány za nepořádné, lenivé, hloupé, s tendencí lhát. V adolescenci samozřejmě dochází k předpokládanému vývoji, kdy se zejména dívky dozvídají, že atraktivita patří mezi základní požadavky jejich genderové role (Fischer, 2009).

Zajímavým zjištěním americké longitudinální studie byl fakt, že po dobu sledování změn byla zaznamenána nejvyšší nespokojenost v období mladé dospělosti. Což souvisí s nárůstem hodnoty BMI s věkem, který je důležitým faktorem v predikci spokojenosti vlastního těla. Nejdůležitějším prediktorem se stal index BMI, jehož hodnota korelovala s nespokojeností vlastní body image. Genderový rozdíl byl zjištěn u posuzování vlastního těla v závislosti na věku. U žen docházelo k lineárnímu nárůstu nespokojenosti s vlastním tělem, zatímco u mužů byl zaznamenán zlom ve věku 29ti let, kdy dochází k rapidnímu nárůstu nespokojenosti (Bucchianeri et al, 2013).

Autoři jiné australské studie zdůrazňují, že většina dosavadních výzkumů se soustředila většinou na ženy. Nespokojenost u mužů se projevuje v psychologickém nastavení, v poruchách příjmu potravy, užívání steroidů či závislosti na cvičení. Review ukazuje na fakt, že u žen souvisí trend nespokojenosti se svým tělem a vysokým BMI, tudíž přáním zhubnout. U mužů je však mnohem vyšší procento těch, kteří by si přáli přibrat svalovou hmotu. V jednom z výzkumů (Drewnowski and Yee) u studentů vysokých škol se zjistilo, že 40% mladých mužů by si přálo zhubnout a 46% by chtělo přibrat hmotnost. V meta analýze spokojenosti body – image (Feingold and Mazzella) zjistili, že muži jsou celkově více spokojenější se svým tělem. Zajímavým zjištěním bylo také

přesvědčení mužů ze západních kultur, že ženy preferují mohutnější tělo, než je jejich samotné. Hodnocení vzhledu z pohledu rodičů a následná zpětná vazba jedinci má větší vliv na participanty ženského pohlaví. Autoři nabízí vysvětlení v podobě většího tlaku na ženy či vyšší hodnoty self – esteem u mužů (McCabe & Ricciardelli, 2014).

Byla zjištěna kauzalita mezi poruchami příjmu potravy a nadváhou. Je totiž dokázáno, že jedinci, kteří trpěli posměchem z důvodu nadváhy, měli větší sklony k nezdravým návykům stravování a k nástupu zřejmých faktorů pro obezitu (Fischer, 2009). Faiburn (1997, 1998) zjistil, že pacienti trpící bulimií a záchvatovým přejídáním trpěli v dětství častěji obezitou (Papežová, 2010). Nejznámějšími poruchami příjmu potravy (PPP) jsou anorexie a bulimie. Těmito druhy PPP onemocní desetkrát častěji ženy než muži. V naší evropské kultuře se můžeme setkat s poruchami, jejichž jádrem je zdokonalovat vlastní tělo, a jednat tak proti často jen smyšleným nedostatkům. Tlak dnešní hospodářské soutěže je obrovský, a proto také roste frustrace z nenaplněných ideálů a přání. K závažným důsledkům nespokojenosti s obrazem vlastního těla patří poruchy příjmu potravy (PPP), které jsou často spojovány s chorobnou zaměřeností na vlastní tělo, jeho vzhled (Fialová, 2006). Za poruchy příjmu potravy považujeme mentální anorexii, mentální bulimii, atypickou mentální anorexii a typickou mentální bulimii, přejídání spojené s jinými psychickými poruchami a zvracení spojené s jinými psychickými poruchami. Mentální anorexie je podle MKN-10 popisována úmyslným snižováním hmotnosti, kterou si osoba způsobuje a udržuje sama. Z pohledu psychopatologie se projevuje jako obava z tloušťky, ochablosti těla jsou neustále předmětem pozornosti. Jedinec usiluje o nízkou hmotnost, dietně se omezuje, nadměrně cvičí, usiluje o zvracení a průjmy při užití anorektik a diuretik. Pro mentální bulimii jsou charakteristické opakované záchvaty přejídání, což vede k následnému zvracení nebo užívání projímadel za účelem snížení tělesné hmotnosti (Procházka, 2014).

Dalším důsledkem negativního přijímání svého těla, souvisejícího s depresivními postoji, se mohou stát formy tělesného sebepoškozování. Jedná se o autoagresivní jednání, vyznačující se poškozováním nejrůznějšími technikami zdobení (netradiční formy piercingu, tetování, poleptání kůže apod. s trvalými následky). Jiná forma dopadu nespokojenosti s tělem se nazývá „adonýský syndrom“. Projevuje se převážně u mladých mužů, kteří jsou posedlí nezdravým

fyzickým tréninkem plného nespokojenosti, často ve spojení neadekvátního požívání nejrůznějších doplňků stravy pro podporu nárůstu svalové hmoty. Toto chování provádí z pocitu své vlastní svalové nedostatečnosti a méněcennosti (Fialová, 2006).

3 METODY MĚŘENÍ TĚLESNÝCH PROPORCÍ

3.1 BMI

Body mass index (BMI) je nejčastěji užívaným kritériem k posouzení tělesné hmotnosti, někdy je také označován jako Quetelův index.

BMI = tělesná hmotnost v kg/ výška v m²

Kategorizace	Rozmezí hodnot
Podváha	< 18,5
Normální hmotnost	18,5 – 24,99
Nadváha (preobézní)	≥ 25,00
Obezita	≥ 30,00
Obezita 1. stupně	30,00-34,99
Obezita 2. stupně	35,00-39,99
Obezita 3. stupně	≥ 40,00

Tabulka 1 - Kategorizace BMI (WHO 2011 in Pastucha, 2014, 93).

Tento index je u dospělých považován za základní ukazatel složení těla, který je dostatečně přesný z hlediska epidemiologických studií, ale u individua může vést k chybné diagnóze ve smyslu falešné pozitivní diagnózy obezity u osob s vysoce vyvinutou svalovou hmotou, a naopak ve smyslu falešně negativní diagnózy obezity u osob s relativně vysokým zastoupením tukové tkáně, tzv. frustní obezita (Fried, 2005, 108).

I když se jedná o subjektivně hodnotící metodu, korelace s objektivně měřenými hodnotami je vysoká (ženy $r = 98$; muži $r = 95$), BMI tedy můžeme považovat za důvěryhodnou metodu ze směru výpovědi participantů (Bucchianeri et al, 2013).

Kromě vnějších determinantů, jako je pohybová aktivita a strava, ovlivňuje BMI také genetika. Tento faktor však ovlivňuje zejména dobu dospívání, kdy je nejvýraznější, poté s věkem klesá. Dle výzkumu se podílely genetické vlivy u

šestnácti a sedmnáctiletých chlapců a dívek ve více než 80% na variabilitě jejich BMI (Hainer, 2011).

Je třeba si také uvědomit, že BMI je ovlivňováno věkem. Ve stáří dochází k poklesu tělesné hmotnosti v rámci involuce a snížení obsahu beztukové tkáně, která znemožňuje přesné hodnocení mortality ve vztahu k BMI. Jako vhodnější prediktor mortality se používá průměrné BMI dané osoby v dospělém věku. V pozdním věku je důvěryhodnějším indikátorem hodnota obvodu pasu u mužů a poměr pas/boky u žen. Výše uvedená tabulka neplatí pro dětskou populaci. Hodnocení BMI vychází z percentilových grafů, kde je za nadváhu přiřazováno BMI > 90, za obezitu >97 (Hainer, 2011). Zajímavostí je, že BMI po narození klesá a dítě má nejmenší BMI na konci předškolního věku. Čím dříve začne BMI v dětství stoupat, tím vyšší je také pravděpodobnost, že jedinec onemocní v dospělosti Diabetem mellitem II. druhu, hypertenzí a dalšími onemocněními souvisejícími s obezitou (Svačina, 2008).

Mnozí se domnívají, že nadváha je nezávažné onemocnění, jedná se však o předstupeň obezity. Rizika několika onemocnění vztahujících se k obezitě mírně stoupají již od hodnoty BMI 23. Obezitu lze rozdělit na několik stupňů (viz tabulka výše), přičemž platí, že čím je BMI vyšší, tím je životní prognóza horší a mortalita je vyšší. Například při BMI 40: 1,5 – 1,7 krát (Svačina, 2008, 12). Obezita je hlavním faktorem u několika kardiovaskulárních onemocnění zahrnujících zvýšené riziko srdečního selhání. Dále je asociována s vyšším rizikem hypertenze, Diabetu mellitu a zánětů (Sigmundová et al, 2013). Obezita 3. stupně je závažným onemocněním, osoby s tímto stupněm nadváhy se často nedožijí 60 let.

Je potvrzeno, že zdravotní rizika vyplývající z vyššího BMI (a tedy přítomnosti nadváhy či obezity) se nezvyšují skokově (tím, že někdo překoná hranici uvedenou v tabulce), ale tato rizika jsou přímo úměrná hodnotě BMI. Jinými slovy, má-li někdo BMI 29,5 kg/m² a před šesti měsíci měl 30,5 kg/m², jeho riziko rozvoje přidružených nemocí je stále velmi vysoké, i když už se pohybuje „jen“ v pásmu nadváhy. Toto riziko je samozřejmě podstatně vyšší než u jedinců s BMI například 26,0 kg/m². Dále je třeba uvést, že některá etnika mají odlišná kritéria pro hodnocení nadváhy podle BMI. Příkladem jsou původní domorodí obyvatelé Austrálie,

pro které riziko metabolických komplikací prudce stoupá již při zvýšení BMI nad 22 kg/m² (Vítek, 2008,9).

Ve fyziologickém rozmezí má BMI kauzalitu se zdravotními riziky. Pro představu: 58% všech případů Diabetu mellitu II. typu a 21% případů Ischemické choroby srdeční je způsobeno tělesnou stavbou odpovídající BMI nad 21 kg/m² (Vítek, 2008).

„Z epidemiologických studií byla shledána závislost mezi BMI a celkovou mortalitou, která má tvar podobající se písmenu „J“, tzn. existuje oblast BMI s nejnižší mortalitou, která byla vybraná pro klasifikaci tzv. normální váhy“ (Müllerová, 2014,139).

3.2 IBW

Jiným způsobem hodnocení tělesné hmotnosti v poměru k výšce je ukazatel IBW (ideal body weight). Jedná se o porovnání aktuální hodnoty s ideální tělesnou hmotností. Existuje několik známých predikčních rovnic, pomocí nichž je možné stanovit ideální hodnotu, zde je příklad rozlišující výpočet pro muže a ženy:

Muži: IBW [kg] = (0,655 x výška [cm]) – 44,1

Ženy: IBW [kg] = (0,593 x výška [cm]) – 38,6

3.3 WHR

Určitou nevýhodou BMI a IBW je fakt, že nezohledňují individuální rozdílnost v tělesné konstituci. Je tedy vhodné kombinovat tyto indexy s jinými, které prozrazují složení těla. K těm patří nejvyužívanější ukazatel distribuce tělesného tuku WHR (waist-hip ratio). Jedná se o poměr obvodu pasu a boků (Hronek et al, 2013).

WHR = obvod pasu [cm] / obvod boků [cm]

WHR zohledňuje distribuci tukové tkáně, protože je známo, že abdominální (břicho) typ obezity je podstatně rizikovější než typ gynoidní (hýždě, stehna).

	Riziko zvýšené	Riziko vysoké
Muži	94,0 – 101,9 cm	≥ 102 cm
Ženy	80,0 – 87,9 cm	≥ 88 cm

Tabulka 2 - Abdominální typ obezity s metabolickými komplikacemi hodnocený podle obvodu pasu.

Studie zabývající se početností infarktu myokardu reportovala mnohem silnější vztah s ukazatelem WHR než s BMI, protože viscerální tuk je metabolicky více aktivní (Sigmundová et al, 2013).

4 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

4.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem této bakalářské práce je především přehled poznatků k subjektivnímu hodnocení zdraví a body image ve vztahu ke kategoriím BMI u dospělých jedinců na základě teoretické analýzy, vlastního dotazníkového šetření a rešerše odborných studií, uvedených v kapitole 7 Diskuze.

4.1.1 Dílčí cíl

Za dílčí cíl této práce lze považovat uchopení výsledků šetření do kontextu psychologie zdraví, psychologie sportu, zdravého životního stylu a poukázat tak na možnosti uplatnění těchto poznatků v následné praxi.

4.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaké je procentuální rozložení vzorku dospělých osob dle kategorií BMI?

VO2: Jaká je spokojenost s vlastním tělem v porovnání s kategoriemi BMI u vybraných jedinců?

VO3: Jaké je hodnocení celkového zdraví v porovnání s kategoriemi BMI u vybraných jedinců?

VO4: Jaké je hodnocení tělesného zdraví v porovnání s kategoriemi BMI u vybraných jedinců?

VO5: Jaké je hodnocení duševní kondice v porovnání s kategoriemi BMI u vybraných jedinců?

VO6: Jaké je hodnocení fyzické kondice v porovnání s kategoriemi BMI u vybraných jedinců?

VO7: Jaké je hodnocení fyzické kondice v porovnání s kategoriemi BMI u vybraných jedinců?

VO8: Jaké je hodnocení duševní výkonnosti v porovnání s kategoriemi BMI u vybraných jedinců?

VO9: Jaké je hodnocení obranyschopnosti v porovnání s kategoriemi BMI u vybraných jedinců?

VO10: Jaké je hodnocení četnosti bolesti v porovnání s kategoriemi BMI u vybraných jedinců?

VO11: Jaké je hodnocení četnosti nemocí v porovnání s kategoriemi BMI u vybraných jedinců?

VO12: S jakými složkami zdraví jsou jedinci nejvíce a nejméně spokojeni?

VO13: Lze pozorovat souvislosti mezi hodnocením jednotlivých položek Zdraví?

VO14: Lze pozorovat souvislosti mezi hodnocením body image a hodnocením zdraví?

4.3 Hypotézy

Na základě teoretických poznatků a již uskutečněných výzkumů lze očekávat vyšší hodnoty, tudíž větší subjektivní spokojenost s body image i jednotlivými složkami zdraví u jedinců s normální tělesnou hmotností. Nejnižší hodnoty očekáváme u souboru jedinců trpících obezitou.

5 METODIKA

5.1 Kvantitativní výzkum

Kvantitativní šetření je postaveno na užití kvantifikujících principů, za účelem získání objektivního přehledu o určitém jevu v dané populaci. Využívá hypoteticko–deduktivní strategie směřující k potvrzení, či vyvrácení hypotézy. Nejčastějšími metodami jsou techniky sběru dat umožňující jednoznačné měření nebo převod kvalitativních informací do číselného vyjádření (škály), které lze statisticky zpracovat a vyhodnotit. Konstruované koncepty jsou obvykle zjišťovány pomocí měření (např. testů, dotazníků či pozorování), tyto data jsou dále analyzována statistickými metodami za účelem jejich popisu (Kučera, 2013).

Zkoumané fenomény by měly být měřitelné, či minimálně tříditelné. Získávání údajů probíhá standardizovaně, sběr a analýza dat lze provést poměrně rychle. Na rozdíl od kvalitativního šetření jsou výsledky relativně nezávislé na výzkumníkovi (Reichel, 2009).

5.2 Dotazníkové šetření

Pro sběr dat jsme zvolili metodu dotazníkového šetření.

Jedná se o techniku poskytující vysoce standardizovaná data. Právě vysoká míra standardizace, kdy se snažíme vytvořit pro všechny dotazované stejné podmínky, má zajistit srovnatelnost získaných dat a zároveň přispívá k jejich vyšší reliabilitě. V dotazníku jsou zjišťovány verbálně vyjádřené názory, postoje a pocity, které jsou nám vědomě poskytovány vybranými respondenty. Dotazník tedy nezkoumá realitu jako takovou, ale jak lidé sociální realitu vidí, jak o ní uvažují, jaký k ní zaujmají postoj, jak se stylizují a co si myslí o svém jednání. Obecnou výhodou dotazníkového šetření je schopnost poskytovat data z velkých souborů, jež mohou být i značně plošně rozsáhlé a zároveň relativně jednoduchá administrace, kterou nemusí zajišťovat vysoce školení tazatelé, protože

velký míra standardizace kladených otázek nevyžaduje zvláštní vysvětlení (Sedláková, 2015, 158).

Dotazník by měl zároveň splňovat základní požadavky, jako jsou validita a reliabilita.

Sběr dat proběhl v červnu 2015 v rámci veletrhu aktivního a zdravého životního stylu Moravia Sport Expo v prostorách olomouckého výstaviště Flora. Našeho výzkumu se zúčastnilo celkem 153 dospělých jedinců, z toho 69 mužů a 84 žen. Během šetření byla změřena tělesná výška a zjištěna tělesná hmotnost. Následně byla na základě těchto hodnot u každého jedince vypočítána hodnota indexu BMI. Každý respondent posoudil aktuální míru spokojenosti se svým tělesným sebepojetím (body image). K hodnocení oblasti zdraví a jeho subjektivně vnímané spokojenosti s ním jsme využili otázky ze standardizovaného *Dotazníku životní spokojenosti (DŽS)* (Rodný & Rodná, 2001).

Při sběru a následném vyhodnocení dat jsme dbali na dodržení etických principů dle Průchy a Švaříčka (2009). Byly dodrženy mravní zásady, jako je důvěrnost a anonymita, respondenti byli pravdivě poučeni o povaze všech možných důsledků své účasti výzkumu na základě informovaného souhlasu. Bez něj se osoby do výzkumu zapojit nemohly. Účast probandů na výzkumu byla za všech okolností dobrovolná. Účastník výzkumu měl právo kdykoli, a to bez udání důvodu, od výzkumu odstoupit (tj. přerušit či ukončit svoji účast). Výzkum byl proveden v souladu s platným zákonem o ochraně osobních údajů (zákon č. 101/2000 Sb.). Účast ve výzkumu nebyla nijak finančně honorována (Janů, 2015).

5.2.1 Hodnocení body image

Sebepojetí vlastního těla – body image jsme zjistili na základě předem definované otázky: „*Ohodnoťte aktuální úroveň Vaší celkové, subjektivně vnímané míry spokojenosti se svým tělem*“. Každý respondent získal instrukce, podle nichž subjektivně ohodnotil své základní fyzické charakteristiky, jako je obličej, tělo a jeho jednotlivé segmenty, tělesnou atraktivitu a celkovou body image. Celkovou míru aktuální subjektivní spokojenosti se svým BI vyjadřoval proband na bodové škále 0 – 100 v připravené tabulce, přičemž nejméně spokojené hodnocení je označeno hodnotou 0, nejvíce hodnotou 100.

5.2.2 Dotazník životní spokojenosti

V rámci našeho dotazníkového šetření jsme použili standardizovaný nástroj: *Dotazník životní spokojenosti* (DŽS), anglicky *The life satisfaction questionnaire* (LSQ). Jedná se o jednorozměrný dotazník autorů Fahrenberga, Myrteka, Schumachera a Brählera, v originále *German questionnaire Fragebogen zur Lebenszufriedenheit* (FLZ), který vznikl v Německu v rámci výzkumného projektu zaměřeného na období psychické i fyzické rekonvalescence pacientů s kardiovaskulárním onemocněním (Fahrenberg et al., 1986). Do českého prostředí byl dotazník aplikován díky překladu a úpravám Kateřiny Rodné a Tomáše Rodného (2001).

DŽS byl navržen pro standardizovaný popis inter-individuální variability životní spokojenosti. Aktuální verze DŽS zjišťuje subjektivní úroveň hodnocení životní spokojenosti v deseti oblastech lidského zájmu: zdraví; práce a zaměstnání; finanční situace; volný čas; manželství a partnerství; vztah k vlastním dětem; vlastní osoba; sexualita; přátelé; známí a příbuzní, bydlení. Každá z uvedených položek obsahuje sedm subpoložek, kde aktuální spokojenost vyjadřuje výběrem na sedmibodové stupnici. 1 = velmi nespokojený, 7 = velmi spokojený. Celková hodnota životní spokojenosti je reprezentována výsledkem ze sedmi okruhů. Práce a zaměstnání, manželství a partnerství a vztah k vlastním dětem se nezapočítává (Rodná & Rodný, 2001 in Sigmund et al., 201). Podle Fahrenberga je zde životní spokojeností míněno „individuální posouzení minulých a současných životních podmínek a perspektivy do budoucnosti“ (Rodný & Rodná, 2001).

Ústřední oblastí pro naše šetření se stala položka číslo 1 – *Zdraví* (ZDR), která se zaměřuje na hodnocení celkového zdravotního stavu, tělesného zdraví, duševní a fyzické kondice, duševní výkonnosti, obranyschopnosti a četnosti bolestí a nemocí. Položka zdraví obsahuje sedm výroků:

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...

Celkovou hodnotu zdraví participanta získáme součtem skóre všech výše definovaných položek (Rodný & Rodná, 2001).

5.3 Určení hodnoty BMI

Body mass index jsme u každého probanda získali výpočtem poměru tělesné hmotnosti v kg a tělesné výšky v m²: BMI = tělesná hmotnost v kg/ výška v m². K měření tělesné hmotnosti jsme použili přístroj Tanita UM 075 (přesnost 0,1kg) a k měření tělesné výšky antropometr Tanita HR-001 (přesnost 0,1cm). Dalším krokem byla kategorizace hodnot dle WHO: normální hmotnost (soubor *Normal*), nadváha (soubor *Nadváha*) a obezita (soubor *Obezita*). Kategorie podváhy se v našem vzorku nevyskytla a podkategorie obezity jsme v naší práci nevyužili.

Kategorizace	Rozmezí hodnot
Normální hmotnost	18,5 – 24,99
Nadváha (preobézní)	≥ 25,00
Obezita	≥ 30,00

Tabulka 3 - Základní kategorizace BMI (WHO, 2007).

5.4 Statistické zpracování dat

Statisticky jsme zpracovali údaje odpovědí z DŽS (Zdraví), subjektivního hodnocení BI a hodnot BMI. U výše uvedených proměnných jsme vypočítali základní údaje deskriptivní statistiky: aritmetický průměr, směrodatnou odchylku, minimum a maximum každé z položek. Tyto průměrné hodnoty jsou uvedené pro lepší přehlednost v tabulkách. Data byla zpracována v programu SPSS a Microsoft Excel, kde byla převedena do grafů, které napomohly k lepší přehlednosti výsledkové části a celkově k vizuální stránce mé bakalářské práce.

6 VÝSLEDKY

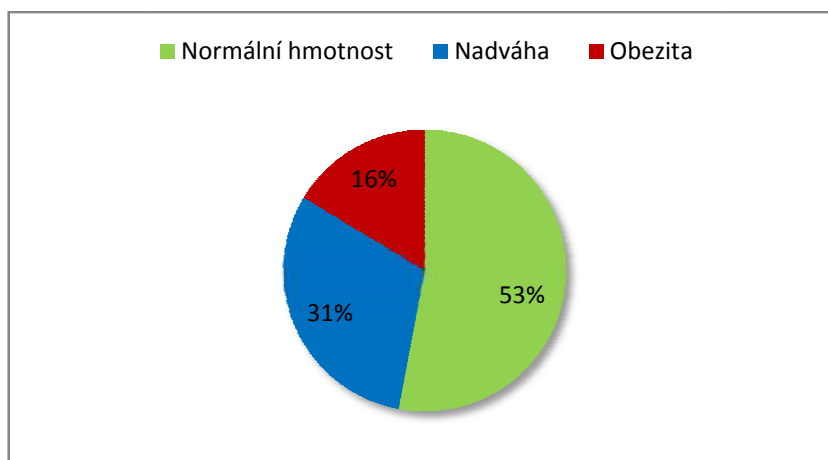
Pro jednodušší orientaci ve výsledkové části jsem zvolila rozdělení na jednotlivé položky dotazníkového šetření: subjektivní vnímání body image, zdraví celkové a následně konkrétní položky složky Zdraví z DŽS.

6.1 Základní údaje o sledovaném souboru

V našem výzkumném šetření jsme pracovali s generově vyváženým vzorkem 153 dospělých osob.

6.1.1 Rozložení dle hodnot BMI

Z celkového vzorku 153 osob spadá hodnota BMI jedinců (n=81) nejčastěji (53%) do kategorie Normální hmotnosti. Kategorie nadváhy je zastoupena v 31% (n=47) a Obezita v 16% (n=25).



Graf 1 - Rozložení dle hodnot BMI

6.1.2 Hodnocení body image

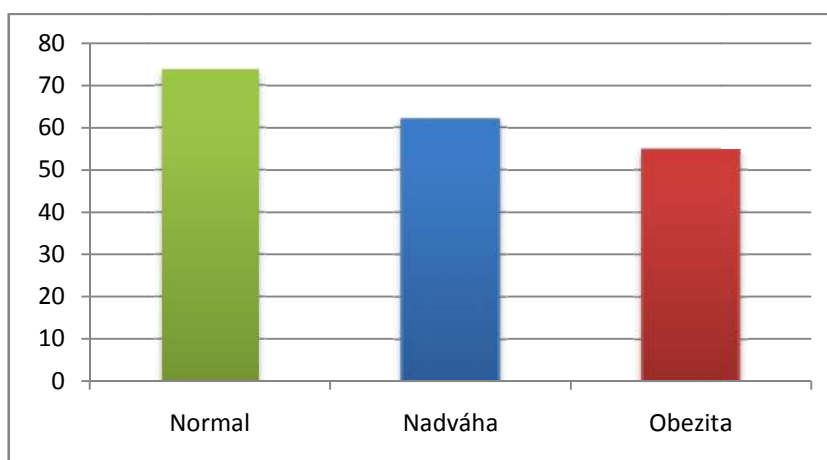
Celkovou míru aktuální subjektivní spokojenosti se svým BI vyjadřoval respondent na bodové škále 0 – 100 v připravené tabulce, přičemž nejméně spokojené hodnocení je označeno hodnotou 0, maximální spokojenost hodnotou 100. Nejvyšších hodnot dosahuje soubor *Normal*. Dle našich výsledků lze tedy upozornit na vztah mezi spokojeností s vlastním tělem a hodnotou BMI, přičemž

největší spokojenost s vlastním BI dosahují jedinci s normální hmotností a nejnižší spokojenost naopak uvádějí respondenti s obezitou. Kategorie zastupující probandy s nadváhou hodnotí svou BI celkovou hodnotou 61,8 bodů a zaostává tak o necelých 12 bodů za kategorií *Normal*. Nejnižší hodnocení a tedy i nejmenší spokojenost s vlastním BI udává skupina obézních jedinců, jejichž průměrná hodnota se zastavila na 54,7 bodech a tudíž ji od skupiny *Normal* dělí 19 bodů. Přesto je nutné zmínit, že i respondent z kategorie *Obezita* uvedl maximální spokojenost s vlastním BI a člověk ze souboru *Normal* zvolil nejnižší vybrané hodnocené 20 bodů.

Body image	M	SD	Rozpětí	Comp.	p
Normal	73,7	15,80	20–99	1–2	0,01
Nadváha	61,8	13,81	30–93	1–3	0,01
Obezita	54,7	14,98	30–100	2–3	0,05

Tabulka 4 - Hodnocení body image

Vysvětlivky: M – aritmetický průměr; SD – směrodatná odchylka; Comp.– srovnání; p – statistická významnost



Graf 2 - Subjektivní hodnocení body image

6.1.3 Hodnocení celkového zdraví

Pro získání hodnot zastupující subjektivní hodnocení celkového zdraví, jsme sečetli průměrné hodnoty jednotlivých subpoložek kategorie *Zdraví* z DŽS (Tabulka č. 5). Jedná se o součet položek: *tělesné zdraví, duševní kondice, fyzická kondice, duševní výkonnost, obranyschopnost, četnost bolesti, četnost nemocí*. Konkrétní přehled poskytuje Tabulka č. 6. Nejvyšší hodnoty, a tedy i

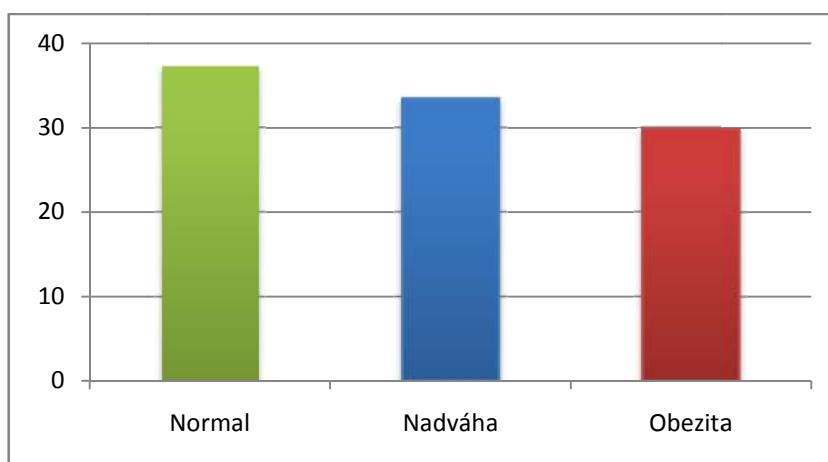
největší spokojenost s danou položkou, byly naměřeny shodně v položkách: *duševní kondice* (5,5), *obranyschopnost* (5,5) a *četnost nemocí* (5,5). Nejnižší hodnoty pak naopak u položek: *tělesné zdraví* (3,9) a *fyzická kondice* (3,9). Jedná se tedy o oblasti, s nimiž jsou daní jedinci nejméně spokojeni.

Zdraví celkové	M	SD	Rozpětí	Comp.	p
Normal	37,2	5,92	17–49	1–2	0,01
Nadváha	33,4	6,27	20–48	1–3	0,01
Obezita	29,8	5,07	18–41	2–3	0,01

Tabulka 5 - Hodnocení celkového zdraví

Vysvětlivky: M – aritmetický průměr; SD – směrodatná odchylka; Comp.– srovnání; p – statistická významnost

Na grafu č. 3 můžeme jednoduše vidět, že nejspokojenější skupinou se svým celkovým zdravím jsme vyhodnotili soubor *Normal*, tedy jedince vykazující normální tělesnou hmotnost. Nejméně spokojení jsou respondenti souboru *Obezita*.



Graf 3 - Hodnocení celkového zdraví

		M	SD	Rozpětí	Comp.	p
Tělesné zdraví	Normal	5,2	1,11	1–7	1–2	0,01
	Nadváha	4,8	1,28	2–7	1–3	0,01
	Obezita	3,9	0,97	2–6	2–3	0,11
Duševní kondice	Normal	5,5	1,17	1–7	1–2	0,01
	Nadváha	4,7	1,29	2–7	1–3	0,01
	Obezita	4,6	1,08	2–6	2–3	0,11
Fyzická kondice	Normal	5,2	1,24	1–7	1–2	0,01
	Nadváha	4,5	1,39	2–7	1–3	0,01
	Obezita	3,9	0,98	2–6	2–3	0,01
Duševní výkonnost	Normal	5,3	1,11	1–7	1–2	0,01
	Nadváha	4,6	1,27	2–7	1–3	0,01
	Obezita	4,4	0,82	2–6	2–3	0,17
Obranyschopnost	Normal	5,5	1,26	2–7	1–2	0,01
	Nadváha	4,7	1,27	2–7	1–3	0,01
	Obezita	4,5	1,15	2–7	2–3	0,05
Četnost bolesti	Normal	5,2	1,47	2–7	1–2	0,999
	Nadváha	4,7	1,22	2–7	1–3	0,01
	Obezita	4,3	1,29	2–7	2–3	0,05
Četnost nemocí	Normal	5,5	1,35	2–7	1–2	0,69
	Nadváha	5,4	1,41	1–7	1–3	0,01
	Obezita	4,6	1,23	1–7	2–3	0,01

Tabulka 6 – Hodnocení jednotlivých subsložek celkového zdraví

Vysvětlivky: M – aritmetický průměr; SD – směrodatná odchylka; Comp.– srovnání; p – statistická významnost

6.1.4 Hodnocení tělesného zdraví

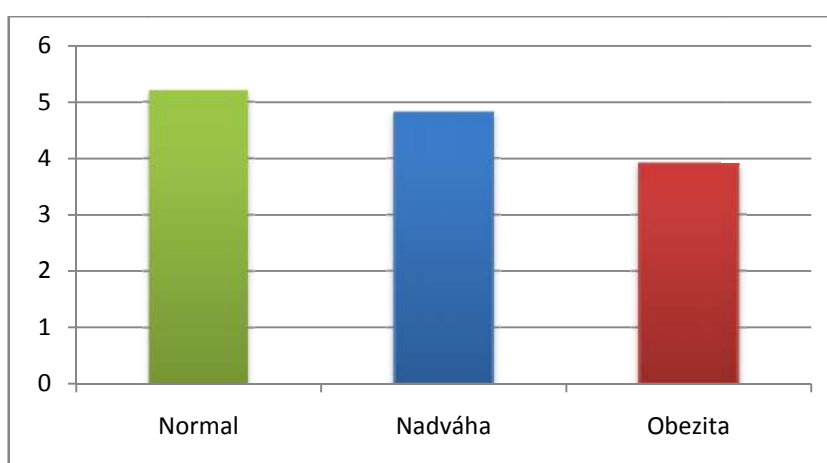
Na grafu č. 4 můžeme vidět, že oblast tělesného zdraví hodnotili s nejvyššími hodnotami nepochybně zástupci složky *Normal*. Mezi souborem *Nadváha* (4,8) a *Obezita* (3,9) byl zaznamenán výraznější rozdíl, než u složek *Nadváha* (4,8) a *Normal* (5,2). Maximální spokojenost se svým fyzickým zdravím, vyčíslenou hodnotou 7, nevedl žádný respondent ze skupiny *Obezita*. Soubor

Obezita také vykazuje nejnižší směrodatnou odchylku k průměru (SD=0,97), odpovědi těchto jedinců se tedy významně od průměru neliší.

Tělesné zdraví	M	SD	Rozpětí	Comp.	p
Normal	5,2	1,11	1–7	1–2	0,01
Nadváha	4,8	1,28	2–7	1–3	0,01
Obezita	3,9	0,97	2–6	2–3	0,11

Tabulka 7 - Hodnocení tělesného zdraví

Vysvětlivky: M – aritmetický průměr; SD – směrodatná odchylka; Comp.– srovnání; p – statistická významnost



Graf 4 - Hodnocení tělesného zdraví

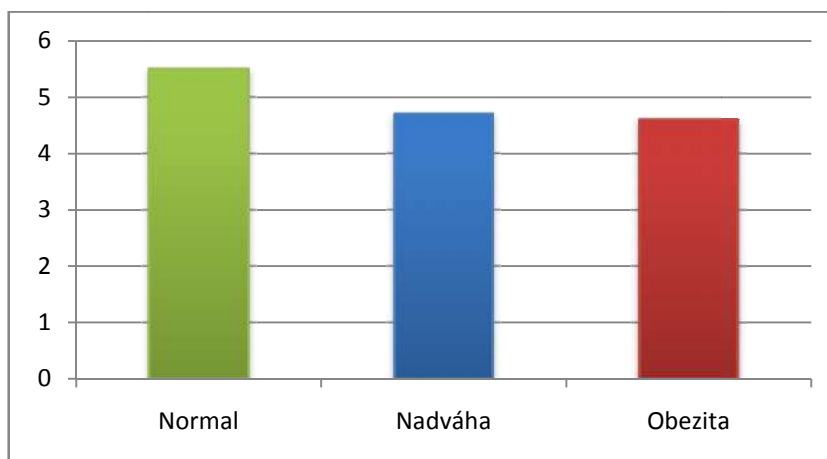
6.1.5 Hodnocení duševní kondice

Na grafu č. 5 můžeme pozorovat minimální rozdíly u výsledků souboru *Nadváha* (4,7) a *Obezita* (4,6) v subjektivním hodnocení *duševní kondice*. Zároveň však soubor *Normal* dosahuje velmi vysoké hodnoty (5,5) z maximálního rozsahu 7. Tato skutečnost značí poměrně vysokou spokojenost s duševní kondicí u jedinců s normální tělesnou hmotností. Současně je však zajímavé, že pouze v souboru *Normal* bylo nejméně jednou užito nejnižší možné skóre hodnocení 1. Je nutné si uvědomit, že tento fakt mohla ovlivnit jiná proměnná, a nemůžeme ho tedy spojovat s kategorií BMI.

Duševní kondice	M	SD	Rozpětí	Comp.	p
Normal	5,5	1,17	1–7	1–2	0,01
Nadváha	4,7	1,29	2–7	1–3	0,01
Obezita	4,6	1,08	2–6	2–3	0,11

Tabulka 8 - Hodnocení duševní kondice

Vysvětlivky: M – aritmetický průměr; SD – směrodatná odchylka; Comp.– srovnání; p – statistická významnost



Graf 5 - Hodnocení duševní kondice

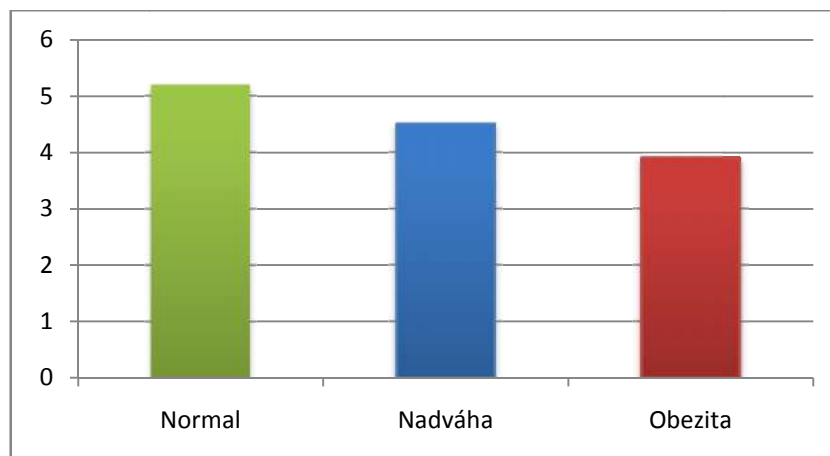
6.1.6 Hodnocení fyzické kondice

Položka *Fyzická kondice* je další z položek, kde je zřejmý značný rozdíl mezi výsledkami souboru *Normal* a *Obezita*. Jedinci trpící obezitou nedosáhli ani hodnoty 4 bodů, což se stalo pouze u položky *Fyzické zdraví*. Na grafu č. 6 vidíme, že hodnota odpovědí na položky kategorie *Nadváha* (4,5) se rozkládá téměř přesně mezi hodnotami *Normal* (5,2) a *Obezita* (3,9).

Fyzická kondice	M	SD	Rozpětí	Comp.	p
Normal	5,2	1,24	1–7	1–2	0,01
Nadváha	4,5	1,39	2–7	1–3	0,01
Obezita	3,9	0,98	2–6	2–3	0,01

Tabulka 9 - Hodnocení fyzické kondice

Vysvětlivky: M – aritmetický průměr; SD – směrodatná odchylka; Comp.– srovnání; p – statistická významnost



Graf 6 - Hodnocení fyzické kondice

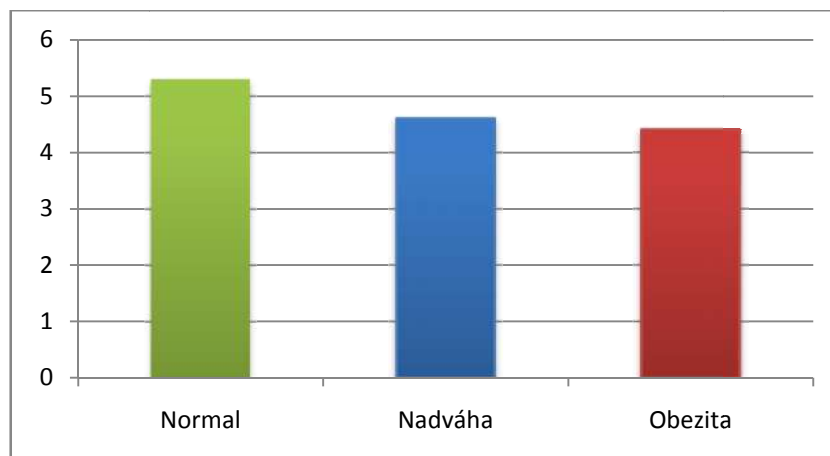
6.1.7 Hodnocení duševní výkonnosti

Dle grafu č. 7 si můžeme všimnout, že úroveň subjektivního hodnocení duševní výkonnosti u souboru *Nadváha* (4,6) a *Obezita* (4,4) se příliš neliší. Značný skok je však u kategorie *Normal* (5,3), která uvádí největší spokojenost s duševní výkonností. U odpovědí souboru *Obezita* se vyskytuje nejnižší směrodatná odchylka k průměru z celého dotazníkového šetření. V odpovědích se tedy vyskytovalo často stejné bodové hodnocení.

Duševní výkonnost	M	SD	Rozpětí	Comp.	p
Normal	5,3	1,11	1–7	1–2	0,01
Nadváha	4,6	1,27	2–7	1–3	0,01
Obezita	4,4	0,82	2–6	2–3	0,17

Tabulka 10 - Hodnocení duševní výkonnosti

Vysvětlivky: M – aritmetický průměr; SD – směrodatná odchylka; Comp.– srovnání; p – statistická významnost



Graf 7 - Hodnocení duševní výkonnosti

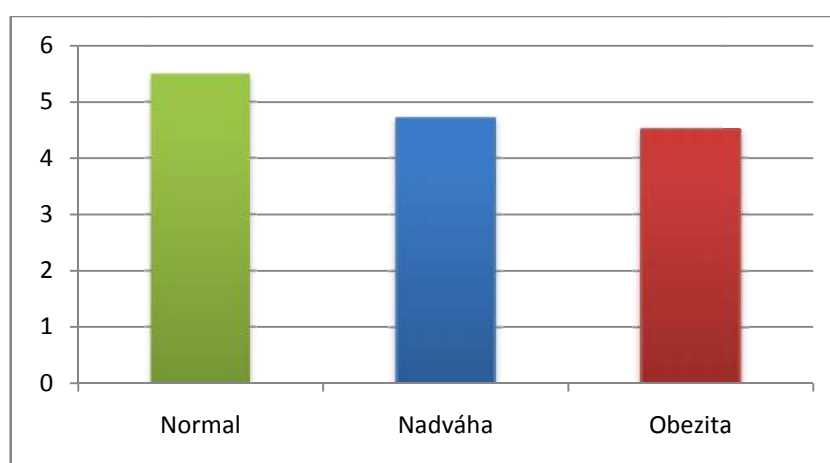
6.1.8 Hodnocení obranyschopnosti

U subjektivního hodnocení obranyschopnosti spolu s položkou *Duševní kondice* dosáhla jednoznačně kategorie *Normal* nejvyšších hodnot na úrovni 5,5 bodů. U všech tří kategorií bylo zaznačeno bodové rozpětí 2–7. Graf č. 8 je díky obdobným hodnotám velmi podobný právě grafu č. 5 Hodnocení duševní kondice.

Obranyschopnost	M	SD	Rozpětí	Comp.	p
Normal	5,5	1,26	2–7	1–2	0,01
Nadváha	4,7	1,27	2–7	1–3	0,01
Obezita	4,5	1,15	2–7	2–3	0,05

Tabulka 11 - Hodnocení obranyschopnosti

Vysvětlivky: M – aritmetický průměr; SD – směrodatná odchylka; Comp.– srovnání; p – statistická významnost



Graf 8 - Hodnocení obranyschopnosti

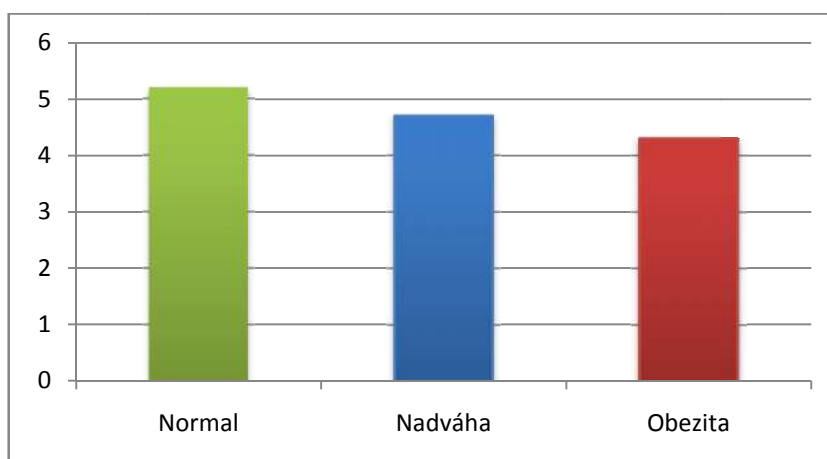
6.1.9 Hodnocení četnosti bolesti

U hodnocení této položky je nutné připomenout, že stále platí: čím vyšší hodnocení, tím větší spokojenost. V tomto případě subjektivní spokojenost s četností bolesti (nikoliv četnost bolesti). Právě v hodnocení této skutečnosti odpovídali jedinci s obezitou nejméně body (4,3). Nižší průměrná hodnota odpovědí se již v našem šetření neobjevuje.

Četnost bolesti	M	SD	Rozpětí	Comp.	p
Normal	5,2	1,47	2–7	1–2	0,999
Nadváha	4,7	1,22	2–7	1–3	0,01
Obezita	4,3	1,29	2–7	2–3	0,05

Tabulka 12 - Hodnocení četnosti bolesti

Vysvětlivky: M – aritmetický průměr; SD – směrodatná odchylka; Comp.– srovnání; p – statistická významnost



Graf 9 - Hodnocení četnosti bolesti

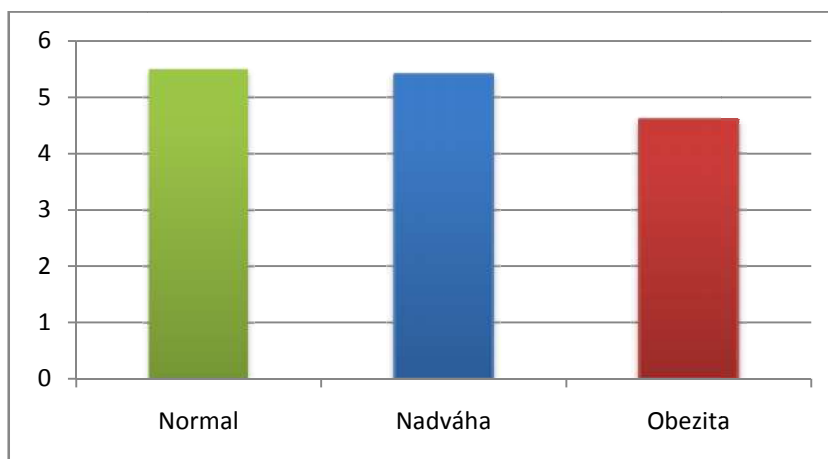
6.1.10 Hodnocení četnosti nemocí

Na grafu č. 10 vidíme hodnoty pohybující se ve vyšším skóre. Probandi ze souboru *Nadváha* zde dosahují nejvyšších hodnot. V žádných jiných subpoložkách *Zdraví* nepřesáhli hodnotu 5. Jedinci v kategorii *Normal* zde dosahují také nejvyšších hodnot, současně však i v položce *Obrannyschopnost* a *Duševní kondice* (5,5).

Četnost nemocí	M	SD	Rozpětí	Comp.	p
Normal	5,5	1,35	2–7	1–2	0,69
Nadváha	5,4	1,41	1–7	1–3	0,01
Obezita	4,6	1,23	1–7	2–3	0,01

Tabulka 13 - Hodnocení četnosti nemocí

Vysvětlivky: M – aritmetický průměr; SD – směrodatná odchylka; Comp.– srovnání; p – statistická významnost

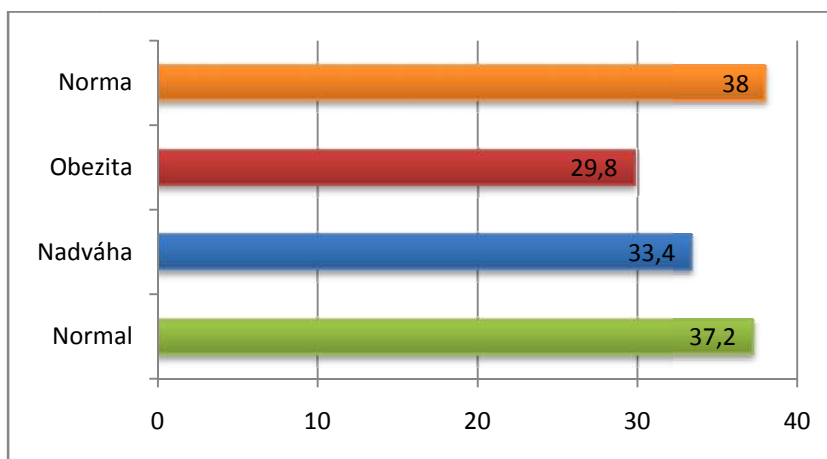


Graf 10 - Hodnocení četnosti nemocí

7 Diskuze

Následující kapitola shrnuje výsledky našeho výzkumného šetření a uvádí je do kontextu obdobných studií, zabývajících se otázkami v širší souvislosti psyché – soma. V rámci diskuze také uvádím návrhy, jak mohou být tyto zjištěné skutečnosti využitelné v praxi.

Naše výsledky vyplývají z dotazníkového šetření obsahující škálu, která posuzuje aktuální míru spokojenosti se svým tělesným sebepojetím (body image) a otázky ze standardizovaného Dotazníku životní spokojenosti (DŽS), zaměřeného na oblast zdraví. Během šetření byla také změřena tělesná výška a zjištěna tělesná hmotnost. Následně byla na základě těchto hodnot u každého jedince vypočítána objektivní hodnota indexu BMI. Na základě tohoto měření bylo možné zjistit výsledné hodnoty i v rámci jednotlivých kategorií *Normal*, *Nadváha* a *Obezita*. Stěžejním principem bylo subjektivní hodnocení vlastního těla, fyzického a mentálního zdraví (well-being). Data jsme získali od 153 dospělých respondentů v červnu 2015 v rámci veletrhu aktivního a zdravého životního stylu Moravia Sport Expo v prostorách olomouckého výstaviště Flora.

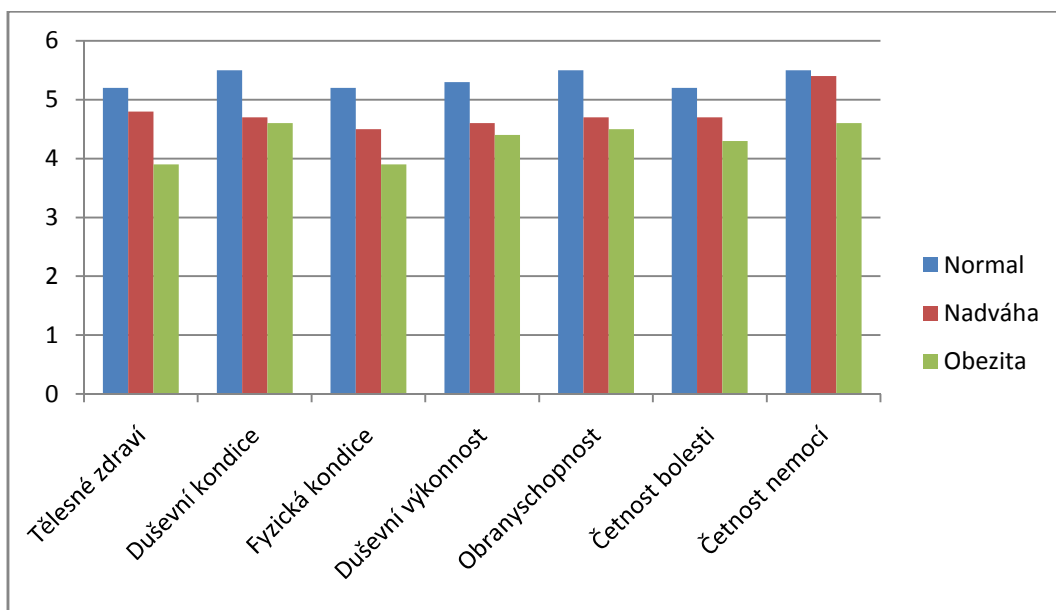


Graf 11 - Srovnání výsledků celkového zdraví s normativem

Pokud se podíváme na výsledky celkového zdraví (tedy součet průměrů všech subpoložek *Zdraví* z DŽS), na grafu č. 11 vidíme jednoznačně nejvyšší hodnoty – největší spokojenost u vzorku osob s normální hmotností. Porovnáme-li však tuto hodnotu (37,2) s obecnou normou 38, nachází se stále těsně pod hranicí normativa. Vzorek osob s nadváhou nedosáhl ani na hranici 30 bodů.

Statisticky zajímavou informací je převážně se vyskytující nejnižší směrodatná odchylka k průměru u odpovědí souboru Obezita. Tato informace znamená, že právě jedinci trpící obezitou se nejméně odchylovali od průměru ve svých odpovědích.

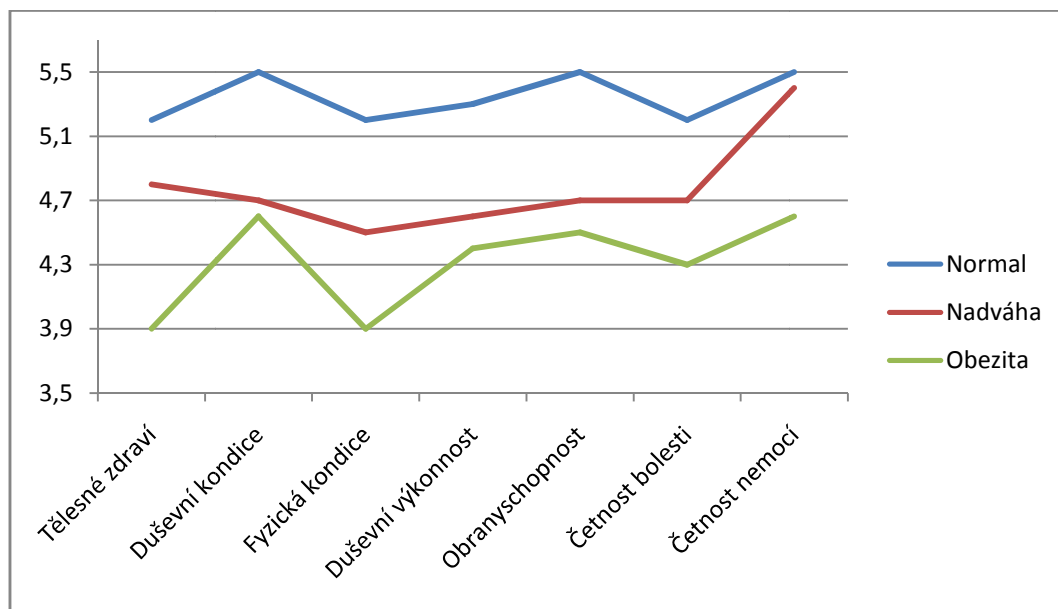
U grafu č. 12 vidíme na první pohled prakticky shodné rozložení všech subpoložek Zdraví: nejvíce bodů soubor Normal, střední hodnoty Nadváha a nejmenší počet bodů Obezita. Po důkladnějším zkoumání číselných hodnot u všech tří kategorií si však lze všimnout rozdílů a zajímavých skutečností.



Graf 12 - Všechny subpoložky Zdraví

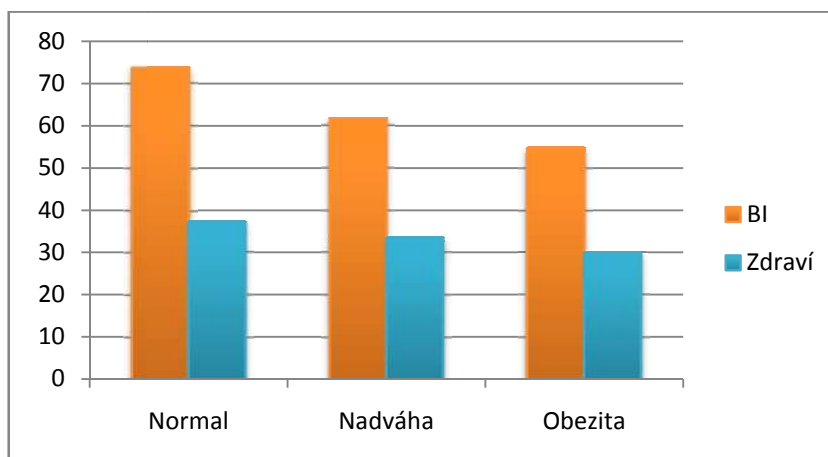
Zajímavý obraz nám poskytuje spojnicový graf č. 13. Jednoznačně nejvyšší hodnoty kategorie *Normal* se vyskytly u položek duševní kondice *obranschopnost* a *četnost nemocí*. Kategorie *Normal* je celkově nejméně spokojena se svou *fyzickou kondicí, tělesným zdravím a četností bolesti* a nepatrně nižší hodnota se objevuje i u položky *duševní výkonnost*. Ani jedna ze sedmi položek není hodnocena u kategorie jedinců s normální hmotností nižším skóre, než je hodnota 5,2. Probandi spadající do kategorie nadváhy vykazují největší spokojenost u položky *tělesného zdraví*, nejnižší naopak u *fyzické kondice*. Obézní jedinci vyhodnotili nejlépe oblast *duševní kondice* a *četnosti nemocí*. Číselná hodnota 3,9 se stala nejnižší hodnotou z celého dotazníku u kategorie Obezita, tedy i z celého vzorku našich probandů u položek *tělesné zdraví* a *fyzická kondice*. Největší rozdíl

mezi odpověďmi probandů s normální hmotností a s obezitou sledujeme u položek *tělesné a zdraví* a *fyzická kondice*. Položce *fyzická kondice* bylo přiřazeno nejméně bodů napříč všemi kategoriemi BMI. Můžeme tedy konstatovat, že právě s fyzickou kondicí jsou naši probandi nejméně spokojeni.



Graf 13 - Spojnicový graf subpoložek Zdraví

Ve výsledkové části této práce je již podrobněji komentována položka soustředící se na body image. Základní fakt, že největší spokojenost s vlastním BI dosahují jedinci s normální hmotností a nejnižší spokojenost naopak uvádějí respondenti s obezitou, je zajímavější v komparaci s výsledky celkového zdraví viz graf č. 14.



Graf 14 - Komparace BI a Zdraví

Autoři americké longitudiální studie Bucchianeri et al. (2013) zjistili, že po dobu sledování změn s hodnocením body image, byla zaznamenána nejvyšší nespokojenost v období mladé dospělosti. Což souvisí s nárůstem hodnoty BMI spolu s věkem, který je důležitým faktorem v predikci spokojenosti vlastního těla.

Review australských autorů McCabe & Ricciardelli (2004) poukazuje na fakt, že u žen souvisí trend nespokojenosti se svým tělem a vysokým BMI, tudíž přáním zhubnout. U mužů je však mnohem vyšší procento těch, kteří by si přáli přibrat svalovou hmotu. Vnější hodnocení vzhledu z pozice rodičů a následná zpětná vazba s jedinci má větší vliv na participanty ženského pohlaví. Autoři nabízejí vysvětlení v podobě většího tlaku na ženy či vyšší hodnoty self – esteem u mužů. Vliv médií je v tomto článku také zmiňován.

Výzkum dvojice Carr & Friedman (2005) se zaměřuje na obézní dospělé jedince a jejich subjektivní vnímání diskriminace a well-beingu. Autoři zjistili, že obézní jedinci mají nižší úroveň sebedůvěry, než jedinci s BMI v normě. Upozorňují však na fakt, že všimnout si rozdílů mezi kategoriemi obezity a normální hmotnosti nestačí. Zaměřili se na další podkategorie obezity a zjistili, že pouze u kategorií obezity II. a III. stupně byly zjištěny hodnoty nižší úrovně sebedůvěry. U jedinců v kategorii obezity I. stupně nebyl zjištěn rozdíl oproti kategorii normy.

Cílem anglické studie Doll, Petersen & Stewart-Brown (2005) bylo zjistit asociace mezi BMI, chronickým onemocněním a well-beingem. BMI bylo signifikantně spojeno s fyzickým zdravím, s psychickým well-being už nikoliv tak výrazně. Autoři to zdůrazňují faktem, že psychická pohoda byla vyhodnocena u respondentů sice obézních, ale bez přítomnosti chronických onemocnění. Diskuze se soustředí právě na myšlenku, že nízká úroveň psychické pohody (well-being) je u obézních jedinců spojena se zdravotním omezením, nikoliv obezitou jako takovou (Janů, 2015).

Skutečnost, že v hodnocení zdraví a body image jako složky oblasti well-being lze pozorovat spojitost dokládá ostatně i naše šetření. Kauzalitu však v tomto designu výzkumu nemůžeme potvrdit.

Vzhledem k tomu, že tato práce vznikla na Fakultě tělesné kultury, je vhodné uvést další zajímavé studie, které řeší vliv pohybové aktivity v souvislosti s mentálním zdravím a jeho komponenty. Právě fyzická aktivita jeden z hlavních

determinantů BMI. Její vliv má prokazatelně příznivý krátkodobý i dlouhodobý účinek na psychickou pohodu, ovlivňuje zejména sebeúctu, úzkost, depresi, tenzi, percepci stresu (Blatný et al., 2005).

V přehledové studii A. Hunta (2003) jsou sumarizovány hlavní přínosy tělesné zdatnosti pro celkovou životní spokojenost a osobní pohodu: jde především o významnou celkovou nezávislost, sebeobslužnost a samostatnost, zvláště u starších osob, jejichž úroveň se s vyšší úrovní tělesné zdatnosti prodlužuje v čase a zvyšuje z hlediska kvality (Blatný et al., 2005, 17).

Toto zjištění bylo opakovaně potvrzeno ve výzkumných šetřeních, prováděných u zdravých i nemocných osob, u dospělé, adolescentní i dětské populace. To, že pohybová aktivita pozitivně ovlivňuje mentální zdraví oficiálně konstatuje instituce *U.S. Public Health Service* (1996). Výzkumy naznačují, že pohybová aktivita může mít benefity pro celkové zdraví a kognitivní funkce, především v pozdějším věku (Cotman & Berchtold, 2002). Jiná studie uvádí, že aerobní aktivita, jako chůze, zlepšuje činnost hippokampu ve stáří, tak, že dochází k zlepšení paměti a snižuje se riziko demence (Erickson, et. al., 2011).

Fyzická aktivita a cvičení je spojována se snížením příznaků deprese (Goodwin, 2003; Mayo Clinic Staff, 2005) a úzkosti (Ströhle, 2009). Ač může být fyzická aktivita velmi důležitá, není v současné době využívána jako doplněk farmakologických a psychologických terapií. Studie, využívajících různé metody, asociovaly mezi účastí v pohybových aktivitách zlepšení příznaků mentálního zdraví, napříč různorodými skupinami populace. Fyzická aktivita byla spojována zejména se zlepšením nálady a kreativity (Paluska & Schwenk, 2000).

Postoj k vlastní osobě a obraz, který si o sobě vytváříme, souvisí s naším způsobem života. Bylo dokázáno, že aktivní osoby mají vyšší sebevědomí než osoby neaktivní, jsou více přesvědčeny o svých dobrých vlastnostech i schopnostech, jsou se sebou celkově spokojenější a také o sobě více přemýšlejí. Určitá psychická vyrovnanost je jedním z pozitivních faktorů, které do života jedince přináší pohyb. Sport je podle zahraničních pramenů vedle pohlaví nejdůležitějším

faktorem ve vztahu k vlastnímu tělu přímo a ve vztahu k vlastní osobě zprostředkovaně (Fialová, 2006).

Několik výzkumů identifikovalo self-esteem jako psychologicky variabilní benefit, výsledný činností regulérní fyzické aktivity (Boyd, 1997). Provedené studie ukazují trend, kdy účast v pohybových aktivitách, ať už v individuálních nebo v týmových sportech, zlepšuje úroveň self-esteem (Armstrong & Oomen-Early, 2009; Bowker, 2006; Boyd, 1997; Ference & Muth, 2004; Koyuncu, 2010 in Simmons & Childers, 2013). Autoři tedy předpokládají, že u dospělých i adolescentů je asociována účast v jakékoli motorické aktivitě s vyšší úrovní self-esteem, nezáleží tedy na konkrétním sportu (Ruuskanen & Ruoppila, 1995; McAuley & Blissmer, 2000 in Šmídová, 2008). Pokles pohybové aktivity dnešní populace se projevuje sníženou mírou self-esteem (De Moor et al. 2006; Galper et al. 2006; Sonstroem, 1984). Naproti tomu ve studii, kde byli porovnáváni žáci prvního stupně, korelovala výše sebepojetí s účastí v kolektivních sportech žáků, nikoli však se sporty individuálními (Slutzky & Simpkins 2009). V jiné studii dle autorů Ference & Muth (2004) zase vyšla vyšší účinnost rekreačních aktivit oproti týmovým sportům (Janů, 2015).

Pěkný přehled dalších studií uvádí i Blatný a kolektiv: T. W. Pelham a P. D. Campagna (1991) prokázali vztah mezi aerobní kondicí a náladou. Z dalších to byli např. J. E. Brandon, J. M. Loftin a J. Curry, kteří prokázali (1991) pozitivní vztah mezi fyzickou kondicí a emocionalitou. R. Norris, D. Carrol a R. Cochrane (1991) doložili pozitivní vliv pohybové aktivity na pocity psychické pohody. Ve studii N. Norvella, D. Martina a A. Salamona (1991) koreluje aerobní cvičení se snížením deprese a prožívaného stresu. Aerobní cvičení má podle řady autorů vliv na snižování intenzity a trvání depresivní reakce vyvolané stresogenní životní událostí (Roth, Holmes 1985). V další studii tohoto typu např. S. R. Cramer, D. C. Nieman a J. W. Lee (1991) prokázali pozitivní vliv mírného cvičení na ukazatele psychické pohody a na snížení úzkosti. Anxiolytický účinek cvičení prokázali též D. L. Roth, S. D. Bachtler a R. B. Fillingim (1990) a C. F. Emery, E. R. Hauck a J. A. Blumenthal (1992) (Blatný et al., 2005, 16).

Na základě výsledků našeho šetření a četných výzkumů, uváděných nejen v rámci mé diskuze, můžeme nepochybně dojít k závěru, že pohybová aktivita jako hlavní determinant body image, zdraví a hodnoty BMI, má prokazatelné souvislosti s psychickými konstrukty člověka.

Na jedné straně tohoto fenoménu je teorie a výzkumy s ní spojené, na druhé zůstávají možnosti, aplikovatelné v praxi formou prevence i řešení. Odborníci na zdravý životní styl samozřejmě doporučují vhodnou fyzickou aktivitu, často si však neuvědomují psychologické souvislosti. Řada lékařů aplikuje pouze medicínské řešení zdravotních důsledků a přehlíží příčiny spojené s nedostatkem pohybu. V psychiatrii, psychologicko–poradenské praxi či mentálním koučingu se apel na fyzickou aktivitu využívá spíše nestandardně. Pracovníci v oblastech fyzického a psychického zdraví by dle mého názoru neměli opomíjet holistický přístup k problému a jedinci.

7.1 Limity a nedostatky výzkumného šetření

Jeden z limitů našeho šetření je jistě široké věkové rozhraní našeho výzkumného vzorku, které se pohybuje v rozmezí mladé dospělosti až po období stáří. Zároveň jsme nepracovali s proměnnou pohlaví. V návaznosti na tuto skutečnost nemůžeme výsledky konkretizovat dle vývojových období a nemáme k dispozici genderové rozdílnosti u zkoumaných položek.

Další nevýhodou této kvantitativní studie může být nižší validita a zkreslení některých odpovědí z důvodu sociální žádoucnosti ve formě intervenující proměnné. Z tohoto důvodu jsme se snažili těmto situacím předejít pomocí úvodní instrukce dotazníku, kde upozorňujeme, že neexistuje správná nebo špatná odpověď, potvrzujeme anonymitu a žádáme o co nejupřímnější odpovědi.

Užití indexu BMI, hodnoceného jako objektivní a dostatečně přesný ukazatel, může přesto vést k chybné diagnóze ve smyslu falešné pozitivní diagnózy obezity u osob s vysoce vyvinutou svalovou hmotou, a naopak ve smyslu falešně negativní diagnózy obezity u osob s relativně vysokým zastoupením tukové tkáně, tzv. frustní obezita (Fried, 2005).

Lze také vytknout absenci práce s podkategoriemi obezity I.- III. stupně, která může mít dle autorů Carr & Friedman (2005) také vliv na interpretované závěry (viz Diskuze).

Forma tohoto výzkumného šetření nám také nedovoluje určit kauzální vliv. Nemůžeme tedy například určit zda vyšší úroveň subjektivního zdraví je příčinnou či důsledkem normální hmotnosti dle indexu BMI.

8 ZÁVĚRY

Cílem této bakalářské práce bylo především získání přehledu poznatků o subjektivním hodnocení zdraví a body image ve vztahu ke kategoriím BMI u dospělých jedinců na základě teoretické analýzy, vlastního dotazníkového šetření a odborných studií podobného charakteru.

Sběr dat k výzkumné části proběhl v červnu 2015 v rámci veletrhu aktivního a zdravého životního stylu Moravia Sport Expo v prostorách olomouckého výstaviště Flora. Našeho výzkumu se zúčastnilo celkem 153 dospělých jedinců. Během šetření byla změřena tělesná výška a zjištěna tělesná hmotnost. Následně byla na základě těchto hodnot u každého jedince vypočítána hodnota indexu BMI a přiřazena příslušná kategorie dle *WHO*: normální hmotnost, nadváha nebo obezita. Každý respondent posoudil aktuální míru spokojenosti se svým tělesným sebepojetím (body image). K hodnocení oblasti zdraví a jeho subjektivně vnímané spokojenosti s ním jsme využili otázky ze standardizovaného *Dotazníku životní spokojenosti (DŽS)*.

Základním zjištěním našeho dotazníkového šetření je, že jednoznačně nejvyšších hodnot – největší spokojenosti dosáhl v rámci výsledků, u všech sledovaných proměnných, vzorek osob s normální hmotností. Sledovanými proměnnými byli: body image, celkové zdraví (tedy součet průměrů všech subpoložek *Zdraví* z *DŽS*) a jeho konkrétní subpoložky (*tělesné zdraví, duševní kondice, fyzická kondice, duševní výkonnost, obranyschopnost, četnost bolesti, četnost nemocí*). Naopak nejnižší hodnoty sledujeme u souboru jedinců s obezitou. Nejvyšší hodnoty kategorie *Normal* se vyskytly u položek duševní kondice *obranyschopnost* a *četnost nemocí*. Kategorie *Normal* je celkově nejméně spokojena se svou *fyzickou kondicí, tělesným zdravím a četností bolesti*. Probandi spadající do kategorie nadváhy vykazují největší spokojenost u položky *tělesného zdraví*, nejnižší naopak u *fyzické kondice*. Obézní jedinci vyhodnotili nejlépe oblast *duševní kondice* a *četnosti nemocí*. Největší rozdíl mezi odpověďmi probandů s normální hmotností a s obezitou sledujeme u položek *tělesné a zdraví* a *fyzická kondice*. Položce *fyzická kondice* bylo přiřazeno nejméně bodů napříč všemi

kategoriemi BMI. Můžeme tedy konstatovat, že právě s fyzickou kondicí jsou naši probandi nejméně spokojeni.

Naše zjištění dokládají i početné zahraniční a české studie, které kromě body image řeší vliv pohybové aktivity v souvislosti s mentálním zdravím a jeho komponenty. Můžeme tedy nepochybně dojít k závěru, že pohybová aktivita jako hlavní determinant body image, zdraví a hodnoty BMI, má prokazatelné souvislosti s psychickými konstrukty člověka.

Hypotéza se potvrdila a na všechny výzkumné otázky jsme dokázali odpovědět ve výsledkové části práce. Závěrečná část diskuze se věnuje možnostem uplatnění těchto znalostí v praxi. Hlavní i dílčí cíl práce se podařilo splnit.

9 SOUHRN

Zdraví bylo vždy považováno za jednu z nejcennějších hodnot společnosti napříč kulturami. Ve vyspělé společnosti došlo za poslední století k rapidním změnám v životním stylu člověka. Tyto změny jsou nepochybnou příčinou chronických neinfekčních onemocnění, včetně obezity, které mají za následek mortalitu. Je třeba si uvědomit, že zdraví je bio-psycho-sociálně-spirituální konstrukt s mnoha determinanty. Pohybová aktivita jako jedna z hlavních determinantů zdraví, hodnoty BMI a body image, má prokazatelné souvislosti s psychickými konstrukty člověka.

Subjektivní vnímání vlastního těla, fyzického i mentálního zdraví patří mezi komponenty, pomocí nichž si utváříme sebepojetí reflektující s okolním světem.

Tato bakalářská práce se věnuje především fenoménům zdraví, sebepojetí, body image a body mass index.

Teoretická analýza poskytuje přehled poznatků k těmto tématům a přidává informace o jiných metodách měření tělesných proporcí. V následující kapitole stanovujeme cíle, výzkumné otázky a hypotézu našeho výzkumného šetření. Dále popisujeme metodiku samotného výzkumu subjektivního hodnocení zdraví a body image ve vztahu ke kategoriím BMI u dospělých jedinců. Výsledková kapitola obsahuje popis zkoumaného souboru a pomocí grafického zobrazení, komentářů nás seznamuje s konkrétními výsledky šetření. Stěžejní částí práce je diskuze, která uvádí hlavní zjištění našeho výzkumu v komparaci s dalšími studii většího charakteru. Tato kapitola nabízí potvrzené informace v širším kontextu pohybové aktivity a jejího vlivu na psychiku, její komponenty a mentální zdraví, věnuje se možnostem uplatnění těchto znalostí v praxi. Oddíl *Závěry* rekapituluje zjištěná fakta v kontextu zdraví i BI, připomíná potvrzení hypotézy a naplnění cílů práce.

10 SUMMARY

Health has always been one of the greatest values in societies across all cultures. There have been rapid human lifestyle changes in the developed society in the last century. There is no doubt that these changes can cause chronic, non-communicable diseases, including obesity, which subsequently become the leading cause of mortality. We must be aware of the fact that health is biologically, psychologically and socioculturally constructed and have many determinants. We can prove that one of the main health determinants – physical activity, as well as body mass index and body image are related to human psychological constructs.

How we view our own body, along with the physical and mental health help us to construct our self-concept that we reflect through interaction with the environment and others.

This Bachelor's thesis mostly deals with the phenomena of health, self-concept, body image and body mass index.

The theoretical framework gives an overview of these topics and elaborates other methods of body measurements. In the following chapter, we set the goals, the research questions and the hypothesis of our research. Furthermore, we describe the research methodology of adult's subjective valuation of their health and body image towards BMI categories. The summary of findings includes the description of the researched data and acquaints us with the concrete research findings through commented graphics/tables. The analysis and discussion chapter is the principle part of this thesis; it presents the main findings of the research and compares them with other large-scale studies. This chapter offers verified data in a broader context of physical activity and its influence on the psychological state of mind and its components as well as on the mental health, it also suggest the practical application of these findings. The conclusion chapter summarizes the data found in the research in the context of health and body image and it presents the hypothesis confirmation and achieving thesis' goals.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BI	body image
BMI	body mass index
Comp.	srovnání
DŽS	Dotazník životní spokojenosti
IBW	ideal body weight
M	aritmetický průměr
n	počet
p	statistická významnost
Range	rozpětí
SD	směrodatná odchylka
WHO	World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)
WHR	waist-hip ratio
ZDR	zdraví

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Kontinuum nemoci a zdraví podle Rayena a Trevice (Sarafino, 1990 in Slováčková, 2008, 94).....	10
Obrázek 2 - Hlavní determinanty zdraví (Dahlgren, Whitehead, 2007 in Barták, 2007, 15).....	14

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Kategorizace BMI (WHO 2011 in Pastucha, 2014, 93).	24
Tabulka 2 - Abdominální typ obezity s metabolickými komplikacemi hodnocený podle obvodu pasu.....	27
Tabulka 3 - Základní kategorizace BMI (WHO, 2007).....	33
Tabulka 4 - Hodnocení body image	35
Tabulka 5 - Hodnocení celkového zdraví	36
Tabulka 6 – Hodnocení jednotlivých subsložek celkového zdraví.....	37
Tabulka 7 - Hodnocení tělesného zdraví.....	38
Tabulka 8 - Hodnocení duševní kondice	39
Tabulka 9 - Hodnocení fyzické kondice.....	39
Tabulka 10 - Hodnocení duševní výkonnosti	40
Tabulka 11 - Hodnocení obranyschopnosti.....	41
Tabulka 12 - Hodnocení četnosti bolesti	42
Tabulka 13 - Hodnocení četnosti nemocí.....	43

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Rozložení dle hodnot BMI	34
Graf 2 - Subjektivní hodnocení body image	35
Graf 3 - Hodnocení celkového zdraví.....	36
Graf 4 - Hodnocení tělesného zdraví	38
Graf 5 - Hodnocení duševní kondice.....	39
Graf 6 - Hodnocení fyzické kondice	40
Graf 7 - Hodnocení duševní výkonnosti	41
Graf 8 - Hodnocení obranyschopnosti.....	41
Graf 9 - Hodnocení četnosti bolesti.....	42
Graf 10 - Hodnocení četnosti nemocí.....	43
Graf 11 - Srovnání výsledků celkového zdraví s normativem	44
Graf 12 - Všechny subpoložky Zdraví	45
Graf 13 - Spojnicový graf subpoložek Zdraví	46
Graf 14 - Komparace BI a Zdraví	46

REFERENČNÍ SEZNAM

Barták, M. (2010). *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.

Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological science in the public interest*, 4(1), 1-44.

Beran, J. (2010). *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada Publishing as.

Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing as.

Blatný, M., Dosedlová, J., Kebza, V., & Šolcová, I. (2005). *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Vydavatelství MSD.

Blatný, M., Osecká, L., & Hrdlička, M. (1999). Vztah diskrepance mezi reálným a ideálním Já k sebehodnocení u introvertů a extrovertů. Sociální procesy a osobnost. *Sborník příspěvků*, 7-11.

Bong, M., & Skaalvik, E. M. (2003). Academic self-concept and self-efficacy: How different are they really? *Educational psychology review*, 15(1), 1-40.

Boyd, K. R., & Hrycaiko, D. W. (1996). The effect of a physical activity intervention package on the self-esteem of pre-adolescent and adolescent females. *Adolescence*, 32(127), 693-708.

Branca, F., Nikogosian, H., & Lobstein, T. (2007). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary*. World Health Organization.

Bucchianeri, 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, 10*(1), 1-7.

Cash, T. F., & Fleming, E. C. (2002). The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. *International Journal of Eating Disorders, 31*(4), 455-460.

Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing as.

Cotman, C. W., & Berchtold, N. C. (2002). Exercise: a behavioral intervention to enhance brain health and plasticity. *Trends in neurosciences, 25*(6), 295-301.

De Moor, M. H. M., Beem, A. L., Stubbe, J. H., Boomsma, D. I., & De Geus, E. J. C. (2006). Regular exercise, anxiety, depression and personality: a population-based study. *Preventive medicine, 42*(4), 273-279.

Dittmar, H. (2009). How do “body perfect” ideals in the media have a negative impact on body image and behaviors? Factors and processes related to self and identity. *Journal of Social and Clinical Psychology, 28*(1), 1-8.

Dušek, L., Mužík, J., Gelnarová, E., Fínek, J., Vyzula, R., & Abrahámová, J. (2010). Cancer incidence and mortality in the Czech Republic. *Klin onkol, 23*(5), 311-324.

Erickson, K., Voss, M., Prakash, R., Basak, C., Szabo, A., Chaddock, L., Kim, J., Heo, S., Alves, H., White, S., Wojcicki, T., Mailey, E., Vieira, V., Martin, S., Pence, B., Woods, J., McAuley, E., & Kramer, A. (2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 108*(7), 3017-3022.

Fahrenberg, J., Myrtek, M., Wilk, D., & Kreutel, K. (1986). Multimodale Erfassung der Lebenszufriedenheit: Eine Untersuchung an Herz-Kreislauf-

Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 36(11), 347-354.

Ference, R., & Muth, K. (2004). Helping middle school females form a sense of self through team sports and exercise. *Women in Sport & Physical Activity Journal*, 13(1), 28.

Fialová, L. (2006). *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada Publishing.

Fischer, S. (2009). *Sociální patologie*. Praha: Grada Publishing as.

Fried, M. (2005). *Moderní chirurgické metody léčby obezity: s doprovodným CD ROMem*. Praha: Grada Publishing as.

Goodwin, R. D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive medicine*, 36(6), 698-703.

Hainer, V. (2011). *Základy klinické obezitologie: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing as.

Hehlmann, A. (2010). *Hlavní symptomy v medicíně: praktická příručka pro lékaře a studenty*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing as.

Honzák, R. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada Publishing as.

Hronek, M. a kolektiv. (2013). *Praktická cvičení z morfologie a fyziologie: (pro posluchače farmaceutické fakulty)*. Praha: Karlova Univerzita v Praze.

Janů, V. (2014). *Albert Bandura a Self-efficacy, seminární práce – PSA_017*. Psychologický ústav FF, Brno: Masarykova univerzita.

Janů, V. (2015). *Vynořující se mladá dospělost a spokojenost s vlastním tělem, rešerše č.1 – PSA_019*. Psychologický ústav FF, Brno: Masarykova univerzita.

Janů, V. (2015). *Vztah self-efficacy, výkonové motivace a pohybové aktivity u*

studentů vysokých škol, návrh výzkumu – PSA_020. Psychologický ústav FF, Brno: Masarykova univerzita.

Joudy, R. S. (2007). The Moderating Effect of Self-discrepancy on Self-focused Attention and Mood: An Experience Sampling Study. *ProQuest*.

Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.

Kim, H. (2008). The impact of body image self-discrepancy on body dissatisfaction, fashion involvement, concerns with fit and size of garments, and loyalty intentions in online apparel shopping. *ProQuest*.

Krejčí, M. (Ed.). (2008). *Factors of self-control and self-esteem in overweight reduction*. University of South Bohemia.

Křivohlavý, J., & Schreiber, V. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

Kučera, D. (2013). *Moderní psychologie: Hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada Publishing as.

Machová, J., & Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing as.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669.

McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: A review of past literature. *Journal of psychosomatic research*, 56(6), 675-685.

McKeown, T. (1978). Determinants of health. *Life*, 60(40), 3.

- Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F., & Gerberding, J. L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *Jama*, 291(10), 1238-1245.
- Müllerová, D. (2014). *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum.
- Paluska, S. A., & Schwenk, T. L. (2000). Physical activity and mental health. *Sports medicine*, 29(3), 167-180.
- Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing as.
- Pastucha, D. a kolektiv. (2014). *Tělovýchovné lékařství, vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing as.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing as.
- Procházka, R. et al. (2014). *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada Publishing as.
- Průcha, J., & Švaříček, R. (2009). Etický kodex české pedagogické vědy a výzkumu. *Pedagogická orientace*, 19(2), 89-105.
- Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing as.
- Rašticová, M. (2009). Projevy nespokojenosti s tělem a souvislost s depresí v adolescenci. *E-psychologie: Elektronický časopis ČMPS* 3(1).
- Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing as.
- Rodný, T., & Rodná, K. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.
- Říčan, P. (2007). *Psychologie osobnosti: Obor v pohybu*. 5. rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing as.

- Sedláková, R. (2015). *Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky*. Grada Publishing, as.
- Sigmund, M., Kvintová, J., Pugnerová, M., & Hřebíčková, H. (2014). Comparison of Live Satisfaction and ITS Components in Current Teachers and Selected Profession groups. *An independent scientific journal for interdisciplinary research in pedagogy*, 104.
- Sigmundová, D., Sigmund, E., Hamrik, Z., & Kalman, M. (2013). Trends of overweight and obesity, physical activity and sedentary behaviour in Czech schoolchildren: HBSC study. *The European Journal of Public Health*.
- Simmons, S., & Childers, K. (2013). Effects of Intercollegiate Athletics and Intramural Participation on Self-Esteem and Physical Self-Description: A Pilot Study. *Recreational Sports Journal*, 37(2).
- Slováčková, Z. (2008). *Zdraví – historie a současnost*. Brno: Sborník prací Filozofické fakulty Brněnské Univerzity.
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of neural transmission*, 116(6), 777-784.
- Slutzky, C. B., & Simpkins, S. D. (2009). The link between children's sport participation and self-esteem: Exploring the mediating role of sport self-concept. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(3), 381-389.
- Svačina, Š. (2008). *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Grada Publishing as.
- Swann Jr, W. B., Chang-Schneider, C., & Larsen McClarty, K. (2007). Do people's self-views matter? *Self-concept and self-esteem in everyday life*. *American Psychologist*, 62(2), 84.
- Šmídová, J., Hátlová, B., & Stochl, J. (2008). Global self esteem in sample of czech seniors and adolescents. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Gymnica*, 38(4).

Tiggemann, M. (2001). *Children's Body Image: It Starts Sooner Than You Think!* Children's Health Development Foundation.

United States. Public Health Service. Office of the Surgeon General, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention, Health Promotion (US), President's Council on Physical Fitness, & Sports (US). (1996). Physical activity and health: a report of the Surgeon General. *Jones & Bartlett Learning*.

Vašina, B. (1999). *Psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta.

Výrost, J. (Ed.). (2008). *Sociální psychologie-2.*, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing as.

World Health Organization. (2010). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*.

World Health Organization (2015). *The European health report 2015: Targets and beyond—reaching new frontiers in evidence*. World Health Organization.

Zacharová, E., Hermanová, M., & Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing as.