

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

# POSTOJE ČESKÝCH ADOLESCENTŮ VŮČI OBEZITĚ

ANTIFAT ATTITUDES AMONG CZECH ADOLESCENTS



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Markéta Kostková**

Vedoucí práce: **Mgr. Helena Pipová**

Olomouc

2020

## Poděkování

V první řadě bych velice ráda poděkovala své vedoucí Mgr. Heleně Pipové ze její cenné komentáře, ochotu, podporu a skvělý přístup při vedení této práce. Děkuji všem statistikům za poskytnutí rad při zpracování a analýze dat. Velké díky bych chtěla říct své rodině, která se o mě vzorně starala a psychicky podporovala nejen ve chvílích nejistoty a stresu, a díky níž vůbec mohu studovat tento obor. Nesmím opomenout svého přítele a jeho péči o mě, mou spolubydlící, která zde pro mě byla, kdykoli jsem potřebovala, a další kamarády, kteří mě v psaní povzbuzovali. Velkou oporou se pro mě staly spolužačky, jejichž povzbudivá slova mě motivovala v práci. V neposlední řadě děkuji všem ředitelům, kteří se rozhodli pro spolupráci na výzkumném projektu, a respondentům za věnování jejich času a poskytnutí tolik cenných dat, která tvoří základní kámen výzkumné části.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Postoje českých adolescentů vůči obezitě“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 7. dubna 2020

Podpis .....

# OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	<b>ÚVOD.....</b>	<b>5</b>
	<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>Obezita .....</b>	<b>8</b>
	1.1 Definice a klasifikace obezity .....	8
	1.2 Epidemiologie.....	10
	1.3 Etiologie obezity.....	13
	1.4 Prevence .....	18
	1.5 Důsledky obezity .....	20
<b>2</b>	<b>Adolescence .....</b>	<b>23</b>
	2.1 Periodizace .....	23
	2.2 Tělesné změny v dospívání .....	23
	2.3 Vnímání svého těla a ideálu krásy.....	24
	2.4 Psychologická stránka adolescence.....	25
	2.5 Sociální stránka adolescence .....	27
<b>3</b>	<b>Postoje vůči obezitě .....</b>	<b>28</b>
	3.1 Metody měření postojů vůči obezitě .....	29
	3.2 Stigmatizace a diskriminace osob s nadváhou a obezitou.....	31
	3.3 Oblasti stigmatizace osob s nadváhou a obezitou .....	32
	3.4 Rozdíly ve vnímání osob s nadváhou a obezitou .....	38
	3.5 Vnímání obezity adolescenty .....	41
	3.6 Nástroje zlepšení negativních postojů k obezitě .....	42
	3.7 Legislativní ustanovení zákazu diskriminace na základě váhy .....	44
	3.8 Související pojmy .....	44
	<b>VÝZKUMNÁ ČÁST.....</b>	<b>47</b>
<b>4</b>	<b>Výzkumný problém.....</b>	<b>48</b>
<b>5</b>	<b>Typ výzkumu a použité metody .....</b>	<b>50</b>
	5.1 Design výzkumu .....	50
	5.2 Aplikovaná metodika.....	50
	5.3 Převod metod.....	52
	5.4 Formulace hypotéz ke statistickému testování .....	53
<b>6</b>	<b>Technické provedení a sběr dat .....</b>	<b>54</b>
	6.1 Technický plán výzkumu .....	54
	6.2 Sběr dat.....	54
<b>7</b>	<b>Výzkumný soubor a etika.....</b>	<b>55</b>
	7.1 Výzkumný soubor .....	55

7.2	Etika výzkumu.....	57
<b>8</b>	<b>Práce s daty a její výsledky .....</b>	<b>59</b>
8.1	Metody zpracování a analýzy dat.....	59
8.2	Psychometrické parametry testových metod.....	60
8.3	Zmapování postojů vůči obezitě.....	65
8.4	Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz .....	69
<b>9</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>79</b>
<b>10</b>	<b>Závěry.....</b>	<b>88</b>
	<b>SOUHRN .....</b>	<b>90</b>
	<b>SEZNAM ZDROJŮ A LITERATURY .....</b>	<b>93</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ A TABULEK.....</b>	<b>104</b>
	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>107</b>

# ÚVOD

Počet obézních osob a jedinců s nadváhou ve světě neustále narůstá. Jedná se o problém aktuální také pro Českou republiku. Mnozí lidé mají tendenci tyto osoby soudit, při pohledu na ně jim naskakují negativní předsudky a stereotypy, jsou schopní je diskriminovat v různých oblastech života. Obézní jedinci musí čelit posměškům a nemístným komentářům narážejících na jejich váhu.

Ve volbě tématu postojů vůči obezitě mě inspirovala především moje vedoucí bakalářské práce Mgr. Pipová, která se zabývá tématem vztah k jídlu. Dalším důvodem byla má osobní zkušenost s předsudky a stereotypy vůči obézním osobám ze strany mého okolí.

Ve světě existují výzkumy zabývající se touto problematikou u dospělé populace či studentů vysokých škol. Postoje vůči obezitě z pohledu adolescentů jsou poměrně opomíjeným tématem, v České republice dosud neexistuje žádná studie, která by mapovala zmíněné postoje u adolescentů ani jiné věkové skupiny.

Adolescence je období, v němž se rozvíjí sebereflexe, která v této problematice hraje důležitou roli. Dospívající se mohou zamyslet nad svými činy, mohou přemýšlet nad kořeny svých názorů. Jedná se o životní etapu, v níž se klade důraz právě na vzhled a tvar těla, tudíž lze předpokládat, že adolescenti mají jistou představu o ideálním těle, kterou mimo jiné ovlivňuje kultura. Náš zájem míří na jejich vnímání členů společnosti, kteří současné ideály krásy, jimiž je štíhlá postava, nesplňují.

Tato práce spadá pod výzkumný projekt „Stravování, vztah k jídlu a s tím spojené psychologické proměnné u populace dospívající mládeže“. Pro tuto práci jsme zvolili nezávislé proměnné pohlaví, kategorie BMI a typ navštěvované střední školy, u kterých mohou být nalezeny rozdíly v názorech a postojích vůči obezitě.

Teoretická část je členěna do třech kapitol pojednávajících o obezitě, adolescenci a postojích vůči obezitě. Téma obezity zpracováváme v takovém duchu, aby bylo poukázáno na jeho vážnost a komplexnost za účelem lepšího pochopení tohoto onemocnění a propojení s následnými názory, které si člověk vůči otlým lidem vytváří. Informace v poslední kapitole pochází ze zahraničních výzkumů zaměřujících se na předsudky, stereotypy, diskriminaci a stigmatizaci osob trpících obezitou a nadváhou. Výzkumná část má za cíl zmapovat situaci postojů vůči obezitě u adolescentů v České republice včetně jejich odlišností mezi různými proměnnými. Popisujeme v ní výzkumný problém, použité metody,

jež jsme z důvodu absence jejich českých verzí převáděli. Informuje o výzkumném souboru, postupu, který byl využit při sběru dat, a metodách práce a analýzy dat. V závěru je prezentovaná interpretace výsledků a diskuze nad nimi.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 OBEZITA

Častější výskyt obezity jde ruku v ruce se stále se zvyšující životní úrovní, přičemž trápí děti i dospělé téměř po celém světě. Dříve lidé považovali obezitu pouze za kosmetickou nedokonalost, avšak od té doby nastal velký posun. Nyní je vnímána jako nemoc, jež se objevuje v tak velké míře, že nahrazuje kdysi nejrozšířenější hrozby – podvýživu a infekční onemocnění (Kopelman, 2000). V roce 1997 Světová zdravotnická organizace prohlásila obezitu za celosvětový problém (WHO, 2000). Již na začátku tisíciletí byla označována jako epidemie 21. století (Islam, 2005).

Obezita spadá do kategorie tzv. non-communicable diseases – neinfekčních nemocí vznikajících kombinací genetiky, fyziologie, prostředí a chování. Může přispívat k několika dalším chorobám, které se taktéž zařazují mezi neinfekční onemocnění. Jde například o kardiovaskulární onemocnění, rakovinu, potíže s dýcháním či cukrovku (WHO, 2018b).

## 1.1 Definice a klasifikace obezity

Původ podstatného jména obezita lze najít v latinském „*obesitas*“. Přídavné jméno „*obesus*“ se pak do českého jazyka překládá jako otlý či vypasený (Rejzek, 2012). Definice lze nalézt v různé literatuře hned několik.

Podle Světové zdravotnické organizace (2018a, odst. 1) je za obezitu považováno „*nezvyklé či nadměrné hromadění tuku, které může poškodit zdraví*“. Aldhoon Hainerová (2009, 15) předkládá následující definici: „*Obezita je multifaktoriálně podmíněná metabolická porucha charakterizována množstvím tělesného tuku. Je důsledkem interakce genetických dispozic s faktory zevního prostředí.*“ V literatuře lze narazit i na poněkud neobvyklé vymezení této nemoci. Málková a Málková (2014, 12) podávají psychologickou, na rozdíl od medicínského pojetí komplexnější definici obezity, ve které se uvádí, že „*obezita je porucha v myšlení a emocích*“. Ke klasickému pojetí tedy navíc přidávají postoj osob trpících obezitou k jejich tělu, který je v porovnání s lidmi s normální vahou rozdílný. Jedinci, kteří nejsou díky své tělesné váze spokojeni se svým vzhledem, fixují pozornost především na svou hmotnost, přičemž zapomínají na jednu podstatnou věc – žít (Málková & Málková, 2014). Český obezitolog Rajko Doleček v definici, kterou propagoval, tvrdí, že si ke vzniku obezity člověk dopomohl sám: „*je to nevhodná adaptace na prostředí*



s dostatkem potravy“ (Doleček, Středa & Cajthamlová, 2013). Z těchto definic vyplývá, že faktorů, které podmiňují vznik obezity, je celá řada. Zaměřování pozornosti pouze na jeden z nich by bylo chybou.

Nahromaděný tuk může být v těle rozložen různými způsoby, na základě kterých rozlišujeme dva typy obezity. Jestliže se tuk ukládá na stehnech a hýždích, mluvíme o hruškovitém (gynoidním) typu, jenž je typický pro ženy, většinou dědičný a ze zdravotního hlediska závažnější. Druhý z nich, označován jako jablkovitý (androidní) typ, je charakteristický shromažďováním tuku v oblasti hrudníku a břicha (Málková & Málková, 2014).

Nejčastěji se nadváha a obezita stanovuje na základě indexu tělesné hmotnosti – tzv. BMI (Body Mass Index), který pracuje se dvěma tělesnými parametry – váhou a výškou. Pro výpočet se používá vzorec:  $BMI = \text{hmotnost v kg} / (\text{výška v m})^2$  (WHO, 2000). Z tabulky 1 lze zjistit, jaké kategorii odpovídá vypočtená hodnota BMI (platí pro dospělé jedince nad 20 let).

**Tabulka 1: Klasifikace hmotnosti na základě hodnoty BMI**

Klasifikace	BMI	Zdravotní rizika
Podvýživa	<18,50	Nízká (jiné klinické problémy)
Normální váha	18,50 – 24,99	Průměrná
Nadváha	25,00 – 29,99	Zvýšená
Obezita 1. stupně	30,00 – 34,99	Mírná
Obezita 2. stupně	35,00 – 39,99	Vysoká
Obezita 3. stupně	≥40,00	Velmi vysoká

Zdroj: (WHO, 2000)

Kategorie obezita 3. stupně bývá někdy v literatuře, ale i mimo ni, nahrazena pojmem morbidní obezita (Doleček et al., 2013).

Hodnota BMI však může být mírně zavádějící, protože se musí brát v potaz pohlaví (je dáno, že ženy mají větší podíl tukové hmoty – do 30 %, muži do 20 %) a věk (s věkem roste i podíl tuku v organismu). Vypočtené BMI u kulturistů, bodyfitness mužů a žen či vzpěračů nepřičítá vyšší výsledek nárůstu svalové hmoty, nýbrž vyššímu podílu tělesného tuku. Nesmí se také opomíjet rozdíly v poměru tuků u různých etnik (Málková & Málková, 2014). Některé země a regiony si přizpůsobily hodnoty BMI. Například pro určité země v Asii je tato mezní hodnota 23 namísto 25 (Caballero, 2007).

Měření BMI není jedinou možností diagnostiky obezity. Existují různé alternativy. Jako příklad lze uvést měření obvodu pasu, tedy místa uprostřed mezi posledním žebrem a horním krajem pánve (Málková & Málková, 2014). U mužů je při více jak 94 centimetrech, včetně této hodnoty, zvýšené riziko metabolických komplikací. Při obvodu pasu větším než 102 centimetrů se riziko zvyšuje výrazně. U žen jsou tyto hodnoty stanovené na 80 centimetrů, včetně, které značí zvýšené riziko metabolických komplikací, nad 88 centimetrů toto riziko podstatně narůstá (WHO, 2000). Další možnou metodou je bioelektrická impedance, pomocí níž lze určit tělesné složení a obsah tuku. Obezitu lze stanovit také na základě měření kožních řas nástrojem zvaným kaliper. Tímto způsobem se zjišťuje podíl tuku (Souček, 2011). Také by měla být provedena důsledná rodinná anamnéza, která zmapuje rodinnou situaci a výskyt obezity v ní (Aldhoon Hainerová, 2009).

## 1.2 Epidemiologie

Dovolíme si zde citovat komentář jednoho z našich respondentů: „*Přehnaně zveličovaná otázka obezity => takový společenský problém to teď prostě už NENÍ*“. Jedná se sice jen o jeden názor z mnoha, ale minimálně stojí za pozastavení a popřemýšlení, jak velké je povědomí o hrozbě s názvem obezita mezi různými věkovými skupinami. Vědí lidé, že se výskyt obezity neustále zvyšuje? Znájí všechna rizika, která s sebou toto onemocnění přináší?

Tělesná váha a výška se postupně zvyšovala zejména během 19. století (Caballero, 2007). Prevalence obezity se od roku 1975 ztrojnásobila (World Population Review, 2020). Američané se se svým životním stylem a stravovacími návyky dostali na vedoucí místa v žebříčku nejobéznějších zemí světa. Bohužel se jejich způsob stravování rozšířil i na ostatní kontinenty (Abelson & Kennedy, 2004). V rozmezí let 1981–1990, 1990–1999, 1999–2008 a 1981–2008 byly sledovány změny v průměrném BMI mužů a žen ve světě. U žen byl nalezen značný rozdíl v každém zkoumaném období, u mužů především v letech 1981–1990 (Bhurosy & Jeewon, 2014).

V roce 2016 byla nadváha či obezita diagnostikována u více než 1,9 miliard dospělých osob (WHO, 2018a). U dětí a adolescentů od 2 do 19 let se číslo obézních jedinců pohybuje kolem 13,7 miliónů (Centers for Diseases Control and Prevention, 2019). The European Association for the Study of Obesity (EASO, Evropská asociace pro studium obezity) uvádí, že v Evropě trpí nadváhou 20 % dětí školního věku, přičemž každé páté dítě je obézní a existuje velká pravděpodobnost, že se u něj rozvinou některé z neinfekčních

nemocí (EASO, nedat.-a). Kromě rizika výskytu různých onemocnění může u lidí trpících obezitou dojít i k předčasnému úmrtí (Aldhoon Hainerová, 2009). Obezita u dětí mnohdy přetrvává až do pozdějšího věku – potýkají se s ní i jako dospělí jedinci, zvláště, když se vyskytla v pozdějším dětství nebo v době dospívání a jednalo se o těžkou obezitu (WHO, 2000). Ze studie Guo a Chumlea (1999) provedené s 555 bělošskými dětmi vyplývá, že lze z BMI v nižším věku predikovat možnou nadváhu ve věku 35 let, přičemž největší přesnosti tento předpoklad nabývá ve věku 18 let (jestliže BMI převyšuje 60. percentil, je pravděpodobnost nadváhy v pozdějším věku 34 % pro muže a 37 % pro ženy).

Český statistický úřad (2018) zveřejnil výsledky zjišťování životních podmínek v domácnostech, které uvádějí, že v Česku trpělo mírnou nadváhou 47 % mužů a 33 % žen, obezitou pak 20 % mužů a 18 % žen. Průměrná hodnota BMI u české populace v roce 2017 přesáhla horní hranici normální váhy a dovršila hodnoty 25,2 (Český statistický úřad, 2018). V roce 2019 tato čísla vystoupala (World Population Review, 2020). Údaje z tohoto roku jsou popsány v tabulce 3. Prevalence obezity se stále zvyšuje i u adolescentů (Sigmund et al., 2020). V České republice ohrožuje obezita 6 % a nadváha 15 % dospívajících ve věku 11–15 let. Nárůst obézních případů je častější u chlapců, nadváha ve větší míře postihuje dívky (Zdravá generace, 2018). Data pochází z výzkumu Zdravé generace, který spadá pod HBSC studii (The Health Behavior in School-aged Children) zahrnující kromě České republiky dalších 47 států. Zaměřuje se na životní styl a chování včetně výskytu obezity u dětí a dospívajících (HBSC, nedat.).

Pro porovnání je v tabulkách 2 a 3 uveden přehled 10 zemí, které jsou nejvíce postihnuté obezitou ve světě a v Evropě (World Population Review, 2020).

**Tabulka 2: Přehled 10 celosvětově nejvíce postihnutých zemí obezitou dle populace**

Země	Míra obezity	BMI	Populace (2019)
Americká Samoa	74,60 %	34,9	55 312
Tokelau	74,40 %		1 340
Nauru	61,00 %	32,5	10 756
Cookovy ostrovy	55,90 %	33	17 548
Palau	55,30 %	29,4	18 008
Marshallovy ostrovy	52,90 %	29,2	58 791
Tuvalu	51,60 %	29,3	11 646
Niue	50,00 %		1 615
Tonga	48,20 %	31,9	104 494
Samoa	47,30 %	31,7	197 097

**Tabulka 3: Přehled 10 evropských zemí bojujících s obezitou dle populace**

Země	Míra obezity	BMI	Populace (2019)
Turecko	32,10 %	27,8	83 429 615
Malta	28,90 %	27,2	440 372
Spojené království	27,80 %	27,3	67 530 172
Maďarsko	26,40 %	26,3	9 684 679
Litva	26,30 %	26,6	2 759 627
Česká republika	26,00 %	26,9	10 689 209
Andorra	25,60 %	27,5	77 142
Irsko	25,30 %	27,5	4 882 495
Bulharsko	25,00 %	26	7 000 119
Řecko	24,90 %	27,3	10 473 455

Mezi nejméně obézní země patří Etiopie, Bangladéš, Nepál, Eritrea a Madagaskar (World Population Review, 2020).

## 1.3 Etiologie obezity

Definice, které jsme pro ilustraci výše zmínili, naznačovaly, že je obezita způsobená či ovlivněná mnoha faktory. Za příčiny nadváhy byly ve středověku považovány poruchy trávení, poruchy endokrinních žláz, nervové vyčerpání, počestnost nebo naopak nectnost, ale také nedostatek pohybu či nadměrný přísun potravy (Fialová, 2001). V následující kapitole poskytneme výčet možných příčin tohoto onemocnění aktuální pro dnešní dobu.

### 1.3.1 Obezitogenní prostředí

Tímto pojmem se označuje prostředí, které svým charakterem podporuje rozvoj obezity. Opačný efekt má tzv. leptogenní prostředí, které brání vzniku tohoto onemocnění (Souček, 2011). Aby nedocházelo k akumulování tuku, je nutná rovnováha mezi příjmem a výdejem energie. Platí jednoduchý vzorec:

Změny v zásobách energie = energetický příjem – energetický výdej

Z tohoto vztahu logicky vyplývá, že pokud příjem převyšuje výdej energie (hovoříme o pozitivní energetické bilanci), dochází ke zvýšení energie v těle a narůstání tělesné váhy. V opačném případě, tedy pokud je příjem menší než výdej energie (záporná energetická bilance), zásoby energie těla i hmotnost klesají (WHO, 2000). Výdej energie se snižuje mimo jiné v souvislosti s poklesem fyzické aktivity. V minulosti měli lidé více pohybu už jen proto, že pracovali na polích, starali se o svá hospodářství. Dnes je v tomto směru mnohem jednodušší doba, která ovšem lidi o tolik nutný pohyb okrádá. Pohodlně cestují autem, téměř vše si vyřídí přes počítač, častěji pracují v sedavých zaměstnáních s minimálním pohybem (Owen, 2012).

Americké ministerstvo zdravotnictví a lidských služeb doporučuje dospělým jedincům vykonávat minimálně 2 a půl hodiny pohybu mírné intenzity za týden nebo minimálně 1 hodinu a čtvrt intenzivní aerobní aktivity za týden (U.S. Department of Health & Human Services, 2019). Průměrný český muž týdně sportuje či vykonává fyzickou aktivitu 3,6 hodiny, ženy se takovými aktivitám věnují průměrně 3,2 hodiny. Lze pozorovat pokles s narůstajícím věkem (Český statistický úřad, 2018).

Pro lidi jsou často atraktivní nízké ceny potravin. U mnoha z nich však lze tvrdit, že „nízká cena odpovídá kvalitě“. Takovéto potraviny sice stojí málo peněz, ale obsahují spoustu kalorií, jednoduchých sacharidů a tuků (Aldhoon Hainerová, 2009). Právě tuk je nejvýznamnějším nutričním faktorem, který se podílí na přírůstku váhy a následném

možném vzniku obezity. Tučné pokrmy se staly mezi lidmi oblíbené, vyznačují se však nízkou sytívatostí, což znamená, že k pocitu nasycení jich potřebuje lidský organismus přijmout větší množství na rozdíl například od bílkovin (Kunešová, 2016). Ke zlepšení stravování rozhodně nepřispívají ani fastfoodové řetězce. Důvodem návštěv těchto nezdravých restaurací může být dnešní uhoněná doba či lenost (Aldhoon Hainerová, 2009).

V roce 2004 byl americkým nezávislým filmařem Morganem Spurlockem natočen dokumentární film s názvem *Super Size Me – McDonalds experiment*, který měl za cíl rozšířit povědomí o obezitě u obyvatel Spojených států amerických. Sám autor se zavázal k měsíční konzumaci jídla z McDonaldu. Následky stravování těmito pokrmy překvapily i lékaře, ke kterým Spurlock docházel během experimentu a u nichž absolvoval vyšetření před jeho započatím. Z jeho původní váhy 84,5 kilogramů se dostal na 95 kilogramů. Zvýšila se mu hladina cholesterolu v krvi, tělesný tuk stoupl z 11 % na 18 %. Díky vysokotučné stravě došlo k poškození jater. Měl zvýšenou hladinu kyseliny močové v krvi, což ve výsledku vede ke žlučnickovým kamenům. Nutno dodat, že před začátkem experimentu to byl zcela zdravý muž. Na základě této „Mcstravy“ se dvakrát zvýšilo riziko onemocnění srdce a šance na infarkt. Většinu času se Spurlock cítil unavený a deprimovaný, šťastný byl teprve po najezení se, přičemž potřeboval stále větší porce (vznikla závislost). Problémy byly zpozorovány též v sexuálním životě. Celkové množství tuku, které za daný měsíc zkonzumoval se vyšplhalo k číslu 5,5 kilogramu. U cukru byly hodnoty ještě vyšší – 13,5 kg cukru (Spurlock, 2004).

### **1.3.2 Genetické faktory**

V organismu existuje tzv. úsporný gen (ang. *thrifty gene*), který se podílí na zpracování vyššího množství energie. Na základě hypotézy o úsporném genu se předpokládá, že různá onemocnění, včetně obezity v dospělosti, vznikají, protože se plod v těle matky adaptuje na nedostatek potravy během nitroděložního života. To znamená, že přizpůsobuje svůj růst a metabolismus očekávání, že nedostatkem potravy bude trpět nadále – postnatálně. Tato adaptace je vhodná v prenatálním období, jelikož dochází k transportu dostupných živin především do životně důležitých orgánů. V postnatálním období jsou také zřetelné jisté výhody, a to v podobě zvýšené schopnosti ukládat tuk, jenž se poté využije v době nedostatku přísunu potravy. Jestliže ale žijeme v době dostatku či přebytku potravy, ztrácí tuto funkci a tuk pouze ukládá (Kopelman, 2000). V letech 1944–1945 postihnul Nizozemí hladomor. U 300 000 devatenáctiletých mužů bylo poté zkoumáno, jaký vliv měl nedostatek potravy

v prenatalním či postnatalním stadiu na jejich možný budoucí výskyt obezity. Ukázalo se, že u těch jedinců, jež byli hladomor vystaveni během prvních dvou trimestrů, byla zaznamenána častější četnost obezity. Oproti tomu u jedinců, kteří hladomor zažili krátce po narození nebo během třetího trimestru, byla míra obezity signifikantně nižší (Ravelli, Stein & Susser, 1976).

Určité riziko komplikací se může vyskytnout v případě těhotenství obézní ženy či ženy s nadváhou. Nebezpečí přitom hrozí jak nenarozenému plodu, tak samotné matce. U ní bývá diagnostikovaná cukrovka vznikající během těhotenství, vysoký krevní tlak či preeklampsie (Tenenbaum-Gavish & Hod, 2013). Obezita matky může ovlivnit vývoj embrya a v konečném důsledku způsobit defekty či různé abnormality. Typické je poškození nervové trubice, srdce či výskyt pupečnickové kýly. Hrozí nebezpečí přehlédnutí strukturálních zvláštností při ultrazvukovém vyšetření z důvodu množství nahromaděného tuku u matky. Další komplikace spočívají ve vysoké porodní váze dítěte, potížích při porodu, kdy se často volí varianta císařského řezu. S obezitou u matek bývá také spojována smrt plodu (Ramachenderan, Bradford & McLean, 2008). Nohr a kol. (2005) provedli v Dánsku rozsáhlou prospektivní kohortovou studii zaměřenou na vztah mezi obezitou v době před těhotenstvím a rizikem smrti plodu. Byla zohledněna délka těhotenství od početí (gestační věk), hmotnostní přírůstek během těhotenství a nemoci matky během těhotenství. Autoři se zaměřili na smrt plodu (ať už se jednalo o spontánní potrat či narození mrtvého dítěte) způsobené potížemi s placentou, které, jak se ukázalo, skutečně mohou být možnou příčinou smrti plodu. U žen s obezitou a nadváhou bylo od 14. gestačního týdne vypočítáno statisticky významné zvýšení rizika úmrtí plodu v závislosti na gestačním věku, přičemž největší riziko narození mrtvého plodu hrozilo po 40. týdnu. Přírůstek na váze během těhotenství nebyl spojen se smrtí plodu u žádné ze skupin BMI.

Existují výzkumy s dvojčaty, které se snažily zmapovat vliv genetiky na vznik obezity. Jednu z nejrozsáhlejších studií s dvojčaty své doby provedli Stunkard, Foch a Hrubec (1986), v níž zjišťovali míru heriability. Pracovali s proměnnými – výška, váha a BMI. Studie se zúčastnilo celkem 1974 jednovaječných dvojčat a 2097 dvojvaječných dvojčat mužského pohlaví. Byla stanovena vysoká míra dědivosti (0,77 až 0,84). Z výsledků dále vyplývá, že míra shody nadváhy byla dvakrát vyšší u jednovaječných dvojčat. Podíl dědičnosti potvrzuje i výzkum Stunkarda, Sørensen, Hanise, Teasdale, Chakraborty, Schulle a Schulsingera (1986) s 540 adoptovanými dánskými dětmi. Prokázali silný vztah mezi BMI dětí a BMI jejich biologických rodičů napříč všemi 4 zkoumanými váhovými

kategoriemi – štíhlost, střední hmotnost, nadváha a obezita. Naopak nebyla nalezena žádná souvislost mezi BMI adoptovaných dětí a BMI jejich adoptivních rodičů. Výzkumníci poukázali na nulový efekt samotného životního prostředí.

### **1.3.3 Hormony**

Tuková tkáň produkuje několik látek, které následně putují do těla a plní své funkce. Mezi ně patří například hormon leptin, jehož hlavní role spočívá v navozování pocitu sytosti (Svačina & Bretšnajdrová, 2008). Leptin má vliv na hypothalamus – centrum hladu a sytosti. V centrálním nervovém systému podává informaci o stavu výživy organismu. V hypothalamu aktivuje určité neurony, které způsobí snížení příjmu potravy, a naopak zvýšení energetického výdeje (Pařízková & Lisá, 2007). Obezita ve většině případů nevzniká díky nedostatku leptinu. Obecně mají obézní lidé koncentraci leptinu v krvi zvýšenou. Možnou příčinou obezity může být rezistence na tento hormon, jejímž důsledkem se lidé cítí méně nasycení (Hainer, 2011). V některých případech se opravdu může stát, že člověk podlehne svým choutkám a přijímá více potravy, ať už z mlsnosti nebo z nudy či díky jiným podnětům. Důvod vzniku obezity však lze spatřit také v nesprávné funkci signálů pocitu chutě k jídlu, hladu a pocitu sytosti (Doleček et al., 2013).

Tuková tkáň dále vytváří látky, které fungují na principu znecitlivění tkáně a orgánů vůči hormonu inzulínu, čímž v konečném důsledku způsobují cukrovku, protože tímto naruší jeho funkci. Zdravý organismus jedince s normální váhou dokáže tvořit látky, jejichž hlavní funkcí je ochrana cév a různých orgánů včetně srdce. Jestliže jsou však buňky naplněné tukem, ztrácí tuto vlastnost a zmíněné látky dostatečně nechrání orgány a cévy (Svačina & Bretšnajdrová, 2008).

### **1.3.4 Farmakologické vlivy**

Obezita může být způsobená léky, jejichž účinek spočívá v ovlivnění příjmu potravy nebo jejího výdeje. Jedná se například o některá antidiabetika, tricyklická antidepresiva, určité druhy antiepileptik, betablokátory či estrogeny (Hainer & Bendlová, 2011). V minulosti podmiňovala přibírání na váze antikoncepce a hormonální léčba, dnešní nové formy však neobsahují látky, které by vedly k obezitě (Svačina & Bretšnajdrová, 2008). Některé psychiatrické skupiny léků mohou naopak pomoci při snižování váhy (Souček, 2011) nebo znemožnit zvyšování hmotnosti. Tyto léky působí prostřednictvím několika mechanismů. Jedna z možností je stimulace chuti k jídlu, dále snížení energetického výdeje či stimulace



diferenciace tukových buněk (Hainer & Bendlová, 2011). Při indikaci léků u obézních pacientů se musí brát v potaz jejich tělesná hmotnost (Souček, 2011).

### **1.3.5 Socioekonomické faktory**

Mezi socioekonomickým postavením a tělesnou váhou v rozvojových zemích a v USA a Evropě, existují rozdíly. Ve větší míře lze najít obézní jedince s vyšším socioekonomickým postavením v rozvojových zemích. V Evropě a Spojených státech amerických se naopak vyskytují častěji obézní osoby s nízkým socioekonomickým postavením (Aldhoon Hainerová, 2009).

Německá studie Kuntze a Lamperta (2010) odhalila, že obezita postihuje především ženy s nižším vzděláním, nižším profesním statusem a nižším příjmem. U mužů není souvislost prevalence obezity a příjmu tolik zřetelná. Tyto poznatky potvrzuje studie Sarlio-Lähteenkorva, Silventoinena a Lahelma (2004), jejíž výsledky odhalují, že vzdělanější ženy a muži obvykle netrpí obezitou. Na druhou stranu mezi manuálními dělnicemi, nikoli dělníky, je výskyt tohoto onemocnění poměrně běžný.

Ve Spojených státech amerických zkoumali Ogden a kol. (2018) výskyt obezity mezi mládeží na základě příjmu domácnosti a nejvyšší dosažené úrovně vzdělání „hlavy rodiny“. Mezi lety 2011–2014 byla největší četnost obezity zaznamenaná u dětí a dospívajících (2–19 let) se středním příjmem (19,9 %), dále u skupiny s nízkým příjmem (18,9 %) a nejméně se obezita vyskytovala u skupiny s vysokým příjmem (10,9 %). V případě středního či základního vzdělání hlavního člena domácnosti trpělo obezitou 21,6 %. V rodinách s absolventem vysoké školy v čele rodiny klesly problémy s obezitou na 9,6 %.

### **1.3.6 Kulturní prostředí**

Studie migrantů potvrdily důležitost faktorů prostředí a kultury na vývoj obezity. K této skutečnosti přispívá v jisté míře westernizace stravování v rozvojových zemích (Kopelman, 2000). Rozdíl v hodnotách BMI byl zpozorován například mezi indiány kmene Pima, kteří žijí na území Mexika, a Pimy obývající Spojené státy americké. Prevalence obezity u mužů kmene Pimů v Mexiku se pohybovala kolem 7 %, což je zhruba 10krát méně než u amerických indiánů kmene Pima. U žen se hodnoty pohybovaly kolem 20 % u Mexičanek kmene Pimů a přes 60 % u amerických žen kmene Pimů. Úroveň fyzické aktivity u mexických indiánů kmene Pima byla dvakrát vyšší než stupeň fyzické aktivity u amerických indiánů kmene Pima. Z výzkumu tedy vyplývá, že ačkoli je určitá populace

geneticky náchylnější ke vzniku obezity (v případě Pimů také diabetu typu 2), záleží i na prostředí, ve kterém žijí a které následný rozvoj obezity může ovlivnit (Schulz et al., 2006).

### 1.3.7 Závislost na jídle

Za jednu z možných příčin obezity či nadváhy může být považována závislost na jídle. Ukazuje se, že vykazuje některé analogické znaky jako závislost na drogách. Lze například spatřit podobné mechanismy motivace a odměňování v mozku těchto jedinců. Stejně jako u obezity se také u závislosti musí brát v potaz, že jde o poruchu s několika druhy příčin. V oblastech, kde se běžně konzumuje tučná strava a strava plná cukru, se zvyšuje pravděpodobnost vzniku závislosti na jídle (Volkow & Wise, 2005). Carter a kol. (2016) však zdůrazňují nutnost dalšího výzkumu a analýzy tohoto fenoménu.

## 1.4 Prevence

Obezitě se dá předejít, ale je nutné, aby lidé byli ochotní změnit svůj styl chování a žili zdravějším způsobem. Obecně se prevence obezity soustředí na prvky životního prostředí, které se podílejí na rostoucí hmotnosti u obyvatelstva. V jejich středu zájmu jsou jedinci nebo skupiny osob, kterých se daná problematika přímo týká nebo jim hrozí velké riziko vzniku této nemoci (WHO, 2000).

Existuje několik organizací, které si kladou za cíl prevenci nadváhy a obezity. Jmenovat lze například již zmíněnou asociaci EASO, jejíž cílem je vytvořit v Evropě síť expertů v oblasti veřejného zdraví a následně zapojit tyto odborníky do různých evropských institucí včetně Evropské Unie, úřadu Světové zdravotnické organizace pro Evropu či Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj. Vzdělávají lidi o zdraví prostřednictvím e-learningů nebo formou kurzů. Snaží se poskytovat informace týkající se obezity a veřejného zdraví a v neposlední řadě chtějí podporovat výzkum obezity v Evropě (EASO, nedat.-b). Obezitu dále sleduje WHO, jejíž klíčové strategie jsou rozděleny do 4 oblastí – „*prevence hmotnostního přírůstku, podpora udržování hmotnosti, řízení komorbidit obezity a podpora hubnutí*“ (WHO, 2000, 154, 155). Dalšími institucemi, které upozorňují na tuto nemoc a provádí prevenci, jsou World Obesity Federation, International Obesity Task Force, Obesity Action Coalition, Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj, Mezinárodní asociace pro studium obezity nebo Evropská skupina pro dětskou obezitu.

V České republice působí Česká obezitologická společnost STOB (Stop obezitě), která se zaměřuje na změnu špatných stravovacích a pohybových návyků prostřednictvím metod vycházejících z kognitivně-behaviorální psychoterapie. Nepředepisují drastické diety, ale pracují s lidským myšlením, emocemi a chováním. Nabízejí rozmanité kurzy, semináře, workshopy a školení pro laiky i odborníky (STOB, nedat.).

### **Konkrétní kroky prevence**

Již mistr Havel ze Strahova, osobní lékař Karla IV., navrhoval, aby král jedl až ve chvíli, kdy má skutečně hlad, aby cvičil na čerstvém vzduchu a konzumoval spíše libové maso (Hainer, 2011).

Mezi kroky vedoucí k prevenci obezity patří v dnešním světě zlepšení znalostí a dovedností komunity za využití médií, rozmanitých programů, tréninků a komunitních projektů. Ovšem samotná WHO si je vědoma faktu, že tento způsob nemusí být zcela efektivní. Daleko účinnější se podle nich jeví strategie zaměřená přímo na obezitogenní prostředí, tedy snížení vystavení jedinců tomuto nezdravému stylu života vedoucího ke vzniku obezity. K tomuto cíli slouží zařazení více pohybových aktivit do programu dne a zlepšení kvality stravy. WHO se snaží kromě povzbuzování k častějšímu cvičení o celkovou změnu prostředí, která by nenásilnou formou zvyšovala a udržovala denní aktivity nenáročně na fyzickou sílu. Těmito činnostmi jsou myšleny například procházky se psem, zahradničení, využívání pěších zón a upřednostňování práce ve stoje spíše než v sedě. Je dokázáno, že u dětí zvyklých na pohyb v raném věku přetrvává tento stav i do dospělosti. Nemusí se přitom vyloženě jednat o sport jako takový (WHO, 2000).

Při prevenci dětské obezity se jeví velmi podstatným zapojení celé rodiny. Dítě bere své rodiče jako vzor a přebírá od nich jejich životní styl. Důležité je správné poučení rodičů o dětské výživě. Děti následují své rodiče také v oblasti pohybové aktivity (Marinov, Barčáková, Nesrstová & Pastucha, 2011). Kromě rodiny se dítě stýká se svými kamarády a spolužáky, proto k osvětě musí docházet také ve škole, v různých komunitách a ve společnosti celkově, jelikož je vůle dítěte poměrně poddajná a snadněji podlehne vlivu okolí (EASO, nedat.-a). Pozornosti by neměly unikat ani média, billboardy a jiné typy reklam prezentující pokrmy, které rozhodně nespádají do kategorie zdravá strava. Velmi často v nich dochází k propagaci jídla a sladkých nápojů, jejichž koneční spotřebitelé jsou děti a mladiství. V několika zemích byly zavedeny zákazy či omezení na tento druh reklam běžících v televizi a v rádiu (například v Chile, na Islandu, v Irsku). Země jako Polsko,

Španělsko nebo Turecko rozšířily tyto zákazy do škol a Austrálie i do veřejné dopravy. V Dánsku byl v roce 2008 zaveden zákaz propagování výrobků obsahujících velké množství cukru, tuku a soli jak v televizi a na internetu, tak v tištěných prostředcích komunikace. V Lotyšsku platí od roku 2016 zákaz prodeje energetických nápojů dětem do 18 let, které se nesmí objevit ani během televizního programu pro děti do 18 let (OECD, 2017). V roce 2016 vyšla v platnost tzv. pamlsková vyhláška neboli *Vyhláška o požadavcích na potraviny, pro které je přípustná reklama a které lze nabízet k prodeji a prodávat ve školách a školských zařízeních* (č. 282/2016 Sb.). Od září 2018 platí novela této vyhlášky, která snížila požadavky na zákaz prodeje nezdravého jídla na školách (MŠMT, nedat.).

## 1.5 Důsledky obezity

Obezita nepochybně zasahuje do všech oblastí lidského života. Samotný život dokonce může také zkrátit. Bylo zjištěno, že lidé s vyšším BMI se dožívají nižšího věku (Vítek, 2008). Jaké důsledky má obezita, lze zjistit z tzv. ztracených let života. Jedná se o hodnoty vyjadřující rozdíl mezi délkou života, u které se předpokládá, že se jí dožijí jedinci v různých kategoriích BMI (Kunešová, Müllerová & Hainer, 2011).

### 1.5.1 Oblast fyzického zdraví

Dopad obezity na fyzické zdraví je dalekosáhlý. Toto onemocnění se může podílet na vzniku mnoha dalších nemocí, přičemž důsledky dosahují různé závažnosti.

V první řadě je obezita nepochybně spojena s cukrovkou 2. typu (diabetes mellitus), která spadá do metabolických poruch. Do skupiny metabolických komplikací se dále řadí rezistence na inzulin nebo zvýšená hladina krevních lipidů (Hainer, 2011). Souvislost se také nachází mezi obezitou a kardiovaskulárními nemocemi. Konkrétně může způsobit ischemickou poruchu srdeční, poruchy srdečního rytmu či onemocnění cév, které vyživují a zásobují mozek, což v konečném důsledku může vést k mozkové mrtvici (Vítek, 2008). U obézních osob není výjimkou výskyt zvýšeného krevního tlaku neboli hypertenze. Objevuje se tzv. metabolický syndrom, při němž lidé trpí abdominální obezitou, dochází ke zvýšení krevního tlaku, snížení HDL cholesterolu, zvýšení triglyceridů, necitlivosti na inzulin a zvyšování hodnot glykémie, která vyústí v cukrovku 2. typu (Svačina & Bretšnajdrová, 2008). Otylost negativně působí na žaludek, žlučník a játra, následkem čehož mají obézní lidé s jmenovanými orgány problémy (Vítek, 2008). U mužů trpících obezitou je zaznamenán vyšší výskyt zhoubného nádoru tlustého střeva a prostaty. Obézní

ženy se častěji potýkají s nádory děložního hrdla, pochvy, vaječníků či vejcovodů (Svačina & Bretšnajdrová, 2008) a prožívají obtíže během těhotenství a při porodu. Mimo jiné dochází k narušení pravidelnosti menstruačního cyklu (Hainer, 2011).

Mezi další komorbidity obezity patří respirační potíže (například syndrom spánkové apnoe), endokrinní poruchy (například snížená sekrece růstového hormonu, hyperandrogenní syndrom u žen, hypogonadismus u mužů) či kožní problémy (ekzémy, celulitida, hypertrichóza) (Souček, 2011).

## **1.5.2 Oblast psychosociální**

Tato část nastiňuje problematiku předsudků, stereotypů, diskriminace a stigmatizace vůči obézním lidem, kterým bude dále věnována třetí kapitola. Zde se pro úplnost podkapitoly „Důsledky obezity“ zmíníme o dopadech těchto negativních zkušeností.

Obezita, jakožto nemoc, již nejde žádným způsobem zamaskovat, zasahuje také do oblasti sociální, v důsledku čehož (a nejen toho) se problémy promítnou i do oblasti psychické. Jedná se o dvě ze čtyř složek bio-psycho-sociálně-spirituálního komplexu, který na lidskou bytost nahlíží celostně, globálně. Nabourání jedné oblasti znamená změny v ostatních rovinách díky jejich vzájemným interakcím a vazbám. Tento celostní přístup začal prosazovat George Libman Engel (Orel & Šimonek, 2012).

U obezity lze tento proces snadno vypořádat. Osoby s nadváhou a obezitou jsou často kvůli svému fyzickému vzhledu terčem stigmatizace. Setkávají se s diskriminací, ponižováním, s předsudky mířenými proti nim a se sociální zaujatostí. Negativní dopady na psychické zdraví těchto jedinců se mohou zpětně promítnout do tělesné oblasti, například v podobě zažívání epizod záchvatovitého přejídání (Jackson, Grilo & Masheb, 2000). Ve výzkumu Jacksona a kol. (2000) s pacientkami trpícími záchvatovitým přejídáním byla pozornost zaměřena mimo jiné na možný vliv období počátku obezity na četnost zažívání posměšků na základě váhy a tvaru těla. Respondentky s dřívějším nástupem obezity se častěji setkávaly se zesměšňováním ohledně jejich váhy a tvaru těla než ty, u nichž se obezita objevila až v pozdějším období. Ženy, u nichž byla obezita diagnostikována jak v dětství, adolescenci, tak v dospělosti, měly velmi podobnou stravovací psychopatologii, související psychologické fungování i obdobnou nespokojenost s tělem.

U osob s nadváhou a obezitou může být zaznamenán obecně zvýšený příjem potravy až přejídání se, k čemuž může vést stres ze zažívané stigmatizace. Jídlo je prostředek

k uklidnění a zvládnání tohoto napětí (Tomiyaama, 2014). Jinými slovy se jedná o copingovou strategii (Puhl & Brownell, 2006).

Lidé trpící obezitou mohou projevovat nespokojenost se svým tělem a pohlížet na něj s odporem. Takový problém řeší především mladé ženy se středním a vyšším socioekonomickým statusem a jedinci, kteří trpí obezitou od dětství (WHO, 2000). Friedman a kol. (2005) doplnili, že se kromě negativního pohledu na své tělo a nízkého sebevědomí u stigmatizovaných osob vyskytuje také deprese. V jejich studii předložili 93 obézním participantům vyhledávacím léčbu k zjištění frekvence stigmatizace obézních osob The Stigmatizing Situations Inventory (Inventář stigmatizujících situací), jenž stanovuje v 11 kategoriích četnost situací, ve kterých byly obézní osoby stigmatizovány. Vyšší skóre vypovídá o zvýšené frekvenci těchto situací. K vymezení depresivních symptomů byla použita Beckova stupnice pro posuzování závažnosti deprese. Vyšší skóre znamená vyšší závažnost deprese. Čím častěji se obézní lidé setkávali se stigmatizací, tím u nich byla rozpoznána vyšší míra depresivity. Z výzkumu také vyplývá, že se častěji s depresemi potýkaly ženy a že větší výskyt této psychické nemoci byl patrný mezi participanty, kteří častěji řešili problémy v běžném životě (například potíže s úzkými sedadly v autobuse nebo s nepadnoucím oblečením), kteří zažívali posměchy již v dětství, nebo byli diskriminováni při práci. Ti jedinci, kteří sami zaujímalí negativní postoje vůči lidem s nadváhou, trpěli vyšší úrovní deprese, ale také narušením obrazu svého těla a nízkým sebevědomím. V roce 2017 byla provedena metaanalýza výsledků 33 studií zabývajících se stigmatem zaměřeným na váhu, která k výše zmíněným potížím přidala navíc diabetes, poruchy příjmu potravy a úzkost (Wu & Berry, 2017).

Důsledky zkušenosti stigmatizace, výsměchu a diskriminace mohou mít negativní dopad na celkové chování obézního jedince. Může ztratit chuť hubnout a žít zdravě (Cossrow et al., 2001). Studie Jacksona, Beekena a Wardleho (2014) navíc dokládá, že výsměchy mířené na obézní osoby nevedou k jejich přesvědčení, že by měli zhubnout. Naopak u diskriminovaných obézních osob dochází k přibírání na váze. Důvodem výše popsaných problémů může být styl myšlení lidí bojujících s obezitou. Jsou si totiž vědomi, že je jejich okolí vnímá odlišně, negativně vzhledem k vyšší váze (Carr & Friedman, 2005).

## 2 ADOLESCENCE

Termín adolescence má původ v latinském „adolescens“, v překladu dospívající či mladý. Jedná se o období přechodu z dítěte na dospělého člověka. Osobnost se mění v rovině tělesné, psychické i sociální. Adolescence je vymezena ze začátku prvními známkami pohlavního zrání, konec značí plná pohlavní zralost, ke které průměrně dochází mezi 17. a 18. rokem (Thorová, 2015).

### 2.1 Periodizace

Langmeier a Krejčířová (2006) dělí období dospívání na období pubescence trvající od 11 do 15 let a adolescenci, která začíná přibližně v 15 letech a končí ve 22 letech. Období pubescence lze dále členit na fázi prepuberty (první pubertální fáze) a fázi vlastní puberty (druhá pubertální fáze).

Podle Macka (2003, 10) je: „*adolescence dospívání i mládí současně.*“ Rozlišuje přitom 3 fáze adolescence. Nejprve uvádí časnou adolescenci od 10, případně 11 let do 13 let. Druhou fází je střední adolescence trvající od 14 do 16 let. Poslední fázi – pozdní adolescenci vymezuje intervalem od 17 do 20 let, popřípadě i déle.

Vágnerová (2012) popisuje celé období od zhruba 11 let do 20 let jako adolescenci, kterou dále dělí na ranou (11–15 let) a pozdní (15–20 let).

American Psychological Association (Americká psychologická asociace) (2002) používá název adolescence pro celé období dospívání počínající v 10 letech a končící ve věku 19 let.

Věk našich respondentů (15–19 let) spadá dle Vágnerové (2012) do pozdní adolescence. V této práci však budeme adolescencí nazývat, stejně jako Americká psychologická asociace (2002), celé období dospívání.

### 2.2 Tělesné změny v dospívání

Na počátku tohoto období jsou viditelné markantní tělesné změny. Lze pozorovat tzv. růstový spurt čili zrychlený růst u dívek i chlapců, přičemž chlapci rostou rychleji, a tak obvykle přesahují dívky (Říčan, 2004). Proměny těla podmiňuje zvýšená produkce

pohlavních hormonů, na základě kterých se rozvíjí sekundární pohlavní znaky. Dívkám se zvětšují prsa (telarché), objevuje se pubické ochlupení (pubarché), zrají vaječníky a přichází první menstruace (menarché). Chlapcům se zvětšují varlata, také začíná růst pubické ochlupení a pomalu se mění hloubka a barva hlasu. Přibývá jim svalová hmota. Dochází k první poluci (Thorová, 2015). Hoši, kteří dospívají časněji, jsou v kolektivu oblíbenější, mají svalnatější tělo, bývají velmi dobří ve sportu a jsou atraktivní pro mladší i starší ženy a dívky. O chlapcích, kteří dozrávají později, lze obecně říct pravý opak (Říčan, 2004). Předčasně vyspělé dívky neprožívají stejné pocity, jako je tomu u předčasně vyspělých chlapců. Příčinu lze nalézt v dřívějším dospívání. V kolektivu vrstevníků se mohou cítit nesvé, protože se v tělesné i mentální rovině nachází na jiné, vyšší úrovni (Vágnerová, 2012).

## **2.3 Vnímání svého těla a ideálu krásy**

S tělesnou proměnou úzce souvisí pojetí a obraz sebe sama. Jestliže adolescent své nové tělo nepřijme, narušuje svou integritu a cítí se nejistý. Tento pocit ovlivňuje i okolí dospívajícího. Adolescent sleduje postoje svých blízkých k jeho proměně a také na základě toho si o sobě vytváří vlastní obraz. Pozornost se obrací na své tělo, čehož si lze povšimnout především u dívek, které svůj vzhled obecně řeší více než chlapci. Začínají se porovnávat s ostatními vrstevníky a s kulturně podmíněnými ideály krásy. Jestliže se svému vysněnému tělu nepřibližují, mohou mít nízké sebevědomí, které ovlivňuje různé složky života. V pozdější adolescenci jsou se svým tělem zpravidla spokojenější. Zároveň se jej pomocí různých aktivit snaží stále vylepšovat (Vágnerová, 2012). Může se však objevit tzv. dysmorfofobie, kdy nespokojenost dospívajícího se svým vzhledem naroste do takové míry, že se raději vyhýbají společnosti. V extrémních, ne však ojedinělých případech se může tento strach z vlastní ošklivosti překlenout do poruch příjmu potravy (Langmeier & Krejčířová, 2006). Adolescentní dívky spatřují ideál krásy ve štíhlém těle. U chlapců se navíc ke štíhlosti přidává přiměřeně svalnatá postava (Grogan, 2000).

Do procesu tvorby postoje ke svému tělu nepochybně zasahují média. Zvláště ohroženou skupinou v tomto smyslu tvoří právě adolescenti, u kterých dochází k velké tělesné a psychické proměně, a tak mohou být dosti citliví na informace týkající se ideálu těla (Grogan, 2000).



## 2.4 Psychologická stránka adolescence

Z pohledu psychoanalýzy v čele s jejím zakladatelem Sigmundem Freudem jde v dospívání především o vývoj sexuality. Dochází k oživení oidipovské touhy směřované k rodičům. Tato tužba však zůstává pouze v nevědomí. Manifestuje se negativismem, zvýšeným napětím a předrážděností (Říčan, 2004). Větší váhu dospívání kladla Anna Freudová. Podle ní se v této životní fázi narušuje osobnostní rovnováha mezi Id a Egem. Objevují se dva obranné mechanismy – intelektualizace (větší zájem o umění, filozofické otázky či rozličné teorie) a asketismus (přílišná sebekontrola a potlačení svých pudů) (Vágnerová, 2012).

Dle psychosociální teorie se jedinec musí vyrovnat se změnami, které toto období přináší. Musí však klást důraz i na sociální podmínky, které je mohou modifikovat v pozitivním i negativním směru (Vágnerová, 2012).

Teorie sociálního učení se soustředí na rozvíjení určitých schopností a dovedností potřebných v období dospívání. Adolescent získává nové role, které od něj společnost vyžaduje (Vágnerová, 2012).

V minulosti při přechodu do dospělosti děti procházely rituálem, jehož úspěšným zvládnutím se staly dospělými. Dnešní doba je, co se týče nároků na dospívající mládež, poněkud náročnější. Také díky tomu dochází v západní kultuře ke zvyšování horní hranice adolescence až do 25 let a déle (Langmeier & Krejčířová, 2006). K posunu zmíněné hranice dochází též z důvodu potřeby oddálení definitivního rozhodnutí o směru svého života (Vágnerová, 2012). Erikson (2002) hovořil o tzv. moratoriu označujícím psychosociální stadium mezi dětstvím a dospělostí. Lidé v tomto období touží oddálit volby, které musí jako dospělí učinit.

Přechody z jednotlivých vývojových stádií mohou být samy o sobě těžké, zvláště pokud se jedná o adolescenci. V tomto období se dospívající učí, jak být samostatnější, zodpovědnější a připravenější na pozdější život. Může trpět psychickými problémy vyvolanými vyšší mírou stresu z většího tlaku, který je na něj z okolí vyvíjen, a může se snažit přicházející dospělost bojkotovat (Thorová, 2015).

Dle Piagetovy teorie kognitivního vývoje se dospívající nachází ve fázi formálních operací (vrchol kolem 15 let), která stojí za řadou zlepšení v mnoha směrech. Jsou schopni pracovat se značně obecnějšími a abstraktnějšími pojmy. Při řešení problémů neuvažují pouze o jednom správném řešení, ale snaží se nalézat různé alternativy. Přemýšlí nad věcmi, které si vyprodukovali sami v mysli. Uvažují nad svými myšlenkovými pochody (Langmeier

& Krejčířová, 2006). Adolescenti si ujasňují své hodnoty a kriticky je posuzují. Mají pochyby ohledně světonázoru. Kritizují společenskou morálku, výchovu jejich rodičů, zabývají se otázkami smyslu života. Zajímají se o rozdíly v povaze lidí, ptají se, proč se lidé chovají tak, jak se chovají a proč jednají daným způsobem (Říčan, 2004). Díky novému stylu myšlení tolerují ostatní jedince ve svých morálních soudech. Vnímají své myšlení a pocity z vnějšku (Langmeier & Krejčířová, 2006). Adolescenti přemýšlí o důsledcích svých, byť i drobných počinů. Uvažují a prožívají problémy jiných lidí v odlišných částech světa. Smysl mohou nacházet v pomoci druhým. Zastávají absolutní normy, přičemž nehledí na žádnou autoritu. Komplikace v mravním vývoji mohou nastat tehdy, jestliže zjistí, že jsou jejich ideály nedosažitelné a nereálné. Pak se naskýtá riziko sklouznutí k egoismu. Spoustu lidí se nedostane v mravním vývoji příliš daleko, což se poté odráží v jejich jednání a rozhodování (Říčan, 2004).

V ideálním případě by měla proběhnout individuace. Aby byla úspěšná, jsou zapotřebí psychická diferenciaci, kdy dospívající vnímá psychickou odlišnost od svých rodičů a vrstevníků a začíná za sebe přijímat odpovědnost, a psychická nezávislost – adolescent sebe chápe jako osobu, která jedná nezávisle na rozhodnutích ostatních (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Tato etapa má zásadní vliv na formování identity. Člověk si ji sice vytváří celý život, ale právě v této fázi dochází k jejímu hlavnímu budování. Identita v sobě zahrnuje pojetí, kdo jsem, jsem to já, kdo jedná a rozhoduje, kdo se nachází na jakési kontinuitě. Jedinec poznává sám sebe (Říčan, 2004). Dle Eriksona (2002) řeší dospívající v tomto období konflikt mezi identitou a konfuzí rolí. Kromě nalezení své identity získávají dospívající nové sociální role, musí se naučit akceptovat nový vzhled svého těla. Někdy však všechny tyto informace neumí přijmout, jsou zmatení a může dojít k tzv. pubertální krizi neboli krizi identity (Thorová, 2015).

Hormonální proměna zapříčiňuje ztrátu citové jistoty (Vágnerová, 2012). Říčan (2004) hovoří o „hormonální bouři“, kdy předchází, poměrně klidnou fází života, nahrazují prudké, rychle se střídající a povětšinou negativní emoce, které mohou překvapit i samotného dospívajícího. Příčiny hledá hlavně v chování ostatních k jeho osobě. Výjimkou není ani snadná unavitelnost, dlouhý spánek, úzkosti a až depresivní nálada. Takto v citech zmatený jedinec může svou nejistotu ventilovat skrz násilí či uličnictví.

Dospívající se zaměřují na své vlastnosti a schopnosti. Jejich uvědomění a přemýšlení nad nimi souvisí s výběrem povolání. V tomto okamžiku dospívajícím dochází, že je rozhodnutí na nich (pokud tuto povinnost nepřenechají rodičům) (Říčan, 2004).

## 2.5 Sociální stránka adolescence

U dospívajících hrají důležitou roli vrstevnické vztahy, díky kterým se postupně rozvolňují ze závislosti na rodičích. Vrstevníci si navzájem poskytují podporu a zpětnou vazbu, porovnávají se, formují osobnost a chování adolescenta, sdílejí mezi sebou své názory a postoje. Mnohdy dochází ke konfliktům v blízkém okolí. Tyto neshody však mohou stát za prozkoumáním a učením se sociálním dovednostem. K těmto účelům si často vybírají své rodiče, popřípadě vrstevníky. Vztah s matkou a otcem se postupně proměňuje a stává se více rovným. Ačkoli si to dospívající ne vždy uvědomují, jsou pro ně rodiče v této jejich životní etapě velice důležití. Nastavují svému dítěti hranice, svými radami a zkušenostmi jej připravují na samostatný život, poskytují mu oporu (Thorová, 2015). Měli by volit nenásilný styl výchovy (Říčan, 2004). Čím lepší vztahy panují mezi dítětem a rodiči, tím snadnější by potom mělo být odpoutání, které hraje podstatnou roli při zrání dospívajícího (Langmeier & Krejčířová, 2006). Předčasné odpoutání se ještě v období dospívání může mít neblahý účinek na další vývoj jedince. Člověk by v této etapě neměl trávit svůj čas v osamění. Výsledkem by mohlo být neprosperující fungování v budoucnosti. Adolescenti střeží a chrání své soukromí a vyžadují od svého okolí, aby tuto jejich potřebu tolerovalo a akceptovalo (Thorová, 2015).

Dochází k prvnímu zamilování, které bývá zpravidla platonické. Dospívající své city prozatím nedává najevo. Říčan (2004, 185) jej vystihl slovy: „*milujeme spíše očima než tělem*“. Běžnou praxí je pubescentní masturbace (Říčan, 2004). V adolescenci dochází k navazování prvních partnerských vztahů, jež mohou mít pouze krátkodobé trvání z důvodu explorační a experimentování. Dospívající si tímto způsobem potvrzuje svou sexualitu, získává zkušenosti a pomalu si utváří představu svého budoucího stálého partnera (Thorová, 2015). S těmito vztahy souvisí také první sexuální zkušenost. Jak dívka, tak chlapec by měli být na pohlavní styk dostatečně připraveni, aby později nezažívali pocity úzkosti, studu či výčitky svědomí (Říčan, 2004).

Společnost do určité míry toleruje reakce a chování dospívajícího. Chápe, že jde o období poměrně bouřlivé a obtížné nejen pro adolescenta samotného, ale i jeho okolí (Thorová, 2015).

### 3 POSTOJE VŮČI OBEZITĚ

V následující kapitole budou několikrát zmiňovány pojmy předsudky, stereotypy, diskriminace a stigma, tudíž považujeme za nezbytné je nejprve řádně objasnit.

Klasickou definici předsudku zformuloval Gorgon Allport. Ta říká, že předsudek je „*odmítavý až nepřátelský postoj vůči člověku, který patří do určité skupiny, jen proto, že do této skupiny patří, a má se tudíž za to, že má nežádoucí vlastnosti připisované této skupině*“ (Allport, 2004, 38).

Pojem diskriminace dle Corrella et al. (2010, 46) znamená „*chování směřující k členům skupiny, které je důsledkem jejich výsledků a které je k nim mířeno nikoli z důvodů zvláštního zasloužení nebo reciprocity, ale jen proto, že jsou členy dané skupiny*“.

Stereotypy Stangor (2009, 2) definuje jako „*rysy, které považujeme za charakteristické pro sociální skupiny či členy těchto skupin, zejména pak ty rysy, které odlišují skupiny od sebe navzájem*“. Ačkoli se lze setkat i s pozitivními stereotypy, převažují především ty negativní (Stangor, 2009). Lidé je přejímají z médií a literatury, inspirují se vrstevníky a rodiči. Každý jednotlivec si je může upravit k obrazu svému, nicméně většinou se na daných stereotypech shodne celá skupina. Od Allportovy definice se novější liší domněnkou, že všechny stereotypy nemusí být nutně chybné. Stereotypy si lidé utváří na základě pozorování sociálního světa, proto nemůže být vyloučena možnost, že některé z nich obsahují alespoň zrno pravdy. Stereotypy mohou popisovat charakteristiky členů skupiny, o nichž lidé věří, že je členové skupiny mají (popisné stereotypy), nebo které by měli mít (předepisující) (Kite & Whitley, 2016).

Známa a používaná Goffmanova (1986, 3) definice stigmatu zní, že se jedná o „*atribut, který je hluboce diskreditující*“. Společnost, která se neodchyluje od očekávání, je Goffmanem považována za normální. Tito „normální“ lidé pak uplatňují různé formy diskriminace, čímž snižují životní šance odlišného jedince. Stigmatizací se označuje přisouzení negativních skupinových nebo společenských znaků nebo vlastností nějaké osobě (Jandourek, 2009).

V kontextu předsudků vůči obezitě či nadváze hovoříme o tzv. weight stigma neboli stigmatizaci na základě váhy. Tomiyama (2014, 8) jí definuje jako „*sociální devalvací a*

*hanobení lidí s nadváhou či obezitou, která vede k předsudkům, negativním stereotypům a diskriminaci těchto lidí.*“ Je doprovázena řadou emocí. Díky této zkušenosti nastávají změny v několika rovinách zahrnující kognitivní, biochemické, fyziologické a behaviorální oblasti (Tomiyama, 2014).

Lze se také setkat s pojmem weight bias – zaujatost vůči (nadměrné) hmotnosti, jež opět představuje negativní postoje, které jsou mířeny na osoby s obezitou či nadváhou. Jedná se o velice častý druh diskriminace, jenž s sebou nese pestrou paletu nepříznivých účinků na tyto jedince. Jestliže jedinci zvnitřní negativní stereotypy spojované s jejich hmotností a sami zneváží vlastní hodnotu na základě své tělesné váhy, hovoříme o tzv. weight bias internalization (WBI) (Durso & Latner, 2008). Tato internalizace je doprovázena zvýšenou psychopatií a nižší kvalitou života (Hilbert et al., 2014). Puhl a Himmelstein (2018) provedli studii, která ukazuje, že je zmíněná internalizace více patrná u osob s větší hmotností. WBI bylo významně vyšší u adolescentů trpících záchvatovitým přejídáním nebo jezením z důvodu vyrovnání se se stresem, kteří se ale zároveň snažili zhubnout, a to jak u dívek, tak u chlapců. Ovšem prozatím jsou důsledky WBI jen málo probádané. K zjištění míry internalizace předpojatosti hmotnosti byla vyvinuta metoda Weight bias internalization Scale (WBIS), která koreluje se sebeúctou, s úsilím být štíhlý a se zájmem o obraz vlastního těla (Durso & Latner, 2008). Ze studie Hilberta a kol. (2014) vyplývá, že ve WBIS výše skórovaly ženy, obézní osoby (více než osoby s nadváhou) a osoby s nižším vzděláním nebo platem.

V anglickém jazyce existuje několik dalších výrazů popisujících zaujatost, stigmatizaci, předsudky a diskriminaci obézních lidí. V literatuře se používají, kromě výše zmíněných, pojmy sizeism (Chrisler & Barney, 2016), antifat attitudes (Crandall, 1994) či anti-fat bias (Fontana, Furtado, Mazzardo, Hong & de Campos, 2016). S tímto tématem se pojí termín fat phobia znamenající „*patologický strach z tloušťky, jenž se projevuje jako negativní postoj vůči obézním osobám*“ (Robinson, Bacon & O'reilly, 1993, 468).

### **3.1 Metody měření postojů vůči obezitě**

K měření postojů se nabízí poměrně široká nabídka různých metod. V tabulce 4 je pro ukázkou uveden přehled některých z nich. Vynechali jsme námi používané metody AFA a BAOP, jelikož se o nich podrobně zmiňujeme ve výzkumné části.

**Tabulka 4: Přehled metod měřících postoje vůči obezitě**

Název metody	Zkratka	Autoři	Stručný popis	Počet položek	Možnosti odpovědí
<b>Attitudes Toward Obese Persons Scale</b>	ATOP	Allison, Basile & Yuker (1991)	3 faktory – odlišná osobnost, sociální potíže, sebevědomí	20	šestibodová škála Likertova typu
<b>Anti-fat Attitude Scale</b>	AFAS	Morrison & O'connor, 1999	Položky se zaměřují na sexuální oblast a randění, lenost, vinu za vlastní váhu a odrazující pohled na obézního člověka.	5	pětibodová škála Likertova typu
<b>Antifat Attitude Test</b>	AFAT	Lewis, Cash & Bubb-Lewis, 1997	3 faktory – nespokojenost v sociální oblasti či charakteru, fyzická nebo romantická neatraktivita a vina a kontrolovatelnost hmotnosti	47	pětibodová škála Likertova typu
<b>Fat Phobia Scale</b>	F scale	Robinson et al., 1993	6 faktorů – nedisciplinovaný, neaktivní a neatraktivní; mrzutý a nespolečenský; špatná hygiena; pasivita; emocionální nebo psychologické problémy; hloupý, bez kreativity	50	pětibodová sémantická diferenciální stupnice
<b>Fat Phobia Scale – short form</b>	F scale – short form	Bacon, Scheltema & Robinson, 2001	1 faktor z původní padesáti položkové podoby – nedisciplinovaný, neaktivní a neatraktivní	14	pětibodová sémantická diferenciální stupnice

---

<b>Fat Stereotypes Questionnaire</b>	FSQ	Davison & Birch, 2004	9 položek se týká hubených osob, 9 položek je mířeno na obézní jedince	18	čtyřbodová škála
--	-----	--------------------------	---	----	---------------------

---

### 3.2 Stigmatizace a diskriminace osob s nadváhou a obezitou

Z výše zmíněného vyplývá, že diskriminaci a jiné typy negativních zkušeností zakoušejí kromě lidí různého rasového původu či hendikepovaných osob také lidé trpící obezitou či nadváhou (Friedman et al., 2005). Ukázalo se, že zaujatost vůči obézním lidem a lidem s nadváhou je signifikantně větší než zaujatost vůči gayům a muslimům (Latner, O'Brien, Durso, Brinkman & MacDonald, 2008). Žáci středních škol ve výzkumu Puhl, Luedicke a Heuera (2011) označili své vrstevníky s obezitou nebo nadváhou za skupinu, kterou nejvíce zasahuje šikana (36–46 %). V závěsu se objevovalo zesměšňování na základě sexuální orientace, méně často podle žáků zažívali šikanu lidé s odlišnou inteligencí či schopností pracovat ve škole, poslední místa zaujímala rasa, fyzické postižení, náboženství a nízký příjem v rodině. U obézních osob se vyskytuje o 40 až 50 % vyšší pravděpodobnost, že se potýkaly či potýkají se závažnou diskriminací (Carr & Friedman, 2005). Výsledky výzkumu Myerse a Rosena (1999) poukazují na fakt, že se obézní lidé častěji stýkají se stigmatizací, jestliže zažívají distres, vyvíjí více snah se s nálepkováním vypořádat nebo trpí těžší formou obezity. Častější zkušenosti se stigmatizací jsou shledány u lidí s vyššími hodnotami BMI (Puhl & Brownell, 2006).

Na obézní jedince či jedince s nadváhou se nezřídka kdy nahlíží jako na nedisciplinované, neaktivní, neatraktivní, mající nedostatek vůle a špatné sebeovládání. Lidé je na druhou stranu hodnotí i v pozitivním smyslu – jako přátelské, vřelé, přívětivé a se smyslem pro humor (Robinson et al., 1993).

Formování postojů k obézním lidem začíná již v časném dětství. Výzkumný soubor Turnbulla, Heaslipa a McLeoda (2000) tvořilo 25 dětí ve věku 2 až 5 let. Už takto malé děti vykazovaly typické předsudky vůči obezitě, přičemž výraznější byly u starších z nich. Negativnější postoje měly k objemnějším panenkám a k ženskému pohlaví. Považovaly je za nepěkné, hloupější, tvrdily, že neumí rychle běhat. Předsudky se poměrně vyrovnaně objevily u chlapců i dívek (9 z 11 chlapců, 10 ze 14 dívek). Také ve studii Hanssona,

Karnehedra, Tyneliuse a Rasmussena (2009) se ukázalo, že 53,95 % 10letých dětí má vůči obézním lidem předsudky. Hodnotí je jako pomalé, líné a osamělé. I oni však vidí pozitivní vlastnosti osob s větší hmotností – vnímají je jako laskavé a veselé.

Andreyeva, Puhl a Brownell (2008) realizovali výzkum, v němž použili data z Národního průzkumu vývoje středního věku ve Spojených státech (MIDUS) prováděného nejprve v letech 1995–1996 a poté v letech 2004–2006. Výsledky poukázaly na hojnější výskyt diskriminace na základě váhy. Z původní hodnoty 7 % vzrostla četnost této zkušenosti téměř na dvojnásobek – 12 %.

### **3.3 Oblasti stigmatizace osob s nadváhou a obezitou**

Puhl a Brownell (2012) popisují tři oblasti života, kde se téma předsudků a diskriminace vůči lidem s obezitou často vyskytuje. Jedinci s nadváhou a obezitou se potýkají s nepříznivým postojem vůči nim v zaměstnání, vzdělání a zdravotní péči. Cossrow, Jeffery a McGuire (2001) navíc doplnili rodinu, sociální péči, poskytovatele služeb (kromě zdravotnictví péči číšníků, nápomocnost prodejců) a obecně špatné zacházení jako oblasti zdroje předsudků vůči otlým lidem. Výzkumný soubor ve studii Puhl a Brownella (2006) potvrdil, že nejčastější zdroje stigmatizace jsou skutečně členové rodiny, lékaři, spolužáci, obchodní úředníci a spolupracovníci.

Vyvstává otázka, zda existuje větší pravděpodobnost, že právě obézní jedinci spíše nahlásí diskriminaci, či nikoliv. Ve výzkumu Carra a Friedmana (2005) byla pravděpodobnost ohlášení diskriminace na pracovišti o 26 % vyšší u osob s nadváhou než u osob s normální váhou, o 50 % vyšší u osob s prvním stupněm obezity a o 84 % vyšší u osob s druhým a třetím stupněm obezity. Co se týče diskriminace v rámci lékařské péče, výsledky ukazují, že jedinci trpící druhým a třetím stupněm obezity hlásí omezování v tomto prostředí bezmála třikrát častěji než lidé s normální váhou. V rámci pohlaví se častěji s diskriminací svěří obézní ženy než obézní muži. Jedinci s vysokoškolským vzděláním ohlašují zkušenost s diskriminací častěji než osoby se středoškolským vzděláním.

#### **3.3.1 Zaměstnání**

Lidé trpící obezitou se s výsměchem mířeným na jejich váhu setkávají ve svém zaměstnání. Posměšků či dotazů na jejich váhu se jim dostává jak od spolupracovníků, tak od zaměstnavatelů. Ve studii Rothbluma, Branda, Millera a Oetjena (1990) z 453 probandů



byly ve 26 % případů velmi obézním jedincům odepřeny výhody či povýšení. 17 % jedinců s těžkou obezitou uvádělo, že byli kvůli své váze propuštěni nebo nuceni podat výpověď. Nebyl spatřen výrazný rozdíl v platech a v prestiži zaměstnání mezi lidmi s normální váhou a obézními osobami. Doporučení o nástupním platu se nelišila u lidí s nadváhou a lidí s normální hmotností ani ve výzkumu Kutchera a Braggera (2004). Naopak ve studii Sarlio-Lähteenkorva a kol. (2004) vyšly najevo rozdíly v příjmech obézních žen, které dosáhly vyššího vzdělání, a pracovníků s normální váhou stejného vzdělání. Ženám s obezitou byly vypláceny menší částky. Podobná situace panovala v případě vyššího postavení obézní ženy a stejného postavení muže s normální váhou. Nižší plat byl zaznamenán také u žen s nadváhou se středním vzděláním a u manuálně pracujících. U mužů nebyly tyto nevýhody pramenící z tělesné hmotnosti přítomny.

Někdy mohou být lidé s obezitou či nadváhou znevýhodněni již před samotným započítáním pohovoru (Puhl & Brownell, 2012). Výsledky studie Kutchera a Braggera (2004) potvrzují, že na žadatele o zaměstnání s nadváhou bylo skutečně nahlíženo negativněji než na žadatele o zaměstnání s normální váhou. Vedle toho zkoumali rozdíl mezi nestrukturovaným a strukturovaným rozhovorem. Na rozdíl od nestrukturovaného rozhovoru nenalezli v případě strukturovaného rozhovoru žádné významné odlišnosti mezi hodnocením uchazečů s normální váhou a nadváhou.

O zákaz diskriminace zaměstnanců se zdravotním postižením se jako první pokoušel rehabilitační zákon pocházející z roku 1973. Mezi zdravotně či mentálně postižené zaměstnance ovšem neřadil osoby trpící obezitou (Employer Assistance and Resource Network on Disability Inclusion, 2020). Rovné podmínky pro osoby s postižením řeší také zákon z roku 1990 – The Americans with Disabilities Act (2020). Ten se zaměřuje na všechny oblasti veřejného života (zaměstnání, škola, veřejná doprava). Tímto druhem diskriminace se zabývá také Equal Employment Opportunity Commission (Komise pro rovné pracovní příležitosti) (nedat.), která považuje za postižení i obezitu, ale pouze její nejtěžší formu. Je však vhodné se zamyslet nad tím, zda se obezita může pokládat za postižení (Puhl & Brownell, 2012).

Existuje pouze jediný stát, který zakazuje diskriminaci obézních lidí na pracovišti. Jedná se o americký stát Michigan, v němž zákon Elliot-Larsen Civil Rights Act of 2000 (2006, §3.548(102)) nepřipouští odmítnutí obézního žadatele o práci zaměstnavatelem, zaměstnavatel nemůže odříct obéznímu zaměstnanci odměny či privilegia spojená s daným

zaměstnáním a nemá dovoleno jakýmkoli způsobem omezit zaměstnance s vyšší hmotností v jeho možnostech.

### **3.3.2 Vzdělání**

Předsudky vůči obézním lidem se týkají také vyučujících. Ve výzkumu Neumark-Sztainera, Storyho a Harrise (1999) bylo přes 50 % učitelů přesvědčeno, že si za obezitu člověk může sám, jelikož se přejídá, má špatné stravovací zvyklosti a málo sportuje. Přes 20 % vyučujících považuje žáky trpící obezitou za více emocionální, předpokládají, že mají menší šanci uspět v práci, a že se svými osobnostmi odlišují od dětí s normální váhou. Téměř dvě třetiny učitelů tvrdilo, že obezitou často trpí osoby, které jsou závislé na jídle. Jedna třetina pak zastávala názor, že existuje rozdíl mezi množstvím jídla, které konzumují obézní lidé a lidé s normální váhou. Na druhou stranu více než 50 % účastníků výzkumu věřilo, že svůj podíl na nemoci mají i biologické faktory.

Bohužel zaujatost vůči obézním jedincům byla zaznamenána též u učitelů tělesné výchovy. Převahovala především implicitní forma, která může mít za následek nízká očekávání vyučujících vůči obézním studentům. Kdyby se tato očekávání naopak zvýšila, mohla by se objevit větší pravděpodobnost, že učitel obézního žáka motivuje a nasměruje k aktivnímu životnímu stylu. Výsledky však odhalily i přítomnost explicitní „pro-fat bias“ (jev opačný postoji proti obezitě), což naopak může poukazovat na pozitivní, tedy nediskriminující chování ze strany vyučujících k obézním žákům (Fontana et al., 2016).

Předsudky vůči obézním lidem se u vyučujících mohou promítnout i do hodnocení obézních studentů. Ve studii MacCanna a Robertse (2012) bylo zjištěno, že obézní studenti byli skutečně klasifikováni hůře než studenti s normální hmotností, a to jak na středních školách, tak na univerzitách. Role přitom nehrála inteligence, socioekonomický status ani odlišný vztah ke škole.

### **3.3.3 Zdravotní služby**

Mnohé výzkumy dokládají diskriminaci lidí na základě váhy ve zdravotnickém prostředí (Foster et al., 2003; Schwartz, Chambliss, Brownell, Blair & Billington, 2003). Ženy ze studie Puhl a Brownell (2006) uváděly lékaře jako nejčastější zdroj zkušeností stigmatu, u mužů se zdravotníci v tomto ohledu umístili na druhém místě.

Negativní postoje vůči obezitě se vyskytují již u studentů medicíny či výživy a dietologie. V porovnání se studenty vnitřní architektury byla zaznamenána vyšší míra negativních postojů u studentů výživy a dietologie (Hayran, Akan, Özkan & Kocaoglu, 2013). Ačkoli si jsou studenti medicíny vědomi závažnosti nadváhy a obezity, i přesto se domnívají, že si za svůj zdravotní stav lidé mohou v mnoha případech sami. Zastávají názor, že se jedná o důsledek pozitivní energetické bilance (nedostatek aktivity, nadbytek jídla) následované přesvědčením o nevhodných osobnostních rysech (nuda, slabá vůle, psychické problémy). Věří, že mimo zmíněné příčiny obezitě napomáhá také dnešní společnost (klamavá reklama, kulturní vlivy, přebytek jídla). Nejmenší důraz kladou paradoxně na biomedicínské příčiny (endokrinní a metabolické poruchy, genetické faktory (Pantenburg et al., 2012).

Stejný názor zastávají i někteří již vystudovaní lékaři (Foster et al., 2003). Silná implicitní i explicitní zaujatost proti tloušťce byla patrná jak u lékařů ženského, tak mužského pohlaví (Sabin, Marini & Nosek, 2012). Bylo zjištěno, že dokonce i u zdravotnických specialistů na obezitu (pracujících přímo s obézními lidmi, výzkumníků a studentů) se vyskytuje a projevuje stigma vůči obézním osobám. Obézním jedincům přisuzují charakteristiky lenost, hloupost a bezcennost. Méně předsudků se objevuje u starších mužů pozitivně emočně naladěných, kteří mají sami problém s váhou, jsou obklopeni obézními přáteli a kteří mají porozumění pro zkušenost s obezitou. Tato zjištění podporují fakt, že stigma týkající se obezity dosahuje velkých rozměrů (Schwartz et al., 2003). Stigmatizace na základě váhy se týká také zdravotních sester – 24 % z nich ve studii Puhl & Brownella (2012) uvedlo, že se cítí odrazeny obézními lidmi.

Negativní postoje k obézním osobám mohou v konečném důsledku způsobovat, že se tito lidé vyhýbají lékařům a zdravotním prohlídkám, což má dopad na jejich zdraví (Puhl & Brownell, 2012). Existují však i výzkumy, z nichž naopak vyplývá, že ne vždy je s obézními pacienty nakládáno ve zdravotnickém prostředí špatně, alespoň co se týká jejich celkového zdraví. S péčí o jejich hmotnost spokojenost klesá (Wadden et al., 2000).

### **3.3.4 Rodina**

Ani odlišné chování vlastní rodiny k jejím obézním členům a členům s normální váhou není výjimkou. Otlé jedince nazývají posměšnými přezdívkami směřujícími na jejich tělesné rozměry (Cossrow et al., 2001; Puhl, Moss-Racusin et al., 2008). Často na ně míří negativní komentáře týkající se vyšší váhy (Puhl & Himmelstein, 2018). Friedman a kol. (2005)

uskutečnili studii s 93 obézními jedinci vyhledávajícími léčbu. V 98 % se tito lidé setkali s pohrdavými poznámkami ze strany svých rodin a 86 % věřilo, že se jejich blízcí cítí trapně kvůli jejich váze. Ve výzkumu Neumark-Sztainera a kol. (2002) vyšlo najevo, že 47 % adolescentních dívek s nadváhou a 34 % adolescentních chlapců trpících nadváhou mělo zkušenosti se zesměšňováním ze strany rodinných příslušníků. Někdy bývají rodiče zaujati vůči dcerám trpícím obezitou či nadváhou, kterým neposkytují dostatečnou finanční oporu ve studiu na vysoké škole (Crandall, 1995).

Kromě rodičů a jiných členů rodiny se lze s negativními komentáři a posměšky vůči obézním lidem setkat u manželů/manželek a přátel (Puhl, Moss-Racusin et al., 2008). Ve studii Neumark-Sztainera a kol. (2002) uvedlo 63 % dívek s nadváhou a 58 % chlapců bojujících s nadváhou, že mají tuto zkušenost ze strany svých vrstevníků.

### **3.3.5 Randění a sexuální zkušenosti**

Cawley, Joyner a Sobal (2006) zkoumali vztah mezi výškou, váhou, randěním a sexuální aktivitou u adolescentů. Zjistili, že u obézních dívek a chlapců existuje asi o polovinu menší pravděpodobnost zahájení randění. Mají také celkově méně schůzek než dospívající s normální váhou. V případě četnosti pohlavního styku nebyly výsledky tak jednoznačné. Ve studii Regana (1996) studenti posuzovali obézní jedince. Obézní ženu považovali za méně sexuálně atraktivní, ale kvalifikovanou a vřelejší. Nicméně dodávali, že tato žena má menší pravděpodobnost prožití sexuální touhy a různých sexuálních praktik (například orální sex) než žena s normální váhou či obézní muž. U obézního muže odhadovali, že bude mít podobné sexuální zážitky jako muž s normální hmotností, i když byl dle jejich názoru méně přitažlivý a žádoucí. Takovéto vnímání lidí trpících obezitou a jejich sexuality může mít dopad na jejich sociální život. Partneri otlých osob mohou mít výše zmíněný pohled na jedince s obezitou a podle toho se k nim také chovat. Důsledek lze spatřit v sebepojetí obézních lidí, především žen.

Fakt, že obézní ženy mají problémy v sexuálním životě, dokládá studie Gaileyho (2012), ve které 34 obézních či morbidně obézních žen (94 % vzorku) potvrdilo, že výsměch mířený na jejich tělo negativně ovlivňuje jejich vztahy a sexuální život. Uváděly, že byly některými muži využívány jenom kvůli pohlavnímu styku. Velice záleží, jak se na sebe obézní ženy dívají. Jestliže se za své tělo nestydí a dají tento pohled na sebe sama najevo, bývají se svým sexuálním životem zpravidla spokojenější.

S tímto tématem se pojí termín „hogging“, jenž označuje jednání mužů, obvykle v prostředí baru, kteří se vsází o to, kdo nějakým způsobem zkontaktuje obézní ženu, ženu s nadváhou nebo neatraktivní ženu (tančení, získání telefonního čísla, pozvání domů, sexuální styk). Důvodem bývá také uspokojení sexuální touhy. Tito muži zastávají názor, že ženy s větší hmotností si zmíněné jednání zaslouží a že si o takový způsob chování sami říkají, protože z nich vyzařuje zoufalost. Někteří tvrdí, že je tento druh „zábavy“ normální a humorný. Jiní využívají hogging k zamaskování oblíbenosti obézních žen, čímž se vyhýbají posměchu ze strany ostatních mužů, kteří volí kontakt raději se štíhlými ženami či s ženami s normální váhou (Gailey & Prohaska, 2006).

### 3.3.6 Média

Obézní lidé či lidé s nadváhou bývají zesměšňováni v obchodech, jsou o nich vymyšleny vtipy a různé narážky a posměchu se jim dostává také v médiích (Puhl & Brownell, 2012). Ta mají jistý podíl na utváření obrazu ideální lidské postavy. Tlak je vyvíjen především na ženy a jejich tělo (obzvláště v západní kultuře) (Grogan, 2000). Výzkum Herboza, Tantleff-Dunna, Gokee-Larose a Thompsona (2004) odhalil, že v téměř 60 % analyzovaných videích byly zobrazeny hubené ženy. Pouze ve 32 % videí se vyskytovaly ideální mužské postavy – svalnatí muži. Výskyt štíhlých žen na televizních obrazovkách se různí od skutečnosti. V reálném světě trpí obezitou 1 ze 4 žen, v tom televizním se poměr změnil na 3 ze 100. Naopak ženy s podváhou se v televizi objevují mnohem častěji, než tomu bývá ve skutečnosti – 5 % stouplo na 1 ze 3 žen. Co se týče mužů, ti jsou v reálném životě třikrát častěji obézní, než je tomu na televizních obrazovkách. S podváhou se u televizních mužských postav divák setká šestkrát častěji než ve skutečném životě (Greenberg, Eastin, Hofschire, Lachlan & Brownell, 2003). Fouts a Burggraf (2000) pracovali s tzv. situačními komedii charakteristickými přenosem v hlavním vysílacím čase, délkou kolem 30 minut a reakcemi živého či nahraného publika. Autoři uvedli, že na 14 % hlavních ženských postav reagovali muži negativními komentáři vůči jejich váze, přičemž čímž vyšší byla hmotnost seriálové postavy, tím muži vyslovovali negativnější poznámky. Na 80 % těchto připomínek navázal smích publika, z čehož vyplývá, že je taková reakce (smích) na ženy s větší hmotností v podstatě v pořádku. Obézní televizní postavy bývají v médiích spojovány s negativními charakteristikami. U žen s nadváhou nebo obezitou se nepředpokládá, že budou pokládány za atraktivní, že si najdou romantického partnera nebo projeví fyzickou náklonost. Podobně tomu je u obézních mužů a mužů s nadváhou. Otlí jedinci se stávají

terčem posměchu. Často se objevují ve scénách, v nichž se konzumuje a pije (mimo alkohol) (Greenberg et al, 2003).

Guillen a Barr (1994) se ve svém výzkumu zaměřili na tehdy nejoblíbenější časopis dospívajících dívek ve Spojených státech amerických v letech 1970–1990. Porovnávali, zda se v časopise za daná léta mění prezentovaná tělesná schémata a jakým způsobem. Z výsledků vyplývá, že zkoumaný časopis pomáhá k vytváření kulturního prostředí, které po ženách vyžaduje, aby hubly, a které prosazuje štíhlost. V průběhu času byl patrný stále větší důraz na fitness a na zmenšující se poměr boků a pasu.

McClure, Puhl a Heuer (2011) realizovali studii na téma, zda fotografie v novinových článcích ovlivňují postoje vůči obezitě. Respondentům byl předložen emočně nezabarvený článek o této nemoci s příloženou fotografií ženy. Fotografie neobdržela jen kontrolní skupina. Tato žena byla vyobrazena buď stereotypně (jedla nezdravé jídlo), nestereotypně (cvičila), lichotivě (měla hezké oblečení), nebo nelichotivě (důraz byl kladen na její obezitu). Poté byli respondenti vyzváni, aby zodpověděli na několik obecných otázek týkajících se jejich postojů vůči obézním osobám. Více negativních postojů vůči obézním lidem zaznamenali u negativních fotografií (nelichotivých a stereotypních). U nestereotypních a lichotivých fotografií byl počet těchto postojů menší.

### **3.4 Rozdíly ve vnímání osob s nadváhou a obezitou**

Způsob, jakým společnost nazírá na obézní osoby, se liší napříč různými kategoriemi. Vnímání obézních lidí, intenzita negativních postojů, míra předsudků, stereotypů, diskriminace a stigmatizace je rozdílná mezi ženskými a mužskými jedinci, u různých věkových kategorií a kategorií BMI, u odlišného socioekonomického statusu a jednotlivých ras. Níže budou uvedeny výzkumy zkoumající tyto odlišnosti.

#### **3.4.1 Pohlaví**

Mezi mužským a ženským pohlavím existují v souvislosti s předsudky a stereotypy spojenými s obezitou značné rozdíly. Muži častěji vykazují nelibost a mají více předsudků vůči obézním lidem nebo lidem s nadváhou než ženy (Aruguete, Yates & Edman, 2006; Flint et al., 2015, Hayran et al., 2013; Latner, Stunkard & Wilson, 2005; Magallares & Morales, 2013; Pantenburg et al., 2012; Pearl, Puhl & Brownell, 2012; Sabin et al., 2012).

Diskriminovány na základě váhy jsou zejména ženy, jejichž hodnota BMI se pohybuje mezi 30–35 (Puhl, Andreyeva & Brownell, 2008). Rozpětí tolerované tělesné váhy u žen je obecně užší než u mužů (Cossrow et al., 2001). Ženy ve větší míře zvnitřňují společenskou hodnotu štíhlosti, v důsledku čehož si dávají větší pozor na přibírání na váze (Magallares & Morales, 2013). Ve studii Robinsona a kol. (1993) vyplynulo, že větší strach z tloušťky zažívají ženy, což potvrzují i další výzkumy (Lieberman, Tybur & Latner, 2011).

### **3.4.2 Věk**

Výsledky studie Latnera a kol. (2005) naznačují, že na rozdíl od dětí dospělí jedinci častěji přijímají obézní vrstevníky. Závěry výzkumu Flinta a kol. (2015) poukazují na negativnější postoje vůči obézním lidem mezi respondenty ve věkové kategorii 18–25 let oproti věkové kategorii 26–50 let, kde je intenzita a míra předsudků a stereotypů ohledně obezity slabší. V první zmíněné věkové kategorii také převládalo přesvědčení, že je obezita kontrolovatelná, tedy že si ji lidé způsobují sami svým špatným životním stylem či nedostatkem pohybu. Lieberman a kol. (2011) také nachází negativnější postoje vůči obézním lidem u mladších osob.

### **3.4.3 BMI**

Některé výzkumy odhalily, že existují rozdíly mezi kategoriemi BMI a negativními postoji vůči obezitě. Ve studii Sabina a kol. (2012) se projevila silná implicitní i explicitní zaujatost vůči tloušťce u lékařů, kteří spadali do kategorií podváha, normální hmotnost a nadváha. U obézních lékařů byl tento postoj mírnější. Flint a kol. (2015) také zaznamenali méně negativní postoje vůči obezitě u osob s nadváhou a obezitou. Puhl a kol. (2011) došli k závěru, že studenti z jejich výzkumného souboru vykazují negativnější postoje vůči obézním lidem, jestliže je jejich hodnota BMI nižší. Ve výzkumu Liebermana a kol. (2011) u žen s vyšším BMI rovněž ustupovaly negativní pohledy na obézní lidi.

V jiných studiích se tento vztah nejevil jako významný nebo se neprojevil vůbec (Neumark-Sztainer et al., 1999). Například ve výzkumu Hanssona a kol. (2009) s desetiletými dětmi se neprokázalo, že by spolu souviseli vlastní hmotnost a předsudky vůči různým tvarům a velikostem těla. Ke stejným výsledkům u vysokoškolských studentů došel Crandall (1994), který taktéž poukázal na fakt, že se negativní postoje k lidem s větší hmotností vyskytují i u lidí, kteří sami trpí obezitou (mají tedy podobné BMI). Také Latner

a kol. (2005) potvrdil, že se stigmatizace u obézních lidí, osob s nadváhou a jedinců s normální váhou příliš neliší.

### **3.4.4 Socioekonomický status**

Souvislost mezi mírou diskriminace, stereotypů, předsudků na základě tělesné hmotnosti a socioekonomickým statusem popisuje například výzkum Davisona a Bircheho (2004), kteří došli k závěru, že vzdělanější otcové s vyšším rodinným příjmem častěji vyjadřovali stereotypy o obézních osobách. Z výsledků studie Hanssona a kol. (2009) vyplývá, že se u dětí s vyšším socioekonomickým statusem objevuje větší pravděpodobnost, že se setkají s předsudky vůči jejich váze než jejich vrstevníci s nízkým socioekonomickým statusem. Závěry studie Carra, Jaffeho a Friedmana (2008) s dospělými odpovídaly předešlému výzkumu. Diskriminace byla častější u obézních osob s vyšším socioekonomickým statusem oproti obézním lidem s nízkým socioekonomickým statusem.

### **3.4.5 Etnicita**

U afroamerických žen se oproti afroamerickým mužům a bělošským mužům vyskytuje slabší stigmatizace. Ve větší míře shledávaly obézní osoby sympatickými v porovnání s bílými ženami. Pozitivnější postoj k obézním lidem oproti bělochům zaujímalí Asiaté. Neprokázaly se žádné rozdíly v oblíbenosti obézních osob mezi Hispánci a bělochy, ani mezi afroamerickými muži a bílými muži (Latner et al., 2005). Ve studii Peppera a Ruize (2007) se prokázaly rozdíly mezi Američankami evropského původu a Latinské Ameriky, přičemž silnější zaujetí vůči tloušťce se objevovalo u Američanek evropského původu.

Wade, Loyden, Renninger & Tobey (2003) pracovali s 64 studenty bělošské rasy (49 žen, 15 mužů) ze soukromé univerzity v USA. Tento vzorek hodnotil lépe bílé ženy s normální váhou než bílé ženy s nadváhou, včetně oblasti atraktivity. U černé rasy se tyto výsledky nepotvrdily – hodnocení (včetně atraktivity) se neodvíjelo od hmotnosti.

Ve studii Carra a kol. (2008) porovnávali zkušenosti se špatným zacházením u bílých mužů a černochoů. Pracovali se třemi škálami – nedostatek respektu, zacházení s člověkem s očekáváním jeho špatného charakteru a škádlení/obtěžování. U bílých mužů s obezitou druhého a třetího stupně bylo zaznamenáno nevhodné jednání ve všech třech škálách v porovnání s bílými muži majícími normální váhu. Obézní černí muži (obezita druhého a třetího stupně) se se špatným zacházením potýkali méně často oproti černým mužům, kteří měli normální hmotnost. I přesto však černoši zažívali ve všech kategoriích BMI častěji



špatné jednání vůči jejich osobám na rozdíl od bělochů. Jedinou kategorií, pro kterou tyto výsledky neplatily, byla škála škádlení/obtěžování.

### 3.5 Vnímání obezity adolescenty

Téma vnímání obezity očima adolescentů (žáků středních škol) je prozatím zmapováno pouze poskromnu. Z údajů z kapitoly Adolescence vyplývá, že by se adolescent mohl inspirovat názory vrstevníků spíše než autorit, možná i v oblasti postojů vůči obezitě. Velký vliv na formování postojů vůči obézním lidem mohou zastávat média, jelikož lidem trpícím touto nemocí často přiřazují negativní charakteristiky, čímž mohou být posíleny předsudky a stereotypy vůči nim (Greenberg et al., 2003).

V průřezové studii z roku 2008 vyšlo najevo, že respondenti vnímají neustálý přírůstek případů obézních jedinců a osob s nadváhou. Mají také znalosti jejich důsledků na fyzické i psychické zdraví. Důraz kladou především na psychosociální problémy pramenící z této nemoci, do nichž zahrnují zesměšňování, sociální vyloučení nebo šikanu. Za příčinu povětšinou považují prostředí bohaté na mastná a nezdravá jídla, neposkytnutí možnosti více sportovat v rámci školy a špatný přístup rodičů ke stravování dítěte. Autoři ovšem upozorňují na nereprezentativní vzorek (n = 58, věk 12–17 let, Austrálie) (Booth, Wilkenfeld, Pagnini, Booth & King, 2008). Wilson (2007) zkoumal postoje žáků středních škol k obézním lidem nebo osobám s nadváhou. Výsledky poukázaly na převahu negativních postojů vůči těmto jedincům (63 %). Téměř o polovinu žáků méně (32 %) zaujímal neutrální postoj a pouze méně než 6 % uvádělo pozitivní pohled na tyto jedince. Generalizace na celou populaci žáků středních škol je ovšem limitována, jelikož se jednalo o žáky ze středních škol z venkovské středozápadní komunity a v jiných nastaveních by se nemusely objevovat stejné závěry.

Některé studie se svým obsahem zaměřují na situaci panující mezi obézními žáky a žáky, které tato nemoc nepostihuje, na jejich vztahy. Reakce adolescentů na obézní vrstevníky zahrnují posmívání se, vymyšlení urážejících přezdívek, ignorování, nezapojování do společenských aktivit, vymyšlení nepravdivých informací o těchto osobách nebo obtěžování v oblasti psychické či při různých fyzických aktivitách (Puhl et al., 2011). Žáci střední školy předpokládali, že jejich obézní vrstevníci jedí více v porovnání s těmi s normální váhou. Přiřazovali jim také více negativních vlastností (líní, osamělí, pomalí, nepořádní), zatímco štíhlé lidi spojovali spíše s pozitivními charakteristikami (sebevědomí, hezcí, šťastní, přátelští, čestní). Uváděli, že na rozdíl od žáků s normální váhou jejich obézní

vrstevníci nemají mnoho kamarádů a je u nich větší pravděpodobnost šikany. Respondenti se raději socializovali v rámci skupiny štíhlých osob než osob s nadváhou nebo obezitou. Pro obézní adolescenty mohou tyto postoje představovat jisté nebezpečí v podobě jejich internalizace a například následném nezdravém hubnutí (Greenleaf, Chambliss, Rhea, Martin & Morrow, 2006).

Zmíněné výzkumy mají svá omezení. Autoři studií zmiňují, že je zapotřebí dalších bádání, která zapracují na zlepšení nedostatků uvedených prací a které se problematikou postojů adolescentů vůči obezitě budou dále zabývat a zkoumat je. Tyto studie mapující aktuální situaci stigmatizace obézních osob mohou posloužit pro další výzkumy zabývající se účinností intervenčních programů, jejichž úkolem by mělo být zmírnění předpojatosti k tloušťce a zabránění dalšího šíření (Greenleaf et al., 2006).

### **3.6 Nástroje zlepšení negativních postojů k obezitě**

Sami lidé zažívající diskriminaci na základě váhy vidí zlepšení situace ve větší informovanosti veřejnosti o zažitých stereotypch vůči obezitě. Jejich požadavkem je také kladení menšího důrazu na štíhlé postavy jakožto ideální velikosti těla. K požadovanému výsledku ve formě zmírnění negativních postojů k obézním osobám by mohlo dopomocť rozšíření povědomí zejména o příčinách této nemoci či o tom, jak nesnadné je zhubnout (Puhl, Moss-Racusin et al., 2008). Ovšem výsledky zejména posledního zmíněného postupu, jak naznačují dále uvedené výzkumy, jsou poněkud rozporuplné.

Znalost konkrétní příčiny obezity může mít jistou souvislost s vyjádřenými postoji vůči obézním lidem. Jestliže člověk vnímá obezitu jako důsledek vlastního chování, jsou jeho postoje negativní. V případě, kdy je obezita považována za biologické onemocnění nebo je ovlivněna sociologickými faktory, se objevují negativní postoje v menší míře (McClure et al., 2011). Puhl, Latner, O'Brien, Luedicke, Danielsdottir & Forhan (2015) studovali 4 země (Spojené státy, Island, Kanada, Austrálie) v souvislosti se zaujatostí proti obezitě, přičemž u dospělé populace platilo na všech místech, že v případě příčiny obezity spočívající ve vlastním chování byly postoje vůči obézním lidem negativnější. U vzorku studentů byly tyto postoje silnější, jestliže příčiny obezity přisuzovali nedostatku vůle.

Teachman, Gapinski, Brownell, Rawlins a Jeyaram (2003) zjišťovali, zda lze změnit implicitní zaujatost vůči osobám s nadváhou pomocí prozrazení příčin obezity ve třech skupinách osob. Jedna skupina probandů dostala informace pojednávající o genetické

příčině. Druhé bylo řečeno, že hlavní příčinu obezity lze shledat v přejídání se a nedostatku pohybu (sebekontrola). Poslední skupina žádnou podobnou informaci neobdržela. Došli k závěru, že v případě poskytnutí informace o obezitě vzniklé z vlastní viny (přejídání se a nedostatek pohybu), se stává zaujatost vůči obézním lidem silnější. Opačný účinek, tedy že by informace poukazující na genetické faktory vzniku obezity snižovala předpojatost vůči obézním jedincům, se neprokázal. Ani jejich další studie, v níž byla vyvolávána empatie k obézním lidem čtením příběhů o diskriminaci těchto jedinců, neprokázala, že by se snížilo množství předsudků. Jediný případ, ve kterém došlo ke snížení zaujatosti vůči osobám s nadváhou, bylo mezi samotnými účastníky s nadváhou.

Své místo ve zlepšení situace stigmatu na základě váhy má bezpochyby politika týkající se obezity a veřejného zdraví, která může odsunout pozornost od obviňování těchto osob (Tomiyaama, 2014). Je nutné společnost upozornit na vážnost stigmatizování obézních lidí a na možné důsledky, kterým tyto osoby musí čelit (Wu & Berry, 2017).

Další způsob, který by mohl pomoci zredukovat předsudky vůči obezitě a s tím spojenou diskriminaci, spočívá ve změně pohledu na lidi s nadváhou či obezitou v médiích. Jestliže média nezobrazují obézní jedince v negativních stereotypních situacích, naopak je na ně pohlíženo pozitivně, stoupá sociální preference obézního jedince (Pearl et al., 2012). Obecně vliv na sebevědomí žen, včetně těch bojujících s vyšší hmotností, by mohl mít častější výskyt jedinců s nadváhou či obezitou v médiích, což potvrzuje studie Claytona, Ridgwaya a Hendrickse (2017). Do výzkumu se zapojilo 49 žen, jejichž úkolem bylo prohlížení obrázků mediálních módních modelů s různými tvary a velikostmi těla a následné srovnání prezentovaného modelu se sebou a sdělení spokojenosti s vlastním tělem. Bylo zjištěno, že v případě předložení modelů s větší hmotností a velikostí vykazovaly ženy nejvyšší spokojenost a nejmenší srovnávání. Zatímco v opačném případě, tedy při prezentování štíhlých modelů, se spokojenost snížila a sociální srovnání zvýšilo.

Daniel Callahan ve svém článku *Obesity: Chasing an Elusive Epidemic* (2013) píše, že by se měla vytvořit antiobezitní kampaň. Jedna z jejích hlavních cílových skupin by byli lidé, kteří si neuvědomují svou nadváhu či obezitu. Podle něj tito jedinci netuší, že se jejich váha liší od „normálu“, protože osoby se stejným tělesným vzhledem vidí kolem sebe. Záměrem by nebylo obviňování těchto lidí, nýbrž uvědomění si, jak je důležitá odpovědnost sama za sebe. Inspiroval jej jeho vlastní příběh se stigmatizační kampaní proti kouření, která jej zbavila jeho zlovyku. Stejně silným důvodem k ukončení kouření byl pro něj stud a společenské pohrdání jako možné negativní ovlivnění zdravotního stavu a fakt, že když

mohou přestat ostatní, může i on. Jelikož zmíněná kampaň slavila úspěch, domníval se, že by se mohla uspořádat kampaň za stigmatizaci obezity, jež by fungovala na stejném principu.

S diskriminací na základě tělesné hmotnosti bojuje například nezisková organizace the National Association to Advance Fat Acceptance (Národní asociace pro podpoření přijetí obézních lidí) (nedat.) založená již v roce 1969. Snaží se o rovný přístup a zajištění důstojnosti k lidem všech velikostí. Tohoto cíle se snaží dosáhnout prostřednictvím veřejného vzdělání, rozšiřování povědomí o tomto druhu diskriminace, podpory a obhajování stejných práv pro lidi s nadváhou či obezitou. Podporují také zásady přístupu Health At Every Size (zdraví v každé velikosti), který klade důraz na celkové „well being“, jež se nesoustředí jen na štíhlé osoby, nýbrž na osoby s tělem různých tvarů a velikostí. National Eating Disorder Association (Národní asociace poruch příjmu potravy) (nedat.) se ujalo (po spojení s Binge Eating Disorder Association) pořádání Weight Stigma Awareness Week. Jedná se o každoroční týdenní akci, jejímž cílem je poukázat na závažnost stigmatizace na základě váhy u lidí s různou velikostí a tvarem těla, mimo jiné v souvislosti s poruchami příjmu potravy, a dosáhnout odstranění tohoto běžně se vyskytujícího jevu.

Existuje několik dalších organizací, které se snaží šířit povědomí o obezitě a její komplexnosti. Tyto organizace jsme uvedli v kapitole o obezitě.

### **3.7 Legislativní ustanovení zákazu diskriminace na základě váhy**

V okrese Kolumbie je platný zákon o lidských právech, který zakazuje diskriminaci osob na základě 21 vlastností včetně vzhledu, jenž zahrnuje i hmotnost (Office of Human Rights, nedat.). V San Franciscu existuje taktéž zákon zakazující diskriminování osob kvůli váhy (Human Rights Commission, nedat.). Podobné zákony se objevují také ve městě Santa Cruz v Kalifornii, ve Washingtonu, Urbaně, Illinoisu, Binghamtonu a Madisonu. V jiných částech Ameriky je tato diskriminace legální. Zakázáno je pouze omezování osob na základě rasy, barvy pleti, náboženství, pohlaví a původu (Puhl, Latner, O'Brien, Luedicke, Danielsdottir & Salas, 2015).

### **3.8 Související pojmy**

Uvádíme pojmy sebepojetí a body image, které jsou úzce provázané s vytvářením postoje, jaký k sobě obézní člověk zaujímá, v jehož důsledku může trpět nejen v psychické oblasti.

Přidáváme stručný přehled proměny ideálního těla v čase, který nám v souvislosti s touto problematikou přijde důležitý.

### 3.8.1 Sebepojetí

Sociální psychologie se sebepojetím začala zabývat od konce 19. století, kdy byly současně položeny jeho základy. Jedná se o „obraz já“ nebo „postoj k vlastnímu já“ (Fialová & Krch, 2012). Díky uvědomování si sebe sama v situacích, v nichž o něco vědomě a záměrně usilujeme, a při zapojení vlastní vůle vzniká tzv. jáská zkušenost neboli zážitek vlastní jedinečnosti. Tímto procesem si člověk k sobě vytváří vztah, který je ovlivněn jak přítomností, tak minulostí a budoucností (Macek, 2008).

Tělesné sebepojetí je velmi podstatnou složkou celkového sebepojetí. Definovat jej můžeme jako postoj k vlastnímu tělu, který se ustavičně vyvíjí. Skládá se ze třech složek. Kognitivní složka poukazuje na znalost svého těla, jeho proporcí, tvaru a velikosti. Druhá komponenta – emocionální, udává, jak své tělo člověk hodnotí (spokojenost či nespokojenost, výkonnost). Činnostně regulativní složka zahrnuje životní styl jedince, stravovací a pohybové zvyklosti. Od roku 1950 se běžně používá pojem body image, který znamená „*způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí*“ (Grogan, 2000, 11). Jestliže jedinec přijímá své tělo a vykazuje s ním spokojenost, odpovídá tomu jeho zdravé sebevědomí a sebekontrola (Fialová & Krch, 2012).

Není pochyb o tom, že postoj a představa vlastního těla jsou komplexní povahy. Velkou roli zastává názor okolí, který na jedince, ať už vědomě či nevědomě, vyvíjí nátlak. Vliv má především rodina, vrstevníci a autority. Stejnou měrou působí také osobní zkušenost (Fialová & Krch, 2012). Do procesu tvorby postoje ke svému tělu nepochybně zasahují média. Již v kapitole o adolescenci byla zmíněna informace, že obzvláště ohroženou skupinu v tomto smyslu tvoří adolescenti. Člověk si na základě všech těchto vlivů vytváří a doplňuje obraz vlastního těla (Grogan, 2000).

### 3.8.2 Body shaming

Velmi blízké téma, které navazuje na negativní zkušenosti otlých osob, je body shaming, jenž oxfordský slovník definuje jako „*zažitou zkušenost negativních komentářů vztahujících se k tvaru nebo velikosti těla člověka*“ („Body shaming“, nedat.). Lidé, kteří body shaming prožívají, mají na své tělo negativní náhled. Tento postoj vede k zahalování a skrývání své postavy (Schooler, Ward, Merriwether & Caruthers, 2005).

### 3.8.3 Ideály krásy v průběhu času

Pohled na tělo a jeho ideální podobu se v průběhu času a místě neustále mění (Fialová & Krch, 2012). Svou roli zastává kultura, která jednoznačně zasahuje do představy ideálního těla. V chudých oblastech se štíhlost a hubenost spojuje s podvýživou a chudobou. Naopak tloušťka představuje zdraví a prosperitu. Někdy je kladné přijetí obezity spojeno s vyššími společenskými vrstvami. V západním světě byla štíhlost znakem bohatství (Fialová, 2001). V antickém Řecku lidé preferovali svalnaté muže a ženy s oblými tvary. Naproti tomu v antickém Římě se lze setkat s bulimickým typem chování, jelikož ideál krásy představovala štíhlá těla. V gotice lidé rovněž upřednostňovali štíhlost – ideálem byl Ježíš. V renesanci a potažmo i v baroku došlo k návratu k antice, přičemž důraz byl kladen především na sekundární pohlavní znaky (svaly a kostra u mužů, široká pánev a větší množství podkožního tuku u žen). V klasicismu převažovaly útlé pasy, k čemuž dopomáhaly korzety, později se prosazovaly větší obvody v prsou a bocích. Ve dvacátém století se uznávaly štíhlé postavy, které se postupně překlenuly až téměř do postav chlapeckých. V 60. letech byl u žen zaznamenán velký nárůst poruch příjmu potravy. Od 80. let je preferována štíhlá postava s větším zastoupením svalů. Jednotlivé etapy, zvláště ve dvacátém století, byly ovlivněny známými herečkami či modelkami (Fialová, 2006).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Statistiky upozorňují na neustále se zvyšující počet osob s nadváhou a obezitou. Můžeme se bavit o dani, kterou společnost platí za určitá zjednodušení, jež poskytují dnešní moderní technologie, díky nimž mohou lidé své povinnosti lehce plnit z pohodlí domova. Jsou upřednostňována sedavá zaměstnání okrádající lidi o pohyb. V uspěchané době se dobře daří fastfoodovým řetězcům, které podporují nezdravý styl stravování. Příčin obezity však existuje více, včetně geneticky podmíněných. Jejich znalost v souvislosti s postoji vůči lidem s obezitou považujeme za důležitou. Některé výzkumy totiž dokazují, že informace o původu tohoto onemocnění hrají roli v pohledu na obézní osoby (McClure et al., 2011; Puhl, Latner, O'Brien, Luedicke, Danielsdottir & Forhan, 2015). Výčet možných příčin je vypsán v teoretické části této práce. Společnost si k osobám s vyšší hmotností vytváří stanoviska, která se v nemálo případech ubírají negativním směrem. Přítomnost předsudků, stereotypů a diskriminace vůči obezitě a obézním osobám je nezpochybnitelná (Robinson et al., 1993; Schwartz et al., 2003; Turnbull et al., 2000). Diskriminaci zažívají obézní lidé v oblastech zaměstnání, vzdělání, v sexuální oblasti, ale také ve zdravotnictví. Poměrně šokující se může jevit, že negativní názory na otlilé lidi byly zmapovány i mezi specialisty na obezitu (Schwartz et al., 2003). Velkou roli v utváření představ o lidech s obezitou či nadváhou zaručeně zastávají média, která tyto jedince často prezentují jako osoby neustále obklopené jídlem, jež mají malé šance najít si romantického partnera nebo v očích ostatních nedosahují takové atraktivitu jako jejich štíhlí vrstevníci (Greenberg et al., 2003). Vztah k obezitě se svou intenzitou a zabarvením liší napříč rozdílnými socioekonomickými statusy a rasami. Z mnoha výzkumů vyplývá, že se více negativních předsudků objevuje u mužů (Aruguete et al., 2006; Magallares & Morales, 2013; Pantenburg et al., 2012).

Ačkoli si každý nemusí uvědomit eventuální závažný dopad vyřčeného soudu a vyjádřeného postoje mířeného na obézní lidi, způsobují tím otlilým lidem další problémy, zejména psychického rázu. Důsledky, které vyplývají z posměšků a diskriminace na základě váhy, rozvádíme v teoretické části.

Mapování předsudků, stereotypů a diskriminace v různých oblastech života vůči obézním osobám u dospělé populace či u studentů vysokých škol se věnovalo několik zahraničních studií (Crandall, 1994; Foster et al., 2003; Magallares & Morales, 2014; Puhl



& Brownell, 2012). Dosavadní zájem o tuto problematiku u adolescentů je však ve světě malý. V České republice se tématu postojů vůči obezitě u věkové skupiny 15–19 let dosud nevěnovala žádná pozornost. Naše studie je tedy první, která si dává za cíl informovat o aktuální situaci.

Prozatím nejsou k dispozici oficiální převedené psychodiagnostické metody, které by mapovaly postoje vůči obézním lidem. Abychom byli schopni určit přítomnost či nepřítomnost předpokladů, diskriminace a stereotypů spojených s obezitou, museli jsme vybrat vhodné nástroje a následně je převést.

#### **4.1.1 Výzkumné cíle**

Cíle práce zní následovně:

1. Převedení metod AFA a BAOP, které slouží k prozkoumání postojů vůči obezitě.
2. Ověření psychometrických parametrů nástrojů AFA a BAOP.
3. Zmapování postojů českých adolescentů ve věku 15–19 let vůči obezitě.
4. Zjištění rozdílů v těchto přesvědčeních mezi zvolenými proměnnými (pohlaví, BMI a typ školy).

# 5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Tato kapitola informuje o zvoleném designu výzkumu, který se vzhledem k dané problematice jevil jako nejvhodnější. Dále budou blíže představeny metody, které jsme pro zjištění postojů vůči obezitě vybrali. Uvedeme jejich popis a převod do české verze.

## 5.1 Design výzkumu

Na základě našeho výzkumného problému a cílů jsme zvolili kvantitativní design výzkumu. V případě cíle týkajícího se zmapování postojů adolescentů vůči obezitě se jedná o design na úrovni deskripce. K jeho dosažení bylo použito dotazníkové šetření.

Ke zjištění rozdílů mezi vybranými proměnnými sloužil design diferenčních přehledů, jejichž záměrem je nalézt odlišnosti u dvou či více skupin mezi zvolenými proměnnými (Ferjenčík, 2010). Data pocházela ze stejného dotazníkového šetření.

## 5.2 Aplikovaná metodika

Data byla získávána pomocí dvou metod – Antifat Attitudes Questionnaire (AFA, česky Dotazník postojů proti tloušťce, 1994) a Beliefs About Obese Persons Scale (BAOP, česky Škála přesvědčení o obézních osobách, 1991), které byly vedle jiných nástrojů zařazeny do testové baterie ve studii Pipové a kol. (2019), jež se zaměřuje na stravování, vztah k jídlu a s tím spojené psychologické proměnné u populace dospívající mládeže. Dále jsme pracovali s hodnotami indexem tělesné hmotnosti (BMI).

### 5.2.1 Dotazník postojů proti tloušťce (AFA)

Jedná se o dotazník sestaven Christianem S. Crandalle, který jej uveřejnil v roce 1994. Metoda zjišťuje různé aspekty postojů vůči tloušťce. Položky spadají na základě toho, jaké hledisko těchto postojů reprezentují, do třech faktorů – Dislike (Nechuť/odpor), Fear of Fat (Strach z tloušťky) a Willpower (Síla vůle) (Crandall, 1994). Vyšší skóre na subškále Nechuť/odpor poukazuje na větší nelibost vůči obézním lidem. Vyšší skóre na subškále Strach z tloušťky odhaluje silnější obavy z vlastního přibírání na váze. Vyšší hodnoty

na subškále Síla vůle reflektují silnější přesvědčení, že má jedinec váhu pod kontrolou (Magallares & Morales, 2014).

Dotazník obsahuje celkem třináct položek, které náleží k výše zmíněným faktorům. Subškála Nechuť/odpor zahrnuje sedm položek, další dvě subškály – Strach z tloušťky a Síla vůle jsou zastoupeny každá třemi položkami. Respondenti mohou vyjadřovat míru svého souhlasu či nesouhlasu na daná tvrzení na deseti bodové škále Likertova typu (od 0 – vůbec nesouhlasím, po 9 – zcela souhlasím). Pearsonův korelační koeficient pro subškály Nechuť/odpor a Síla vůle vyšla 0,43. Subškály Strach z tloušťky a Nechuť/odpor spolu nekorelovaly, z čehož vyplývá, že obavy z vlastního přibírání na váze nejsou hlavním důvodem, proč člověk nemá obézní lidi v oblibě. Korelace nebyla nalezena ani mezi subškálami Strach z tloušťky a Síla vůle (Crandall, 1994).

**Tabulka 5: Subškály a ukázkové položky dotazníku AFA**

Subškála	Popis škály a ukázka položek	$\alpha$
Dislike (Nechuť/odpor)	Škála Dislike reprezentuje hodnocení obézních lidí a lidí s nadváhou. - <i>Mám sklon si myslet, že lidé s nadváhou jsou trochu nedůvěryhodní.</i> - <i>Kdybych byl/a zaměstnavatel hledající pracovníky, asi bych nezaměstnal/a tlustého člověka.</i>	0,84
Fear of Fat (Strach z tloušťky)	Tato škála vyjadřuje obavy subjektů ohledně vlastní váhy a významnosti v souvislosti s přibíráním. - <i>Když přiberu, cítím se sám sebou znechucen/znechucena.</i> - <i>Jedna z nejhorších věcí, která by se mi mohla stát, je přibrat 10 kilo.</i>	0,79
Willpower (Síla vůle)	Třetí škála – Willpower reflektuje přesvědčení jednotlivců ohledně míry kontrolovatelnosti hmotnosti. - <i>Lidé, kteří váží příliš moc, mohou zhubnout prostřednictvím občasného cvičení.</i> - <i>Někteří lidé jsou tlustí, protože nemají žádnou vůli.</i>	0,66

*Pozn.:* Ve sloupci  $\alpha$  jsou uvedeny hodnoty koeficientu Cronbachova  $\alpha$  popsané v článku k metodě (Crandall, 1994).

### 5.2.2 Škála přesvědčení o obézních osobách (BAOP)

Škála přesvědčení o obézních osobách byla vytvořena Allisonem, Basilem a Yukerem v roce 1991. BAOP zjišťuje přesvědčení subjektů týkající se obézních osob pomocí osmi položek s možnostmi odpovědí naprosto nesouhlasím (-3), středně nesouhlasím (-2), mírně nesouhlasím (-1), mírně souhlasím (1), středně souhlasím (2) a naprosto souhlasím (3). Vyšší skóre poukazuje na silnější přesvědčení o nemožnosti obézní osoby kontrolovat svůj stav.

U metody BAOP se velikost Cronbachovy alfy pohybuje mezi 0,65 a 0,82 (Allison, Basile & Yunker, 1991)

Příklad položek: *Většina obézních lidí si svůj problém způsobuje tím, že má nedostatek pohybu* (položka číslo 4).

*Lidé můžou být závislí na jídle stejně jako jsou někteří závislí na drogách, a tito lidé závislí na jídle se obvykle stanou obézními* (položka číslo 8).

### 5.2.3 BMI

Mimo testových metod jsme pracovali také s hodnotami BMI, které se vypočítají z údajů tělesné výšky a váhy. Dle WHO (2000) se tyto hodnoty řadí mezi sedm kategorií – podvýživa, normální váha, nadváha, obezita 1. stupně, obezita 2. stupně a obezita 3. stupně. Pro malé zastoupení kategorií obezity 1., 2. a 3. stupně jsme tyto kategorie sloučili do jedné. Do výpočtů jsme také nezahrnuli kategorii podvýživa, jelikož jsme se v teoretické části věnovali pouze lidem spadajícím svými hodnotami BMI do kategorie normální váha, nadváha a obezita a v tomto duchu jsme se rozhodli pokračovat také ve výzkumné části.

## 5.3 Převod metod

Oficiální české verze námi vybraných metod AFA a BAOP (Allison et al., 1991; Crandall, 1994) zatím nejsou k dispozici. Z tohoto důvodu jsme byli nuceni převést metody z původní anglické podoby do české. Před tímto krokem jsme potřebovali získat souhlas autorů nástrojů. Prostřednictvím e-mailu jsme kontaktovali Davida B. Allisona a Christiana S. Crandalla, kteří s použitím metod v rámci této práce souhlasili.

V dalším kroku jsme požádali pět překladatelů (vyučující anglického jazyka, studenti překladatelství či anglické filologie, překladatelka), zda by byli ochotní poskytnout své verze překladu AFA a BAOP. Následně jsme vytvořili v programu Excel dvě tabulky, pro každou metodu zvlášť, a pod jednotlivé položky v anglickém originálu jsme uvedli dostupné překlady. Provedli jsme obsahovou analýzu a definovali české verze položek. Následoval zpětný překlad položek z českého jazyka do angličtiny, který nám poskytli dva překladatelé. Poté jsme porovnali, zda se původní anglické položky neliší svým významem od získaných překladů. V poslední fázi jsme vytvořili finální verze položek, které posléze prošly češtinářskou korekturou poskytnutou českou lingvistkou. Po těchto úpravách byly nakonec metody zařazeny do testové baterie.

## 5.4 Formulace hypotéz ke statistickému testování

Ke splnění výzkumného cíle jsme stanovili hypotézy, které budeme dále statisticky testovat. Hypotézy jsme rozdělili do tří částí, přičemž v první bude pozornost zaměřena na rozdíly mezi pohlavím, druhá se bude týkat rozdílů v postojích vůči obezitě mezi kategoriemi BMI a třetí mezi jednotlivými typy středních škol.

Hypotézy, které jsou zaměřeny na postoje vůči obezitě **u dívek a chlapců**, zní následovně:

H1: Chlapci dosahují nižšího průměrného skóru v metodě BAOP než dívky.

H2: Chlapci dosahují vyššího průměrného skóru v subškále Nechuť/odpor.

H3: Chlapci dosahují vyššího průměrného skóru v subškále Síla vůle.

H4: Chlapci dosahují nižšího průměrného skóru v subškále Strach z tloušťky.

Druhá skupina se orientuje na **rozdíly v mínění o obézních lidech mezi jednotlivými kategoriemi BMI**. Pracujeme s kategoriemi normální váha, nadváha a obezita. Hypotézy v této části zní:

H5: Existuje rozdíl mezi kategoriemi BMI v hrubém skóru metody BAOP.

H6: Existuje rozdíl mezi kategoriemi BMI v hrubém skóru metody AFA.

Třetí skupinu tvoří hypotézy, které jsou orientovány na **rozdíly u žáků gymnázií, středních škol s maturitou a středních škol bez maturity**.

H7: Existuje rozdíl mezi žáky různých typů středních škol v hrubém skóru metody BAOP.

H8: Existuje rozdíl mezi žáky různých typů středních škol v hrubém skóru metody AFA.

# 6 TECHNICKÉ PŘEVEDENÍ A SBĚR DAT

V této části bude nejprve představen technický plán výzkumu, na nějž navazuje proces sběru dat, tedy fáze probíhající v terénu.

## 6.1 Technický plán výzkumu

Nejprve jsme se věnovali důkladné rešerši odborné literatury a dostupných metod, které jsou orientovány na problematiku postojů vůči obézním lidem. Připravili jsme si ideový, technický a logistický plán. Vzhledem k velikosti zamýšleného vzorku byl vytvořen výzkumný tým v čele s PhDr. Martinem Dolejšem, Ph.D. Mezi výzkumníky došlo k rozdělení rolí, krajů a škol České republiky. Následovalo pilotní testování, po němž byla sestavena finální testová baterie.

Střední školy byly vybírány generátorem náhodných čísel ze seznamu škol daného typu z celé České republiky. Kontaktování ředitelů škol probíhalo písemně dopisem, emailem a telefonicky. V případě zájmu školy o zapojení se do naší studie byl domluven termín návštěvy školy výzkumníkem.

## 6.2 Sběr dat

Po získání souhlasu škol se zapojením se do naší výzkumné studie a naplánování termínu příjezdu výzkumníků na danou školu nastala fáze sběru dat od cílové skupiny, který probíhal od května 2019 do června 2019. Výzkumník podal respondentům potřebné instrukce ke správnému vyplnění testové baterie. Informoval o dobrovolnosti, anonymitě a motivoval ke spolupráci. Po celou dobu testování byl k dispozici pro případné dotazy. Následně žáci obdrželi testovou baterii ve formě tužka papír. Na její vyplnění byl vyhrazen čas jedné vyučovací hodiny, tj. 45 minut.

## 7 VÝZKUMNÝ SOUBOR A ETIKA

V této kapitole bude pozornost zaměřena na popis základní populace a souboru, který se účastnil našeho výzkumu. Budou uvedeny podmínky, pro které byli jedinci v případě nesplnění vyřazeni. Uvádíme charakteristiky našich respondentů. Dále se zmíníme o etickém hledisku, jež jsme dodržovali v rámci práce s respondenty.

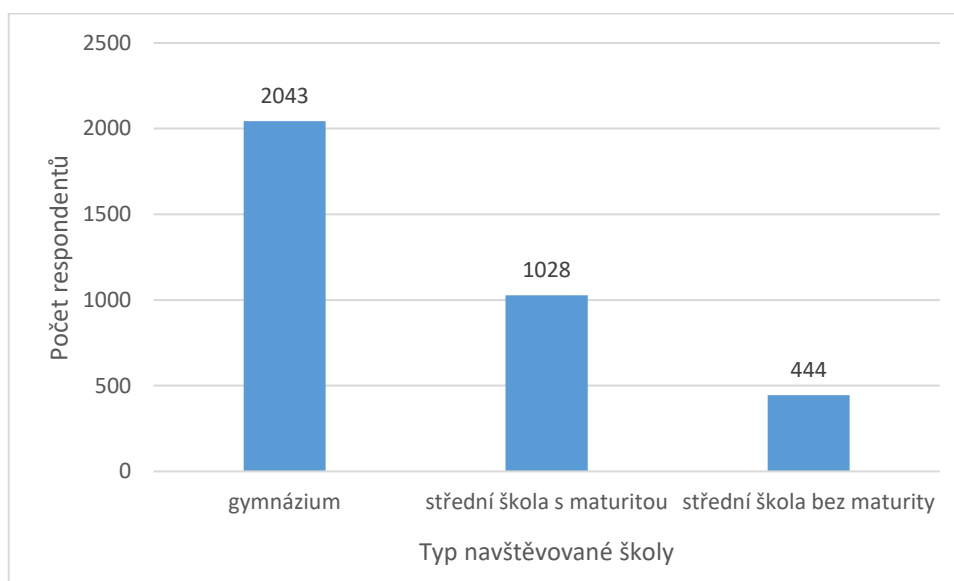
### 7.1 Výzkumný soubor

Základní populace naší výzkumné části se skládá ze všech žáků gymnázií, středních škol s maturitou a středních škol bez maturity v České republice. Podle Českého statistického úřadu (2019) bylo ve školním roce 2018/2019 420 814 středoškoláků, z toho 403 957 v denní formě vzdělání. Gymnázium navštěvovalo 130 133 jedinců, střední školy s maturitou 178 747 osob a střední školy bez maturity 84 002. 8 652 středoškoláků navazovalo na vyučení nástavbovým studiem. Tuto skupinu jedinců jsme zařadili do kategorie střední škola s maturitou. Výběr středních škol do našeho výzkumu proběhl pomocí stratifikovaného náhodného výběru na základě krajů České republiky. Z každého kraje jsme navštívili minimálně jedno gymnázium a jednu střední školu zakončenou maturitou či výučním listem.

Výzkumný soubor tvořilo celkem **3 515** respondentů, zastoupených 1 919 dívkami (54,59 %) a 1 596 chlapci (45,41 %) ve věkovém rozpětí 15–19 let. Průměrný věk chlapců byl 16,91 (SD = 0,96). Průměrný věk dívek byl 16,81 (SD = 0,96).

Do našeho výzkumu byly zapojeny tři typy středních škol – gymnázia (G), střední školy s maturitou (SŠ s M) a střední školy bez maturity (SŠ b M) ze všech 14 krajů. Nakonec s námi spolupracovalo celkem 37 škol, z nichž bylo 18 gymnázií, 16 středních škol s maturitou a bez maturity (některé školy nabízí obory zakončené maturitou a zároveň obory učňovské s výstupem v podobě výučního listu, proto je nelze odlišit) a 3 školy, které kombinují gymnázium a střední školu. Graf 1 informuje o zastoupení jednotlivých typů středních škol.

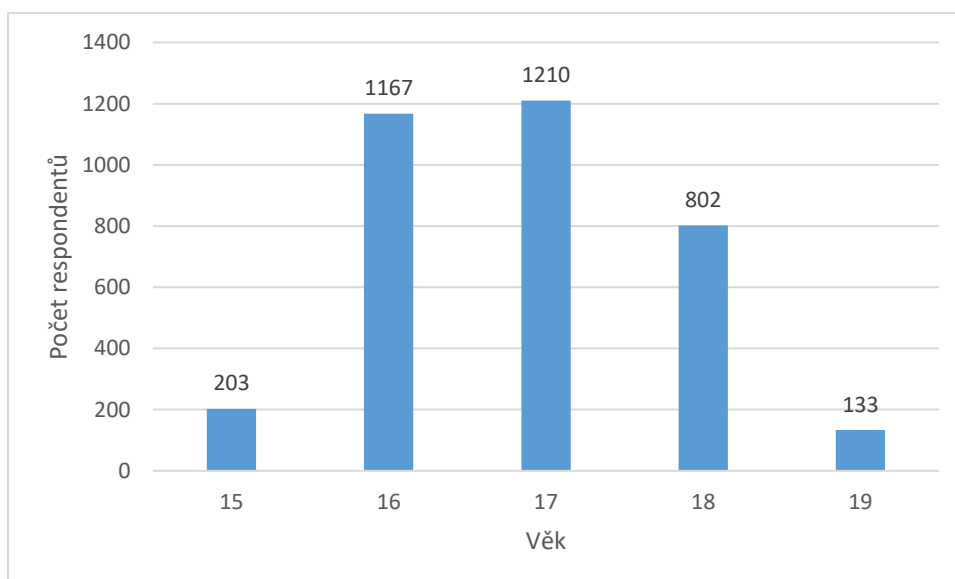
**Graf 1: Zastoupení respondentů jednotlivých typů středních škol**



Náš výzkumný soubor tvořilo 1 365 respondentů navštěvující 1. ročník, 1 276 druhý ročník, 864 žáků 3. ročník a čtvrtý ročník 10 žáky. U gymnázií jsou zahrnuta čtyřletá i víceletá gymnázia. Studie se účastnili především žáci 1. – 3. ročníků z důvodu maturitní přípravy 4. ročníků a jejich dřívějšího ukončení školního roku.

Nejvíce zastoupený věk v našem výběrovém souboru je 17 let. Naopak nejméně početné byly skupiny respondentů ve věku 15 a 19 let. Podrobné počty poskytuje graf 2.

**Graf 2: Věkové rozložení respondentů**





Tabulka 6 uvádí četnosti kategorií stanovených na základě BMI dle pohlaví.

**Tabulka 6: Rozložení BMI mezi respondenty (n = 3394)**

Kategorie na základě BMI	Chlapci	Dívky	Celkem
Podvýživa	115	247	362
Normální váha	1086	1352	2438
Nadváha	270	218	488
Obezita 1. stupně	55	32	87
Obezita 2. stupně	10	7	17
Obezita 3. stupně	2	0	2

Z celkového souboru bylo vyřazeno 121 respondentů, kteří neuvedli svou výšku a/nebo váhu, a tudíž jim nemohla být vypočtena hodnota BMI. Nejzastoupenější kategorií je kategorie normální hmotnost (hodnota BMI 18,50–24,99).

Průměrná hodnota BMI u chlapců (n = 1538) byla 22,76 (SD = 3,64) s minimem 14,53 a maximem 45,91. Průměrná hodnota BMI u dívek (n = 1856) byla 21,64 (SD = 3,22). Minimum bylo 12,50, maximum 39,06.

## 7.2 Etika výzkumu

Žáci byli před každou administrací informováni o dobrovolné účasti, možnosti odstupu z výzkumu a o zaručení anonymity. Do testové baterie nikde neuváděli své jméno, pouze kód sestávající se z šesti znaků. Bylo jim sděleno, že se vyplněné dotazníky nedostanou do rukou vyučujících, ředitele ani jiné nepovolané osoby, tedy že si je výzkumníci ihned po skončení testování odvezou. V případě jakýchkoli dotazů ohledně výzkumné studie mohli respondenti využít kontaktů na všechny členy výzkumného týmu, které byly uvedeny v závěru testové baterie. Žáci byli informováni o přístupu k výsledkům výzkumné studie, které jim budou k dispozici v podobě hotových bakalářských prací a dizertace. Dále byli ujištěni, že po ukončení studie budou dotazníkové baterie skartovány. Vyučujícím a ředitelům bylo sděleno, že jim nemohou být poskytnuty výsledky týkající se pouze jejich školy, jelikož by tímto mohla být narušena anonymita respondentů. Souhrnné výsledky pro celou českou populaci středoškolských žáků jim však zaslány budou.

Výzkum byl proveden za dodržení etických zásad a norem Evropské federace psychologických asociací (EFPA). Dle etického metakodexu EFPA by si měl být výzkumník (psycholog) vědom individuálních a kulturních rozdílů a brát na ně ohled. Neměl by být zaujatý vůči ostatním a dopouštět se diskriminace těchto osob. Informace nesmí poskytnout osobám, které s výzkumem nejsou spojeny. S informacemi musí zacházet opatrně v souladu s tím, aby nedošlo k narušení jejich anonymity a důvěrnosti. Objasňuje cíl práce a postupy k tomu určené. Respektuje možné ukončení spolupráce, nepoškozuje své respondenty a jedná v nejlepším zájmu svého oboru (EFPA, 2005).

## 8 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

V této kapitole budou nejprve popsány metody využité při zpracování a analýze dat. Pozornost bude zaměřena na psychometrické vlastnosti převedených metod, které jsme zvolili pro náš výzkum. Následně budou uvedeny výsledky deskriptivní části tohoto výzkumu a podány závěry o platnosti stanovených statistických hypotéz.

### 8.1 Metody zpracování a analýzy dat

Sesbíraná data jsme převedli do elektronické podoby za pomoci programu Microsoft Office Excel, kde byla dále kontrolována a čištěna. Z původních 3671 testových baterií jsme 156 vyřadili z důvodů udání věku, který nespadal do námi stanoveného výzkumného souboru, vynechané kolonky pohlaví nebo věku, jestliže se vyplnění testové baterie jevílo jako nepečlivé nebo administrátor hned po testování na baterii poznamenal, že se jedná o odbytou práci, a v případě chybní dvou a více odpovědí v jednotlivých dotaznících. Po odstranění nevhodných respondentů byly vypočítány hrubé skóry podle instrukcí autorů metod a dopočítány potřebné údaje (pro tento výzkum hodnota BMI), čímž vznikla finální datová matice vhodná k použití při zpracování a analýze dat.

Následná práce s daty probíhala v programu Statistica 13.4.0.14 v anglické verzi. Zobrazením histogramu jsme ověřovali normalitu výsledků. Ačkoli se normální rozdělení ve všech případech nepotvrdilo, na základě centrální limitní věty a rozsáhlého výzkumného souboru jsme se rozhodli využít parametrické statistické testy. Další práce zahrnovala zjišťování psychometrických parametrů převáděných metod. Pomocí koeficientu Cronbachova alfa byla stanovena reliabilita zvolených nástrojů. U dotazníku AFA jsme za využití faktorové analýzy zjišťovali počet faktorů. Byla potvrzena přítomnost 3 faktorů, což odpovídá původní verzi.

Pro zmapování postojů našeho výzkumného souboru vůči obezitě sloužily tabulky četností. K zhodnocení platnosti hypotéz jsme se rozhodli vzhledem k charakteru našich metod použít odlišné testy. U metody BAOP jsme pracovali s Welchovým testem (ve Statistice se na Welchův test odvolává test se samostatnými odhady rozptylů). Jedná se o alternativu t-testu pro dva nezávislé výběry, která se používá v případě, kdy neznáme nebo si nejsme jisti, zda jsou rozptyly, s nimiž pracujeme, stejné (Dostál, 2016). Jako míru účinku

jsme zvolili Glassovu  $\Delta$ , Dále jsme využili analýzu rozptylu při jednoduchém třídění neboli ANOVu (anglicky analysis of variance). K identifikaci konkrétních rozdílů mezi jednotlivými skupinami a kategoriemi jsme využili Scheffého test, který spadá pod Post hoc testy. U metody AFA jsme užili pokročilejší testovou statistiku s názvem mnohorozměrná analýza rozptylu neboli MANOVA (anglicky multivariate analysis of variance) z důvodu přítomnosti 3 faktorů, jejichž výsledky nesmí být sloučeny do jednoho. Pracovali jsme také se speciální variantou MANOVy – Hotellingovým testem pro dva nezávislé výběry doplněným Scheffého testem.

## 8.2 Psychometrické parametry testových metod

Nutnou součástí převodu metod z jejich původní verze, v našem případě z anglického do českého jazyka, je zhodnocení jejich psychometrických parametrů, kterému se věnuje tato podkapitola.

### 8.2.1 Dotazník postojů proti tloušťce (AFA)

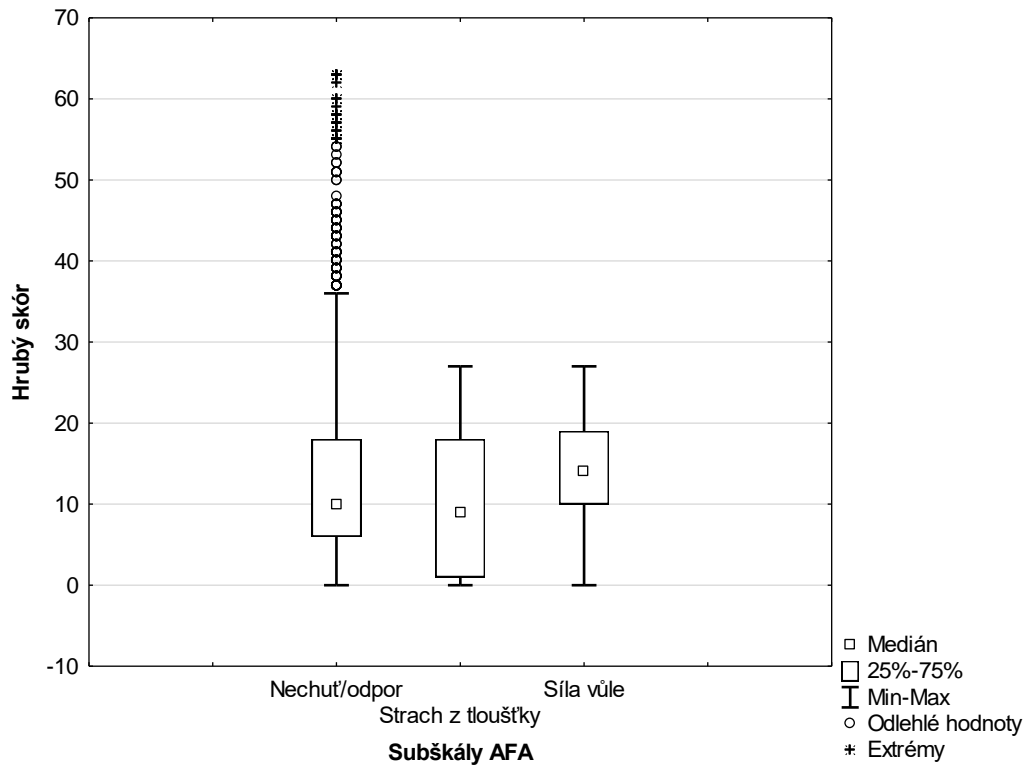
Dotazník AFA byl vyplněn 3082 respondenty, z toho 1336 chlapci a 1746 dívkami. Průměrné skóre respondentů společně se směrodatnou odchylkou, minimem a maximem je popsáno v tabulce 7.

**Tabulka 7: Deskriptivní statistické hodnoty subškál AFA**

Subškály	Průměrné skóre	Sm. odch.	Minimum	Maximum
Nechuť/odpor	13,26	10,57	0	63
Strach z tloušťky	10,55	9,23	0	27
Síla vůle	14,09	6,36	0	27

*Pozn.:* Zkratka sm. odch. odkazuje na směrodatnou odchylku.

**Graf 3: Krabicové grafy hrubých skóre u subškál metody AFA**



Tabulka 8 poskytuje přehled průměrných skóre u zahraničních studií využívajících metodu AFA. Instrukce pro vyhodnocení nabízí dvě možnosti, jak získat hrubý skór pro jednotlivé subškály. Jedna z nich je sečtení hodnot v odpovědích. V tabulce uvádíme i druhou možnost – vypočítání průměru, kterou využíváme pro srovnání s jinými zeměmi, jež využili právě volbu průměru. Vždy se však pracuje s jednotlivými subškálami zvlášť.

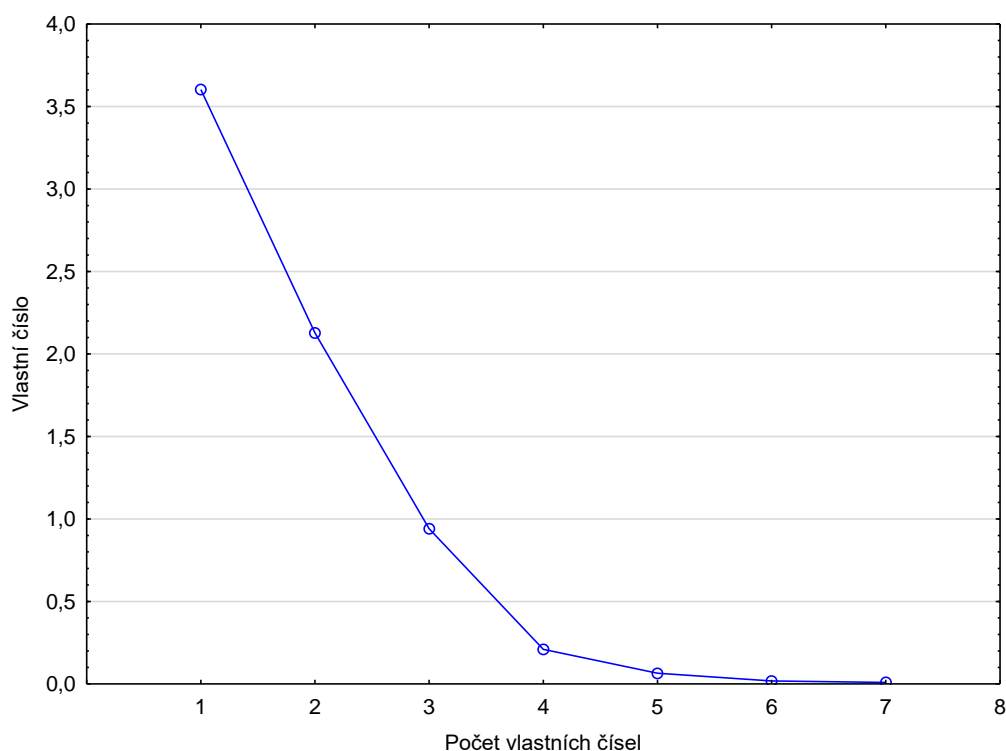
**Tabulka 8: Srovnání výsledků metody AFA se zahraničními studii**

Studie	Země	Počet respondentů	Subškála Nechuť/odpor	Subškála Strach z tloušťky	Subškála Síla vůle
Crandall (1994)	USA	18	2,52	6,50	5,57
Pepper & Ruiz (2007)	USA (pouze ženy)	264	1,65	6,20	5,42
Magallares & Morales (2014)	Španělsko	1458	1,80	3,11	3,62
Setchell, Watson, Jones, Gard & Briffa (2014)	Austrálie	265	2,10	3,90	4,90
Naše studie	Česká republika	3082	1,89	3,52	4,70

K vyjádření hodnoty vnitřní konzistence u metody AFA byl využit koeficient Cronbachova alfa, jehož hodnota vyšla  $\alpha = 0,82$  pro faktor Nechuť/odpor,  $\alpha = 0,89$  pro faktor Strach z tloušťky a  $\alpha = 0,64$  pro faktor Síla vůle. Kromě nižší hodnoty posledního faktoru, která nepřekračuje hranici 0,70, jež tvoří pomyslný mezník mezi dostatečnou a nedostatečnou reliabilitou (Dostál, 2017), lze první dvě hodnoty Cronbachovy alfy považovat za uspokojivé.

V dalším kroku bylo nutné ověřit, zda má přeložená metoda stejný počet faktorů jako původní verze. Pomocí faktorové analýzy jako metody hlavních os s normalizovanou rotací varimax jsme potvrdili přítomnost tří faktorů. Tyto faktory lze vysledovat z grafu 4.

**Graf 4: Sutinový graf**



Ne všechny hodnoty vlastních čísel překračují číslo 1, stejně jako tomu bylo v původní verzi od Crandalla (1994). Velikost vlastního čísla pro první faktor je 3,60, pro druhý 2,13 a pro třetí 0,94. První faktor vysvětluje 27,71 % rozptylu, druhý 16,37 % a třetí faktor 7,24 % rozptylu. Tabulka 9 udává hodnoty faktorových nábojů jednotlivých položek pro všechny tři faktory.

**Tabulka 9: Faktorové náboje**

Položka	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
1	0,64	0,00	0,27
2	0,21	0,02	0,24
3	0,71	0,03	0,10
4	0,65	0,06	0,02
5	0,80	0,03	0,12
6	0,74	0,07	0,22
7	0,65	0,05	0,14
8	0,07	0,83	0,06
9	0,08	0,82	0,04
10	0,01	0,92	0,01
11	0,02	0,02	0,42
12	0,15	0,04	0,73
13	0,26	0,03	0,65

Pozn.: červená = vysoký faktorový náboj, modrá = označení slabé položky

Z tabulky vyplývá, že položka 2 je velmi slabá, jelikož dostatečně nesytí ani jeden faktor. Protože však v dalších částech hodláme výsledky z naší verze dotazníku srovnávat se zahraničními výzkumy, rozhodli jsme se jí v dotazníku ponechat.

Následně jsme pomocí Pearsonova korelačního koeficientu vypočítali korelace mezi jednotlivými subškálami. Pro lepší přehled jsou uvedeny v tabulce 10. Velikost korelací přibližně odpovídá původním hodnotám z originální verze (Crandall, 1994).

**Tabulka 10: Korelace mezi subškálami AFA**

Subškály	Nechuť/odpor	Strach z tloušťky	Síla vůle
Nechuť/odpor			
Strach z tloušťky	0,11		
Síla vůle	0,34	0,08	

Jestliže je velikost Pearsonova korelačního koeficientu menší než 0,1, jedná se o zanedbatelný vztah, který se v našem případě objevuje u subškál Strach z tloušťky a Síla vůle. U hodnoty menší než 0,3 hovoříme o slabém vztahu, v tabulce u subškál Nechuť/odpor a Strach z tloušťky. Jestliže hodnota korelačního koeficientu nepřesahuje číslo 0,5, hovoříme o středně silném vztahu, který lze nalézt u subškál Nechuť/odpor a Síla vůle (Dostál, 2016).

### 8.2.2 Škála přesvědčení o obézních osobách (BAOP)

BAOP vyplnilo celkem 2948 respondentů, z toho 1270 chlapců a 1678 dívek. Průměrné skóre bylo v tomto dotazníku 16,85 (SD = 6,63). Respondenti skórovali od 0 bodů po 46 bodů. Tyto hodnoty tvoří maximální možné rozpětí.

V tabulce 11 poskytujeme srovnání našich průměrných výsledků se zahraničními studii, které také použili nástroj BAOP.

**Tabulka 11: Srovnání výsledků metody BAOP se zahraničními studii**

Studie	Země	Počet respondentů	Průměrné skóre	Směrodatná odchylka
Friedman et al. (2005)	USA	93	11,68	5,01
Ip et al. (2013)	USA	109	17,30	4,85



Puhl & Brownell (2006)	USA (pouze ženy)	2449	17,94	7,72
Puhl & Brownell (2006)	USA	222	16,74	7,31
Flint et al. (2015)	UK	2380	14,65	6,65
Naše studie	Česká republika	2948	16,85	6,63

Pro stanovení reliability dotazníku BAOP jsme opět použili koeficient Cronbachova alfa, který pro tuto metodu vyšel  $\alpha = 0,75$ . Byla tedy překonaná hranice 0,70, což poukazuje na dostatečnou reliabilitu (Dostál, 2017).

### 8.3 Zmapování postojů vůči obezitě

Na následujících řádcích se budeme zabývat deskriptivní částí výzkumu, jejímž cílem je zjistit, jaké postoje zaujímají adolescenti v České republice vůči obezitě. Nejprve se zaměříme na výsledky z metody AFA, poté se budeme věnovat metodě BAOP.

#### 8.3.1 AFA

K určení postojů našich respondentů vůči obezitě sloužily tabulky četností, které jsme získali pomocí programu Statistica. V tabulce 12 je v prvním sloupci uveden počet respondentů, včetně procentuálního zastoupení, kteří na desetibodové škále zvolili možnosti odpovědí 0, 1, 2 a 3 prokazující v různé míře nesouhlas s danou položkou (0 = vůbec nesouhlasím). Druhý odstavec rovněž informuje o počtu i procentuálním zastoupení respondentů, kteří se však přiklání k souhlasu s položkami (6, 7, 8 a 9 = zcela souhlasím). Poslední sloupec nese informace o průměrném skóre, kterého bylo dosahováno pro každou položku zvlášť, společně se směrodatnou odchylkou. Prostřední možnosti (4 a 5) jsme neuváděli, jelikož z důvodu sudého počtu číslic na škále byli respondenti nuceni zvolit jednu z variant, a vybrané odpovědi tak nemusí zcela přesně vyjadřovat jejich názor.

**Tabulka 12: Dotazník postojů proti tloušťce (n = 3082)**

Položka	Vůbec nesouhlasím (možnosti odpovědí 0–3)		Zcela souhlasím (možnosti odpovědí 6–9)		Průměrné skóre	
	n	%	n	%	průměr	SD
1. Opravdu nemám tlusté lidi v oblíbě.	2283	74,00	375	12,16	2,12	2,46
2. Nemám mnoho přátel, kteří jsou tlustí.	913	29,59	1604	51,99	5,25	2,72
3. Mám sklon si myslet, že lidé s nadváhou jsou trochu nedůvěryhodní.	2726	88,36	145	4,70	1,09	1,89
4. Ačkoli někteří tlustí lidé jsou jistě chytří, obecně si myslím, že nejsou tak inteligentní jako lidé s normální váhou.	2756	89,34	168	5,45	0,95	1,97
5. Dělá mi problém brát tlusté lidi vážně.	2772	89,85	156	5,06	0,99	1,87
6. Tlustí lidé ve mně vyvolávají nepříjemné pocity. / Tlustí lidé na mě nepůsobí příjemně.	2511	81,39	278	9,01	1,64	2,24
7. Kdybych byl/a zaměstnavatel hledající pracovníky, asi bych nezaměstnal/a tlustého člověka.	2669	86,52	180	5,83	1,22	2,04
8. Když přiberu, cítím se sám sebou znechucen/znechucena.	1715	55,59	928	30,08	3,37	3,28
9. Jedna z nejhorších věcí, která by se mi mohla stát, je přibrat 10 kilo.	1691	54,81	1021	33,10	3,57	3,50
10. Bojím se, že ztloustnu.	1636	53,03	1024	33,19	3,61	3,40
11. Lidé, kteří váží příliš moc, mohou zhubnout prostřednictvím občasného cvičení.	886	28,72	1480	47,97	5,09	2,80
12. Někteří lidé jsou tlustí, protože nemají žádnou vůli.	971	31,47	1445	46,84	4,96	2,93
13. Tlustí lidé si za svou tloušťku můžou převážně sami.	1307	42,37	884	28,65	4,04	2,60

*Pozn.:* Subškály metody AFA jsou vymezeny čárou

Co se týče první subškály (položky 1–7), velká část respondentů se přikláníla k možnosti odpovědi 0, zatímco opačný pól (možnost odpovědi 9) byl zastoupen minimálně. Výjimku tvoří položka číslo 2, u které nad variantou 0 převažovala odpověď 9, tedy naprostý souhlas. U této položky byl zároveň nalezen nejmenší rozdíl mezi krajními možnostmi (0 a 9). Největší rozdíl v četnostech těchto možností byl zaznamenán u položky číslo 4.

V oblasti strachu z vlastní tloušťky a přibírání na váze (položky 8–10) již nebyly odpovědi koncentrovány na hodnotu 0 v tak velké míře, jako tomu bylo u předchozí subškály. I přes to se volba 0 objevovala nejčastěji. Nejmenší rozdíl mezi respondenty volící krajní možnosti v rámci této subškály byl zpozorován u položky číslo 10, největší pak u položky číslo 8.

V poslední subškále (položky 11–13) převažoval kromě 12. položky naprostý souhlas nad úplným nesouhlasem. U všech položek byly odpovědi od úplného nesouhlasu po možnost zcela souhlasím zastoupeny více méně rovnoměrně. Nejmenší rozdíl mezi odpověďmi 0 a 9 byl u položky číslo 12, největší u položky číslo 11.

### **8.3.2 BAOP**

U metody BAOP jsme opět využili tabulky četností. Tabulka 13 je konstruována stejným způsobem jako tabulka 12 u metody AFA. Respondenti mohli své odpovědi vybírat na šestibodové škále, přičemž jsme ze stejného důvodu jako v předchozím případě vyřadili prostřední možnosti odpovědí (-1 a +1). V tabulce jsou proto zaznamenány jenom odpovědi -3, -2 (naprosto a středně nesouhlasím) a +2, +3 (naprosto a středně souhlasím).

**Tabulka 13: Škála přesvědčení o obézních osobách (n = 2948)**

Položka	Naprostο nesouhlasím/středně nesouhlasím		Naprostο souhlasím/středně souhlasím		Průměrné skóre	
	n	%	N	%	průměr	SD
1. Obezita se často vyskytuje, když je jídlo užívané jako kompenzace lásky nebo pozornosti.	479	16,23	1172	39,72	0,71	1,73
2. V mnoha případech je obezita výsledkem biologické poruchy.	356	12,06	1218	41,27	0,86	1,62
3. Obezita je obvykle způsobena přejídáním.	216	7,32	1613	54,66	1,26	1,48
4. Většina obézních lidí si svůj problém způsobuje tím, že má nedostatek pohybu.	200	6,78	1759	59,61	1,42	1,47
5. Většina obézních lidí jí více než lidé s normální váhou.	349	11,83	1420	48,12	0,99	1,69
6. Většina obézních lidí má špatné stravovací návyky, které vedou k jejich obezitě.	174	5,90	1890	64,05	1,56	1,43
7. Obezita je málokdy způsobena nedostatkem silné vůle.	846	28,67	464	15,72	-0,33	1,64
8. Lidé můžou být závislí na jídle stejně, jako jsou někteří závislí na drogách, a tito lidé závislí na jídle se obvykle stanou obézními.	190	6,44	2059	69,77	1,72	1,52

Ve všech položkách nástroje BAOP kromě položky ohledně síly vůle se respondenti nakláněli spíše k variantám souhlasu. Zaměřili jsme se na nejmenší rozdíl v zastoupení krajních možností výběru (-3 a +3), který se nacházel u položky číslo 7. Největší rozdíl jsme objevili u poslední položky, který zřetelně převyšoval rozdíly všech zbylých tvrzení. Také v případě použití tohoto nástroje lze vyzorovat poměrně vyrovnané skupiny dospívajících, které přičítají roli vzniku obezity nedostatku silné vůle a které nikoli, jako tomu bylo u položky číslo 12 v dotazníku AFA.

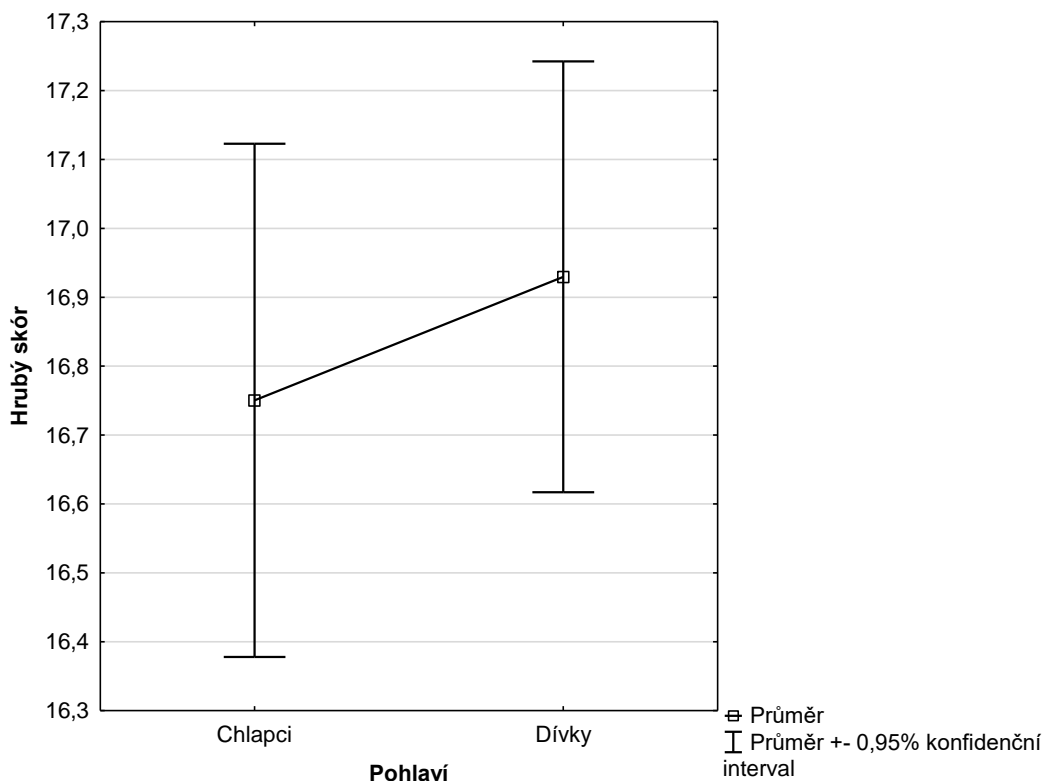
## 8.4 Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz

Tato podkapitola je rozčleněna na základě zkoumaných proměnných. Pracujeme s pohlavím, kategoriemi BMI a typy středních škol. Výsledky pochází z metody AFA a BAOP. Již výše jsme zmiňovali, že se počty respondentů pro oba dotazníky liší. Hodnotu BMI jsme v některých případech nemohli dopočítat kvůli nevyplnění políčka tělesné váhy a/nebo výšky v dotazníku sociodemografických údajů, proto i v tomto případě počítáme s odlišnými počty. Všechny naše hypotézy testujeme na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

### a) Pohlaví

Nejprve se zaměříme na metodu BAOP, u níž předpokládáme nižší skórování u chlapců. Pomocí Welchova testu jsme zjistili, že naměřený rozdíl nedosáhl statistické významnosti  $t(2681,12) = -0,72$ ,  $p = 0,235$ . Glassova  $\Delta$  vyšla  $-0,03$ . Průměr chlapců ( $n = 1270$ ) byl  $16,75$  ( $SD = 6,77$ ), průměr dívek ( $n = 1678$ )  $16,93$  ( $SD = 6,53$ ). Přehledně je toto zjištění zobrazeno v grafu 5.

**Graf 5: Rozdíly v hrubém skóru mezi pohlavími v metodě BAOP**



Na základě výše uvedených výsledků naši hypotézu nepřijímáme.

H1: Chlapci dosahují nižšího průměrného skóru v metodě BAOP než dívky.

U metody AFA jsme pro rozpoznání rozdílu mezi pohlavím v postojích vůči obezitě zvolili Hottelingův test ( $T^2=797,63$ ;  $F(3; 3078) = 265,70$ ;  $p < 0,001$ ). P-hodnota poukazuje na velmi vysoce signifikantní rozdíl. Počet chlapců byl 1 336, počet dívek 1 746. Tabulka 14 poskytuje podrobnější informace.

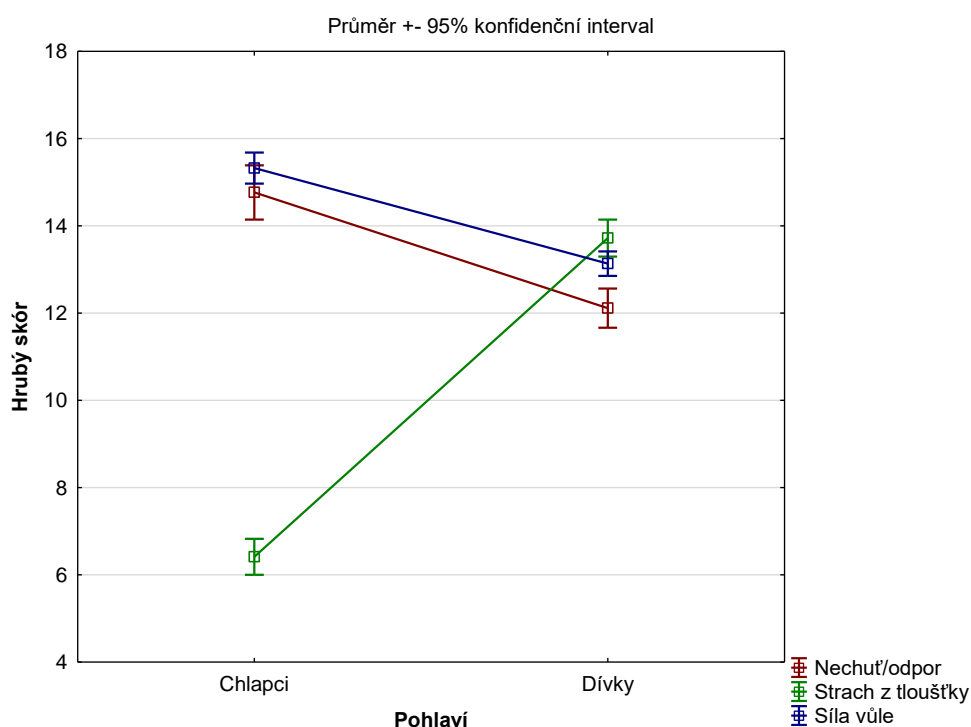
**Tabulka 14: Srovnání průměrů subškál metody AFA u chlapců a dívek**

Subškála	Průměr		Sm. odch.		t-test		
	chlapců	dívek.	chlapců	dívek	t	s. v.	p
Nechuť/odpor	14,77	12,11	11,58	9,57	6,96	3080	0,000
Strach z tloušťky	6,41	13,72	7,68	9,07	-23,67	3080	0,000
Síla vůle	15,33	13,14	6,63	5,98	9,61	3080	0,000

*Pozn.:* Zkratka sm. odch. odkazuje na směrodatnou odchylku. Ve sloupci t jsou vyjádřeny hodnoty testové statistiky Hottelingova testu, vedle něj jsou stupně volnosti a získaná p-hodnota.

Z údajů z tabulky vyplývá, že existují velmi vysoce signifikantní rozdíly ( $p < 0,001$ ) mezi pohlavím ve všech třech subškálách dotazníku AFA. Největší rozdíl je patrný u subškály Strach z tloušťky, kde jako v jediném případě skórovaly dívky průměrně výše. Pro vizuální představu připojujeme graf.

**Graf 6: Rozdíly v hrubém skóru mezi pohlavími v subškálách AFA**



Z grafu jsou na první pohled zřetelné rozdíly ve skórování chlapců a dívek, přičemž chlapci získávali nejnižší skór v subškále Strach z tloušťky. Ve skóre této subškály a zbylých dvou byl u mužského pohlaví rozdíl kolem 8 bodů.

Stanovené hypotézy týkající se rozdílů ve skórování mezi dívkami a chlapci v jednotlivých škálách metody AFA všechny přijímáme.

H2: Chlapci dosahují vyššího průměrného skóru v subškále Nechuť/odpor.

H3: Chlapci dosahují vyššího průměrného skóru v subškále Síla vůle.

H4: Chlapci dosahují nižšího průměrného skóru v subškále Strach z tloušťky.

## b) Kategorie BMI

V této sadě hypotéz jsme předpokládali rozdíly mezi kategoriemi normální váha, nadváha a obezita u metod BAOP a AFA. Jako první jsme zjišťovali odlišnosti u nástroje BAOP. K tomuto účelu jsme zvolili ANOVu ( $F(2;2552) = 3,10$ ,  $p = 0,045$ ). P-hodnota je menší než 0,05, což značí přítomnost významných rozdílů mezi kategoriemi BMI. K nalezení konkrétní lokalizace rozdílů jsme využili Scheffého test. Výsledky uvádíme v tabulce 15.

**Tabulka 15: Rozdíly hrubých skóru v BAOP podle kategorie BMI (Scheffého test)**

Průměrné skóre	16,64 (normální váha)	16,74 (nadváha)	18,46 (obezita)
normální váha		0,962	0,046*
nadváha	0,962		0,092
obezita	0,046*	0,092	

*Pozn.:* \* – signifikantní hladina 0,05.

Mezi kategoriemi normální váha a obezita byl nalezen statisticky významný rozdíl. Nejnižší průměrné skóre bylo zaznamenáno u kategorie normální váha, výše skórovali žáci s nadváhou a nejvýše respondenti trpící obezitou. V tabulce 16 uvádíme podrobnější informace o průměrech hrubých skóru v jednotlivých kategoriích, směrodatných odchylkách a počtu respondentů.

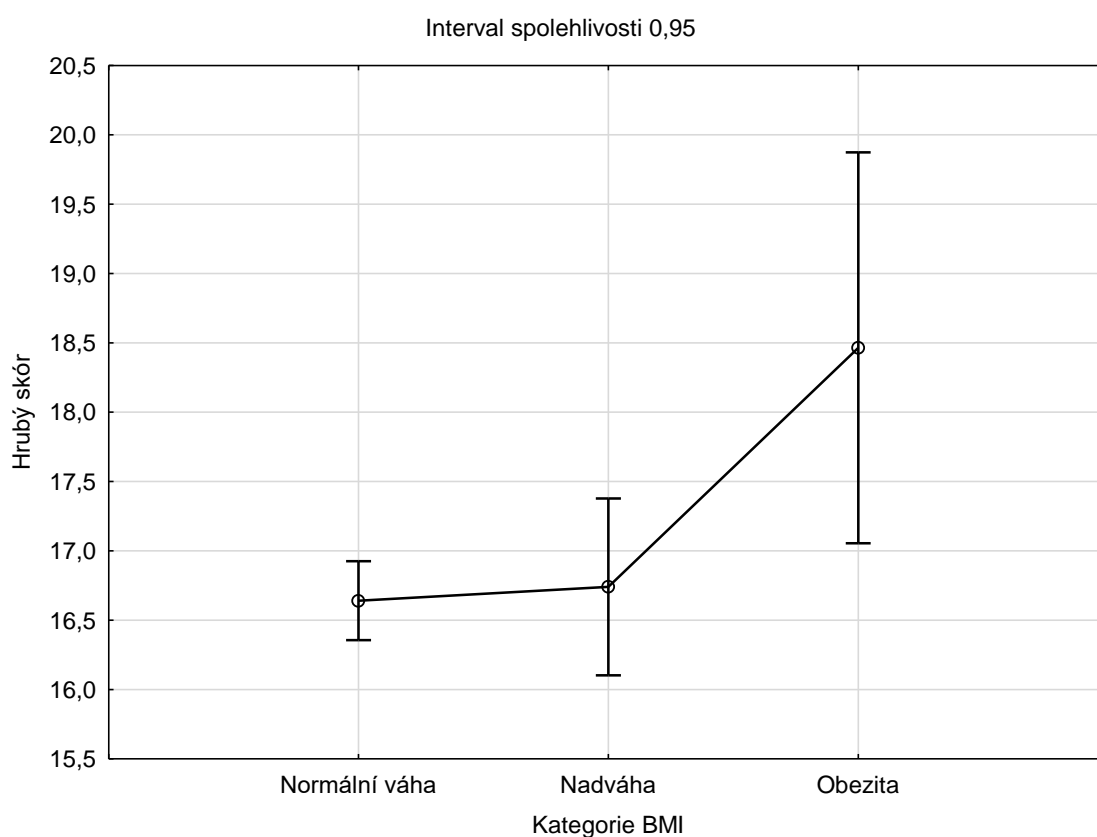
**Tabulka 16: Přehled základních hodnot u kategorií BMI v metodě BAOP**

Kategorie BMI	Počet respondentů	Průměr	Sm. odch.
normální váha	2060	16,64	6,55
nadváha	411	16,74	6,50
obezita	84	18,46	7,90

*Pozn.:* Zkratka sm. odch. odkazuje na směrodatnou odchylku.

I v tomto případě jsme vytvořili graf s hrubými skóry.

**Graf 7: Rozdíly v hrubém skóru mezi kategoriemi BMI v metodě BAOP**



Skutečně lze spatřit, že mezi průměrnými skóry ve dvojici normální váha – nadváha neexistuje téměř žádný rozdíl. Kategorie normální váha a obezita se liší o necelé dva body. Jelikož byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi zmíněnými kategoriemi, přijímáme hypotézu:

H5: Existuje rozdíl mezi kategoriemi BMI v hrubém skóru metody BAOP.



U metody AFA jsme použili statistický nástroj MANOVA ( $F(6;5328) = 15,05, p < 0,001$ ), kde nezávislou proměnnou byly kategorie BMI a závislou proměnnou subškály metody AFA. P-hodnota nám vyšla velmi vysoce signifikantní, tzn. že se mezi jednotlivými kategoriemi objevují statisticky významné rozdíly. K identifikaci těchto rozdílů jsme využili Scheffého test. Následující tabulky informují o umístění rozdílů u subškál metody AFA mezi kategoriemi normální váha, nadváha a obezita.

**Tabulka 17: Scheffého test pro subškálu Nechuť/odpor**

Průměrné skóre	13,53 (normální váha)	12,41 (nadváha)	10,32 (obezita)
normální váha		0,135	0,024*
nadváha	0,135		0,253
obezita	0,024*	0,253	

Pozn.: \* – signifikantní hladina 0,05.

**Tabulka 18: Scheffého test pro subškálu Strach z tloušťky**

Průměrné skóre	10,39 (normální váha)	14,03 (nadváha)	13,56 (obezita)
normální váha		0,000*	0,007*
nadváha	0,000*		0,909
obezita	0,007*	0,909	

Pozn.: \* – signifikantní hladina 0,05.

**Tabulka 19: Scheffého test pro subškálu Síla vůle**

Průměrné skóre	14,37 (normální váha)	13,51 (nadváha)	12,29 (obezita)
normální váha		0,037*	0,013*
nadváha	0,037*		0,272
obezita	0,013*	0,272	

Pozn.: \* – signifikantní hladina 0,05

Z následujících tří tabulek lze vyčíst, že signifikantní rozdíl se u subškály Nechuť/odpor nachází mezi kategoriemi normální váha a obezita, přičemž vyššího hrubého skóru dosahovali žáci s normální váhou. U subškály Strach z tloušťky a Síla vůle lze tyto výsledky nalézt mezi dvojicemi kategorií normální váha – nadváha a normální váha – obezita. V subškále Strach z tloušťky skórovali nejvýše žáci z kategorie nadváha, v subškále

Síla vůle opět žáci ze skupiny normální váha. U subškály Strach z tloušťky byl u kategorií normální váha a nadváha zjištěn dokonce velmi vysoce signifikantní rozdíl, u kategorií normální váha a obezita vysoce signifikantní rozdíl. Počty respondentů, průměry a směrodatné odchylky jsou popsány v tabulce 20.

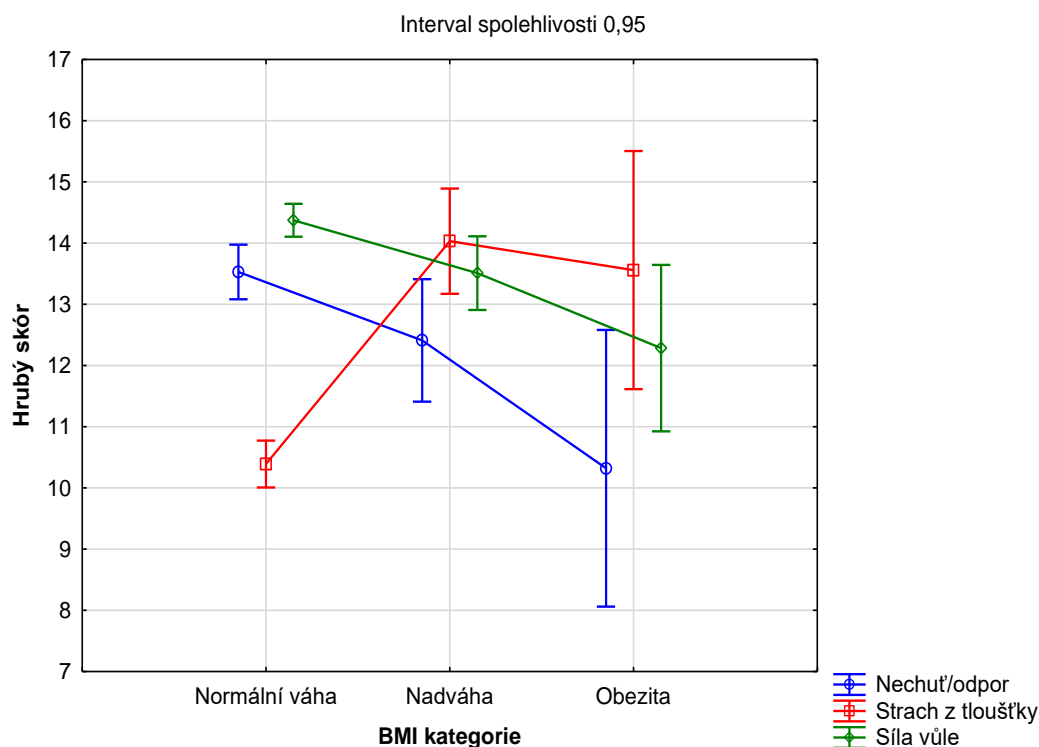
**Tabulka 20: Přehled základních hodnot u kategorií BMI v metodě AFA**

Kategorie BMI	Počet respondentů	Subškála Nechuť/odpor		Subškála Strach z tloušťky		Subškála Síla vůle	
		průměr	sm. odch.	průměr	sm. odch.	průměr	sm. odch.
normální váha	2156	13,53	10,48	10,39	9,11	14,37	6,25
nadváha	429	12,41	11,07	14,03	8,85	13,51	6,85
obezita	84	10,32	10,09	13,56	9,86	12,29	6,48

*Pozn.:* Zkratka sm. odch. odkazuje na směrodatnou odchylku.

Opět pro ilustraci uvádíme graf, v němž jsou patrné objevené odlišnosti.

**Graf 8: Rozdíly v hrubém skóru mezi kategoriemi BMI v subškálách AFA**



Graf nabízí jak možnost srovnat subškály napříč kategoriemi, tak jejich porovnání zvláště pro jednotlivé kategorie BMI. Z grafu můžeme vypožorovat, že skutečně existuje rozdíl ve skórování v subškále Strach z tloušťky mezi skupinami normální váha, kde respondenti skórovali nejnižší, a kategoriemi nadváha a obezita, u nichž byly výsledky

vcelku vyrovnané. U subškál Nechuť/odpor a Síla vůle mají průměrné skóre sestupný charakter, přičemž nejvýše skórují respondenti zařazení do kategorie normální váha a nejnižší žáci trpící obezitou.

Na základě těchto výsledků přijímáme hypotézu:

H6: Existuje rozdíl mezi kategoriemi BMI v hrubém skóre metody AFA.

### c) Typ střední školy

Abychom se mohli vyjádřit k hypotézám týkajících se rozdílů v postojích vůči obezitě mezi žáky z různých typů středních škol u metody BAOP, využili jsme statistický nástroj ANOVA ( $F(2;2945) = 40,25, p < 0,001$ ), díky kterému jsme potvrdili přítomnost signifikantních rozdílů. Dále jsme užili Scheffého test. Výsledky z něj jsou uvedeny v tabulce 21.

**Tabulka 21: Rozdíly hrubých skóre v BAOP podle typu školy (Scheffého test)**

Průměrné skóre	16,16 (G)	17,48 (SŠ s M)	19,81 (SŠ b M)
gymnázium		0,000*	0,000*
SŠ s maturitou	0,000*		0,000*
SŠ bez maturity	0,000*	0,000*	

*Pozn.:* \* – signifikantní hladina 0,05.

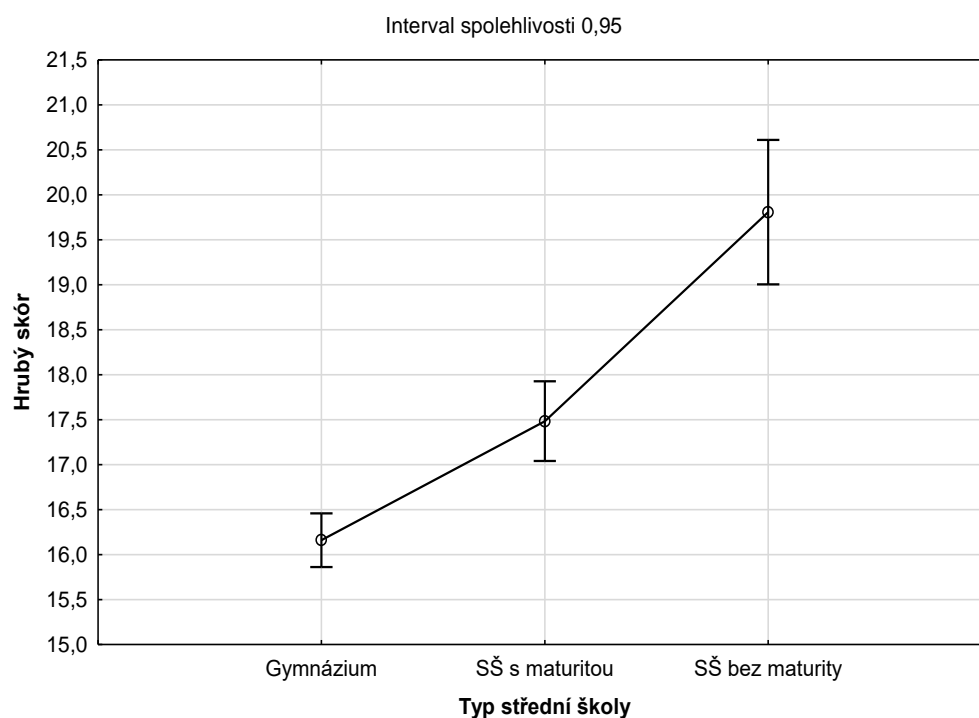
Z údajů v tabulce je zřetelný velmi vysoce signifikantní rozdíl ve všech případech, tzn. mezi všemi typy středních škol. Nejnižšího průměrného skóre dosahovali gymnazisté. Nejvyšší průměrné skóre bylo zaznamenáno u žáků středních škol bez maturity. Tabulka 22 podává podrobnější informace. Nalezené rozdíly lze spatřit také v příloženém grafu 9.

**Tabulka 22: Přehled základních hodnot u typů středních škol v metodě BAOP**

Typ střední školy	Počet respondentů	Průměr	Sm. odch.
gymnázium	1854	16,16	6,12
SŠ s maturitou	839	17,48	7,00
SŠ bez maturity	255	19,81	7,89

*Pozn.:* Zkratka sm. odch. odkazuje na směrodatnou odchylku.

**Graf 9: Rozdíly v hrubém skóru mezi třemi typy středních škol v metodě BAOP**



Na základě uvedených výsledků přijímáme naši hypotézu.

H7: Existuje rozdíl mezi žáky různých typů středních škol v hrubém skóru metody BAOP.

Při práci s metodou AFA jsme opět zvolili MANOVu ( $F(6;6154) = 10,79; p < 0,001$ ), tentokrát však nezávisle proměnnou byly typy středních škol. P-hodnota vyšla velmi vysoce signifikantní. Následně jsme provedli Scheffého test pro všechny tři subškály, abychom zjistili, mezi jakými škálami se vyskytují signifikantní rozdíly.

**Tabulka 23: Scheffého test pro subškálu Nechtů/odpor**

Průměrné skóre	13,57 (G)	12,88 (SŠ s M)	12,37 (SŠ b M)
gymnázium		0,277	0,200
SŠ s M	0,277		0,773
SŠ b M	0,200	0,773	

**Tabulka 24: Scheffého test pro subškálu Strach z tloušťky**

Průměrné skóre	10,27 (G)	11,47 (SŠ s M)	9,61 (SŠ b M)
gymnázium		0,006*	0,531
SŠ s M	0,006*		0,013*
SŠ b M	0,531	0,013*	

Pozn.: \* – signifikantní hladina 0,05.

**Tabulka 25: Scheffého test pro subškálu Síla vůle**

Průměrné skóre	14,47 (G)	14,03 (SŠ s M)	11,65 (SŠ b M)
gymnázium		0,237	0,000*
SŠ s M	0,237		0,000*
SŠ b M	0,000*	0,000*	

Pozn.: \* – signifikantní hladina 0,05.

U subškály Nechuť/odpor nebyly nalezeny žádné významné rozdíly ve skórování napříč všemi třemi typy středních škol. U subškály Strach z tloušťky byly tyto rozdíly nalezeny mezi gymnáziem a střední školou s maturitou. Nalezená p-hodnota odpovídá vysoce signifikantnímu rozdílu. Signifikantní rozdíl se objevil mezi střední školou s maturitou a střední školou bez maturity. U subškály Síla vůle se velmi vysoce signifikantní rozdíly vyskytovaly mezi gymnazisty a žáky středních škol bez maturity a žáky středních škol s maturitou a bez maturity. Tabulka 26 prezentuje základní hodnoty v subškálách metody AFA u třech typů středních škol.

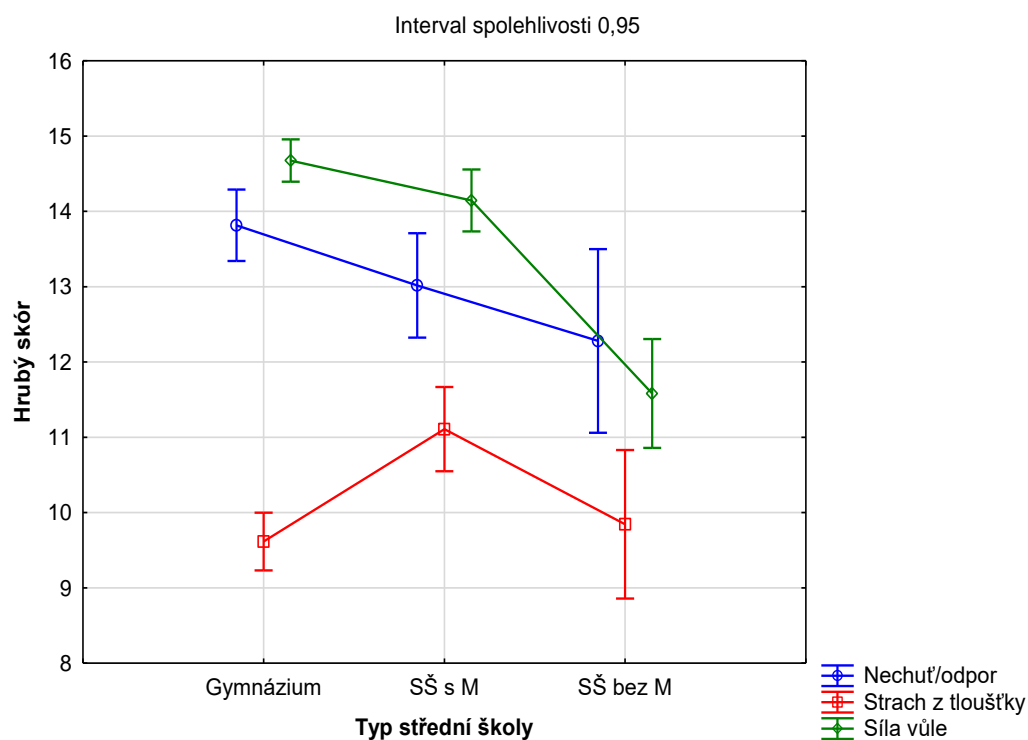
**Tabulka 26: Přehled základních hodnot u typů středních škol v metodě AFA**

Typ střední školy	Počet respondentů	Subškála Nechuť/odpor		Subškála Strach z tloušťky		Subškála Nechuť/odpor	
		průměr	sm. odch.	průměr	sm. odch.	průměr	sm. odch.
gymnázium	1916	13,57	10,35	10,27	8,87	14,47	6,02
SŠ s m	882	12,88	10,77	11,47	9,73	14,03	6,56
SŠ b m	284	12,37	11,37	9,61	9,82	11,65	7,41

Pozn.: Zkratka sm. odch. odkazuje na směrodatnou odchylku.

Pro lepší přehled a vizuální představu přikládáme graf.

**Graf 10: Hrubé skóry u žáků různých typů střední školy**



V grafu 10 můžeme srovnávat výsledky z každé subškály mezi všemi typy středních škol, ale také výsledky třech subškál v rámci jediné školy. V subškále Strach z tloušťky lze pozorovat nejnižší skóre u gymnázií, středních škol s maturitou i bez maturity. Skórování v subškálách Nechuť/odpor a Síla vůle má sestupnou tendenci, kdy nejvyšší průměrné hodnoty lze vysledovat u žáků z gymnázií a nejnižší u žáků ze středních škol bez maturity. U gymnazistů a žáků středních škol s maturitou jsou nejvyšší průměrné hodnoty naměřeny v subškále Síla vůle, u žáků středních škol bez maturity v subškále Nechuť/odpor.

Díky zjištěným rozdílům přijímáme hypotézu:

H8: Existuje rozdíl mezi žáky různých typů středních škol v hrubém skóru metody AFA.

## 9 DISKUZE

Tato část práce se zabývá interpretací získaných výsledků, které budou srovnány s dosavadními výzkumy na téma postoje vůči obezitě. Pozornost bude věnována psychometrickým vlastnostem námi převedených metod a jejich komparaci s ostatními verzemi z jiných zemí. Dále budou uvedena úskalí výzkumu, díky jejichž znalosti mohou budoucí práce navázat a pokračovat v prohlubování informací o tématu předsudků, stereotypů, diskriminace a stigmatizace obézních lidí u různých věkových kategorií.

Prvním cílem naší práce byl převod vybraných metod a zjištění jejich psychometrických vlastností. V teoretické části uvádíme výčet nástrojů měřících postoje vůči obezitě. Metody AFA a BAOP jsme zvolili na základě jejich psychometrických parametrů, dále pro jejich položky, které se kromě položky 2 vyskytující se v obou metodách vzájemně poměrně dobře doplňují. Rozhodli jsme se ji nevyřazovat, ba naopak ji využít ke kontrole – zda žáci odpověděli stejně v obou případech a nedošlo tak například ke špatnému pochopení nabízených možností. Oba nástroje byly využity v několika výzkumech – AFA (Magallares & Morales, 2013; Pepper & Ruiz; 2007), BAOP (Flint et al., 2015, Friedman et al., 2005; Neumark-Sztainer et al. 1999).

Při výběru dotazníku AFA jsme váhali mezi jeho původní verzí a verzí rozšířenou, jejímiž autory jsou Quinn a Crocker (1999). Jejich snahou bylo zvýšení vnitřní konzistence jednotlivých subškál. Z tohoto důvodu byly do subškály Nechut' přidány 3 položky a do subškály Síla vůle 5 nových položek. Pro původní podobu jsme se rozhodli zaprvé z důvodu limitovaného rozsahu testové baterie. Dalším důvodem byla podobnost přidaných položek. Respondenti by mohli vyjádřit negativní komentáře mířící na opakování tvrzení týkajících se v podstatě jedné věci. Jako příklad lze uvést nové položky: „Cítím se odrazen, když vidím tlustého člověka.“ a „Jsem znechucen tlustými lidmi.“, které rozšiřují subškálu Nechut'/odpor. Původní verzi využívají mnohé výzkumy i přes existenci druhé verze s větší vnitřní konzistencí.

U metody AFA byla provedena faktorová analýza, která potvrdila přítomnost třech faktorů, stejně jako tomu je u původní verze (Crandall, 1994) a španělské verze (Magallares & Morales, 2014). Zároveň jsme přišli na problémovou položku – položku 2 – „*Nemám mnoho přátel, kteří jsou tlustí.*“ Podle původní verze od Crandalla (1994) by měla tato

položka sytit faktor 1 (Nechut'/odpor). Faktorový náboj této položky v našem českém znění však dosahuje v tomto faktoru pouze hodnoty 0,13. Malé jsou jeho hodnoty faktorových nábojů také u dalších dvou faktorů. Příčina nedostatečné hodnoty může spočívat v záporně položené položce, na kterou lze v českém jazyce obtížně odpovědět. Druhým problémem může být fakt, že daného respondenta obecně neobklopuje množství přátel, natož kamarádů, kteří trpí obezitou či nadváhou. Naopak jsme velmi spokojeni s faktorem Strach z tloušťky, jehož všechny tři položky dosahují vysokého faktorového náboje (0,83; 0,82; 0,92).

V další části této kapitoly srovnáme reliability naší verze, původní (Crandall, 1994) a španělské verze (Magallares & Morales, 2014), vždy v tomto pořadí. K jejímu zjištění použijeme Cronbachovu alfu, která u první subškály vyšla 0,82 v naší studii, 0,84 v původní verzi a 0,86 ve španělské verzi, u faktoru Strach z tloušťky, 0,89, 0,79 a 0,78 a u posledního faktoru Síla vůle vyšla 0,64 v našem výzkumu, 0,66 a 0,68 pro zahraniční podoby metody AFA.

Rozšířená forma dotazníku AFA byla použita v diplomové práci Kšiňana (2012), který také přeložil tuto metodu do českého jazyka. Provedl však menší úpravu v podobě vyřazení položky ze subškály Síla vůle, která však neměla významný vliv na velikost koeficientu Cronbachova alfa. Ačkoli se jeho pozornost nezaměřovala vyloženě na zmapování postojů vůči obezitě, popsal ve své práci výsledky dotazníku AFA, které pro srovnání dále uvádíme. Jeho výzkumný soubor čítal 590 respondentů českého a slovenského původu s průměrným věkem 22,18 let. U subškály Nechut'/odpor zaznamenal průměrné skóre 3,23 oproti našim 1,89. U subškály Strach z tloušťky bylo průměrné skóre 6,34, v našem výzkumném souboru 3,51. V poslední subškále Síla vůle skórovali respondenti z výzkumu Kšiňana 5,53, zatímco u žáků z našeho souboru se průměr rovnal 4,70. Rozdílné výsledky lze přičítat odlišnému souboru, ale také zvolenému překladu slova „fat“, jelikož Kšiňan namísto přídavného jména „tlustý“ použil výraz „obézní“.

Kromě převodu uvedených metod jsme se v této práci zaměřili na zmapování mínění mající čeští adolescenti vůči obézním osobám. Česká republika patří mezi země, v nichž se obezita a nadváha objevují poměrně ve velké míře – 20 % mužů a 18 % žen trpí obezitou, u nadváhy se tato čísla pohybují ještě výše – 47 % mužů a 33 % žen (Český statistický úřad, 2018). Vzhledem k tomuto faktu jsme předpokládali také hojný výskyt předsudků a stereotypů vůči obézním osobám a osobám s nadváhou. Z metod BAOP a AFA ovšem vyplývá, že u téměř tří čtvrtin našich respondentů nejsou obézní lidi v neoblíbeně. Zjistili jsme, že skoro 30 % žáků z našeho výzkumného souboru má mezi svými kamarády také obézní



jedince. Ve výzkumu Puhl a kol. (2011) adolescenti svým obézním vrstevníkům vymýšleli urážející přezdívky, posmívali se jim a nepouštěli je mezi sebe v rámci společenských aktivit. Adolescenti s normální váhou ve studii Greenleafa a kol. (2006) uváděli, že počet kamarádů obézních osob je nižší než u těch s normální váhou. Sami preferovali přátelení se se štíhlými vrstevníky.

U bezmála 90 % zkoumaných žáků se nevyskytuje mínění o otlých lidech, že jsou nedůvěryhodní a méně inteligentní než lidé s normální váhou. Z výzkumu Hanssona a kol. (2009) vyplývá, že již malé děti považují otlé lidi za pomalé, líné a osamělé. Studentům vysokých škol se obézní lidé jeví jako pomalí, bez vůle, neaktivní, mající rádi jídlo a přejídající se (Hayran et al., 2013). Téměř 90 % respondentů nečiní potíže brát obézní lidi vážně. Přes 80 % žáků z našeho výzkumného souboru nezažívá nepříjemné pocity ve spojení s obézním člověkem. Ani na otázku ohledně diskriminace obézních lidí na pracovišti, konkrétně zda přijmout či nepřijmout obézního žadatele o práci, nebyly odpovědi kladné, tedy většina respondentů (skoro 90 %) by tyto osoby přijala za své zaměstnance. Pravdou je, že žáci středních škol si tuto situaci zatím mohou pouze představit. Druhou věcí by pak bylo reálné jednání v postavení zaměstnavatele. Obezita či nadváha skutečně může vést k jistému znevýhodnění jak před zahájením pracovního pohovoru (Puhl & Brownell, 2012), tak během něj (Kutcher & Bragger, 2004). V obou použitých metodách převládalo přesvědčení, že možnou cestou ke zhubnutí je cvičení a že obézní lidé postrádají fyzickou aktivitu (téměř 60 %). Stejný názor zastávalo 48,7 % respondentů ze studie Neumark-Sztainera a kol. (1999) zabývající se názory učitelů a poskytovatelů zdravotní péče ve školách na obézní lidi. Musíme však upozornit na daleko menší výzkumný soubor čítající 115 osob.

U položek týkajících se příčiny obezity – zda se jedná o nepřítomnost silné vůle a zda si tuto nemoc způsobují lidé sami, byly všech 10 možností odpovědí zastoupeny oproti jiným položkám více méně rovnoměrně. Na položku ohledně přítomnosti obezity z důvodu absence nebo nedostatku silné vůle se v obou metodách častěji vyskytoval souhlas – u nástroje AFA 46,48 % oproti 31,47 % žáků, kteří vyjádřili protichůdný názor, u metody BAOP 28,67 % oproti 15,72 % respondentů, kteří tvrdili opak. Ve výzkumu Puhl a kol. (2011) bylo dotazníkem Fat Phobia Scale zjištěno, že 38 % a 30 % respondentů (2 zkoumané školy) souhlasí s tvrzením, že obézní lidé nemají vůli. Ze studie Neumark-Sztainera a kol. (1999) vyplynulo, že 21,9 % respondentů tvrdilo, že je obezita častokrát zapříčiněna nedostatkem silné vůle. V tvrzení ohledně vlastní viny za tloušťku vyjadřovali respondenti

ve větší míře nesouhlas (42,37 % oproti 28,65 %). Tento výsledek částečně koresponduje s výsledkem položky týkající se biologického zapříčinění obezity. Zdá se, že respondenti jsou informovaní o možnosti této příčiny, jelikož s ní 41,27 % žáků z našeho výzkumného souboru souhlasilo. Ve výzkumu Neumark-Sztainera a kol. (1999) souhlasilo o zhruba 13 % respondentů víc (54,40 %).

Bezmála 40 % respondentů považovalo jídlo za kompenzaci nedostatku lásky a pozornosti. Ve studii Neumark-Sztainera a kol. (1999) vybíralo stejné odpovědi – silně a středně souhlasím 54,80 % z celkového souboru tvořícího 115 osob. Taktéž tedy převažovalo přesvědčení, že jídlo slouží jako náhrada a výplň za neuspokojení pocitu lásky a pozornosti. Žáci z našeho výzkumného souboru věří, že je obezita způsobena přejídáním se (54,66 %) a že lidé, kteří s obezitou či nadváhou bojují, přijímají větší množství potravy (48,12 %) než lidé s normální vahou a mají špatné stravovací návyky (64,05 %). Celkem 52,50 % školních zaměstnanců ve studii Neumark-Sztainera a kol. (1999) souhlasilo s tvrzením, že k obezitě vede přejídání. Z výzkumu je dále patrné, že 55,6 % účastníků věřilo, že k obezitě vedou špatné stravovací návyky a 31,3 % respondentů z této studie souhlasilo s tvrzením, že obézní lidé jedí více než lidé s normální vahou. Také žáci střední školy ve studii Greenleafa a kol. (2006) předpokládali, že jejich obézní vrstevníci jedí více v porovnání s těmi s normální vahou. V naší studii 69,77 % respondentů zastávalo názor, že lidé mohou být závislí na jídle, na základě čehož se poté stanou obézními. Neumark-Sztainera a kol. (1999) došli k číslu 61,8 %.

Dotazník AFA nám mimo předsudky a stereotypy u adolescentů poskytnul také informace ohledně obav z vlastního přibírání. U odpovědí na položky týkající se této oblasti převažoval nesouhlas (u všech třech položek přes 50 %), který znamená, že naši respondenti nezažívají pocity znechucení a strach z vlastního přibírání a že existují i horší věci než příbytek na váze. Průměrné skóre v subškále Strach z tloušťky bylo v naší studii 3,52. Ve výzkumu Peppera & Ruize (2007) dosahovalo průměrné skóre hodnoty 6,20 a v práci Magallarese & Moralese (2014) čísla 3,11. Rozdíly lze přičíst odlišnému prostředí a věku respondentů. Závěry z této subškály pocházející z českého prostředí jsou trochu v rozporu s obecným tvrzením, že adolescenti dbají na svůj vzhled včetně hlídání si své postavy, která by měla být v ideálním případě štíhlá (Grogan, 2000). V komentářích několika žáků se objevilo nespokojení s dosavadní hmotností a přání zvýšit svou tělesnou váhu. Zjištění ze subškály Strach z tloušťky považujeme za pozitivní, jelikož ukázalo, že tělesná váha, respektive její zvyšování u našeho výzkumného souboru není důvodem znechucení či příliš

velkých obav, s čímž mohou souviset také mírnější postoje k obézním lidem. Tato oblast by mohla být námětem dalších prací.

Vyšší skóre v metodě BAOP značí, že obezita není pod kontrolou člověka, tedy že obézní lidé za svou obezitu nemohou a důvod onemocnění tkví mimo jejich moc. Vycházeli jsme z logiky, kdy v případě zastávání názoru, že si za svou tloušťku může každý sám, budou mít tyto osoby vůči lidem s nadváhou či obezitou negativnější postoje (Crandall, 1994). V případě nástroje BAOP znamená nižší skóre více stereotypů (nedostatečný pohyb, konzumace velkého množství potravy, jídlo jako kompenzace za nedostatek lásky).

U metody BAOP jsme předpokládali významně nižší skórování u chlapců než u dívek. Žáci mužského pohlaví by tedy měli mít větší tendenci k negativnějším postojům vůči obezitě. Tato domněnka se nám ovšem na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  nepotvrdila, jelikož průměrná skóre u obou pohlaví se téměř nelišila. V některých výzkumech se ukázalo, že ženy jsou přesvědčené o kontrolovatelnosti obezity, tudíž skórují v metodě BAOP níže než muži (Flint et al., 2015; Friedman et al., 2005; Puhl & Brownell, 2006). Na druhou stranu spousta výzkumů potvrdila, že muži mají vůči obézním lidem více předsudků a stereotypů a zauímají negativnější postoje (Magallares & Morales, 2013; Pantenburg et al., 2012). V našem souboru žáci skórovali v metodě BAOP průměrně 16,85 (SD = 6,63), u chlapců byl průměr 16,75 (SD = 6,77), u dívek 16,93 (SD = 6,53). Ve studii Ip a kol. (2013) dosahovali chlapci průměrné hodnoty 16,50 (SD = 4,60) a dívky 18,10 (SD = 5,10). Velikost výzkumného souboru však byla podstatně menší ( $n = 222$ ). Ve studii Flinta a kol. (2015) se již výzkumný soubor přibližuje našemu ( $n = 2380$ ). Průměrné skóre u chlapců bylo 15,12 (SD = 6,70) a průměrné skóre dívek 14,48 (SD = 6,62).

V subškálách dotazníku AFA se nám předpoklady negativnějších postojů vůči obézním osobám prokázaly. Chlapci skutečně dosahovali průměrně vyššího skóre v subškále Nechuť/odpor. Ke stejným výsledkům došel také Crandall (1994), Lieberman a kol. (2011) a Magallares a Morales (2014). Průměrně vyšší hrubý skór u chlapců byl zaregistrován také v subškále Síla vůle. Zde platí, že čím vyšší je získané skóre, tím silnější panuje přesvědčení, že lidé mají svou hmotnost pod vlastní kontrolou. Jedná se tedy o otázku vlastní viny. Opět byly zaznamenány stejné výsledky v této subškále u Crandalla (1994) a Liebermana a kol. (2011), avšak ve španělské studii od Magallarese a Moralese (2014) v subškále Síla vůle byla jejich průměrná hodnota nižší než u dívek.

Podle našeho očekávání se potvrdil rozdíl mezi respondenty mužského a ženského pohlaví ve výsledcích subškály Strach z tloušťky, ve které dosahovaly vyššího průměru dívky. Nižší hrubý skór získávali chlapci taktéž v původní Crandallově verzi (Crandall, 1994). Znamená to, že se u dívek vyskytuje více obav z vlastního přibírání, což je v souladu s již existujícími poznatky, že dívky opravdu jeví větší strach v této oblasti (Magallares & Morales, 2013; Magallar & Morales, 2014). Může to být způsobeno větším tlakem, který na ně z pohledu tvaru a velikosti těla společnost vyvíjí (Grogan, 2000).

Co se týče subškály Síla vůle a metody BAOP, které se zaměřují na tutéž oblast – vůle a míra kontrolovatelnosti váhy jedinců, výsledky se nám poněkud rozcházejí. Ve Škále BAOP byl rozdíl mezi pohlavími v míře přesvědčení o vlastní kontrole nad váhou velice jemný. Nepatrně menší průměrné skóre jsme zaznamenali u chlapců oproti dívkám. Vysvětlení lze hledat například ve zvoleném překladu. V dotazníku AFA jsme použili doslovný překlad původního výrazu „fat“, tedy tlustý, zatímco v dotazníku BAOP byl použit termín obézní či člověk s nadváhou, jako tomu bylo v originální verzi. Možná role synonym v ovlivnění postojů jedinců v našem prostředí může být tématem dalšího bádání. Podrobnější informace o zvoleném překladu podáváme níže v limitech naší práce.

Další hypotézy se zaměřovaly na rozdíly v postojích mezi jednotlivými kategoriemi BMI. Při použití metody BAOP se rozdíly v přesvědčení, že obezita je či není pod kontrolou jednotlivce, potvrdily mezi kategoriemi normální váha a obezita. Ve studii Flinta a kol. (2015) byl tento rozdíl s využitím metody BAOP nalezen u stejných kategorií a zároveň u lidí s obezitou a nadváhou, kteří měli nižší hrubý skór než obézní osoby. Významné rozdíly mezi různými kategoriemi BMI naopak nezaznamenala studie Gujrala, Tea a Sheridana (2011), která se soustředila na hodnocení postojů zdravotních sester k obézním pacientům. Byly ovšem využity jiné kategorie BMI.

Stejnou hypotézu jsme testovali také u metody AFA, kde se rozdíly potvrdily. Opět jsme se museli soustředit na každou subškálu zvlášť. Pro subškálu Nechuť/odpor jsme našli odlišnosti v kategorii normální váha a obezita, kde vyšla p-hodnota signifikantní. Lieberman a kol. (2011) našli tutéž souvislost, kdy se vzrůstajícím BMI skórují jedinci v subškále Nechuť/odpor níže, u ženského pohlaví. Ve studii Crandalla (1994) byla mezi subškálou Nechuť/odpor a vlastní hodnotou BMI nalezena jenom slabá korelace, která poukazuje na to, že neexistuje vztah mezi vlastní váhou a postojem k váze ostatních. Velikost zkoumaného souboru však byla oproti našemu mnohem menší. U subškály Síla vůle byly signifikantní rozdíly patrné opět mezi kategoriemi normální váha – obezita, navíc

taktéž u kategorií normální váha – nadváha se signifikantní p-hodnotou. Výsledky z této subškály jsou podobné závěrům studie Flinta et al. (2015). Ve studii Sabina a kol. (2012) se také prokázaly slabší negativní postoje u kategorie obézních. V některých studiích se ukázalo, že neexistuje rozdíl ve vnímání obézních lidí napříč různými hmotnostními kategoriemi (Hansson et al., 2009; Latner et al., 2005).

U subškály Strach z tloušťky byly rozdíly zaznamenány mezi kategoriemi normální váha – nadváha a normální váha – obezita. Nejnižších průměrných skóre dosahovali žáci s normální váhou. Obecně lze menší strach z vlastního přibírání u této kategorie BMI dle našeho názoru objasnit pomocí menšího zájmu o problémy, které se jich netýkají. Obézní jedinci a osoby s nadváhou vědí, jaká úskalí a nebezpečí obnáší vyšší hmotnost, proto se u nich objevují větší obavy v této oblasti.

Jelikož náš soubor tvořili žáci ze tří typů středních škol, stanovili jsme hypotézy, které se soustředí na rozdíly mezi postoji vůči obezitě u žáků z gymnázií, středních škol s maturitou a středních škol bez maturity. U metody BAOP jsme našli rozdíly mezi všemi typy středních škol, přičemž nejnižší skórovali gymnazisté a nejvyšší žáci ze středních škol bez maturity. U subškály Nechuť/odpor metody AFA nevyšel signifikantní rozdíl ani mezi jedním typem školy. Nejvyšší průměrné skóre bylo zaznamenáno u žáků studujících gymnázium, nejnižší u žáků středních škol bez maturity. Signifikantní rozdíl u subškály Síla vůle se objevil u gymnázií a středních škol bez maturity, kde byla p-hodnota  $< 0,001$ . Z těchto výsledků vyplývá, že gymnazisté zaujímají negativnější postoje vůči obézním lidem. Nejlépe obézní osoby vnímají žáci ze středních škol bez maturity. Bohužel se náš školský systém odlišuje od zahraničního, z čehož vyplývá nemožnost srovnání těchto zjištění s výsledky jiných studií. Jestliže bychom přítomnost předsudků a stereotypů vůči obezitě považovali za poddruh rizikového chování, očekávali bychom opačné závěry – nejvyšší by měli skórovat žáci ze středních škol bez maturity, níže žáci ze středních škol s maturitou a nejnižší gymnazisté. Komrska (2019) ve své bakalářské práci pracoval s podobným výzkumným souborem, přičemž se mimo jiné orientoval na rizikové chování u žáků 3 typů středních škol. Rozdíl byl spatřen mezi žáky gymnázií a středních škol bez maturity, u nichž se rizikové chování vyskytovalo ve větší míře. Naše výsledky se mohou různit z toho důvodu, že předsudky, stereotypy a diskriminace vůči obezitě nejsou založeny na takovém principu.

U subškály Strach z tloušťky se ukázaly signifikantní rozdíly mezi dvojicemi gymnázium – střední škola s maturitou a střední škola s maturitou – střední škola

bez maturity (9,61). Vysvětlení závěrů, které vyplynuly z naší studie v souvislosti se strachem z přibírání na váze a typem školy, lze možná shledat ve výsledcích několika studií, které říkají, že lidé s vyšším socioekonomickým statusem (tedy včetně vyššího vzdělání, k němuž obecně žáci gymnázií směřují) zakoušejí častěji diskriminaci a nevhodné chování ze strany svého okolí (Carr et al., 2008). To by vysvětlovalo výsledný rozdíl mezi gymnazisty a žáky střední školy bez maturity, případně vyšší skórování žáků navštěvující střední školu s maturitou oproti žákům ze střední školy bez maturity. Je ovšem nutné brát v potaz nerovnoměrné zastoupení žáků jednotlivých typů škol s převahou gymnazistů, na základě čehož mohou být výsledky zkreslené.

Naší povinností je zmínit limity, které tato práce obnáší. Za první z nich lze považovat použití indexu tělesné hmotnosti (BMI) jakožto metody určování obezity. Adolescenti nemuseli udávat pravdivé informace. Studie vysledovaly fenomén podhodnocování vlastní váhy, patrný především u lidí s nadváhou či obezitou (Al-Sendi, Shetty & Musaiger, 2004). BMI nebere v potaz distribuci a podíl tělesného tuku, který se liší pro mužské a ženské pohlaví (Málková & Málková, 2014). Používali jsme kategorie BMI pro dospělé osoby nad 20 let (WHO, 2000). S tímto systémem kategorizace na základě BMI pracovala například i Hacová (2018), jejíž pozornost byla zaměřena mimo ženy v mladé dospělosti taktéž na dívky ve věku 15–20 let.

Dalším možným problémem může být již zmíněný překlad slova „fat“ jako „tlustý“. Jsme si vědomi faktu, že toto slovo nese hanlivé zabarvení, které v konečném důsledku mohlo ovlivnit zvolené odpovědi na položky. Nicméně jsme se rozhodli zvolit co nejpřesnější překlad, který nám schválili i lingvisté. Pro některé respondenty z našeho výzkumného souboru může být přídavné jméno „tlustý“ bližší. Mohou se s ním setkávat častěji než s pojmem obézní. Žádný z respondentů nevyjádřil v komentáři nespokojenost s tímto označením. Ve studii Flinta a kol. (2015) se výzkumníci mimo jiné zaměřili na vnímání slov „fat“ a „obese“ a uvedli, že zřejmě ne vždy musí být vnímání těchto označení nutně spojeno se samotným hodnocením obézních osob. V našem výzkumu se ovšem ukázalo, že v subškále Síla vůle u nástroje AFA, kde jsme použili výraz „tlustý“, byl rozdíl mezi pohlavími větší oproti výsledkům metody BAOP, v níž se jednalo o minimální rozdíl. Roli však mohlo hrát množství či celkové znění položek. Zda ovlivňuje zvolené přídavné jméno popisující otlou osobu postoje proti tloušťce v našem českém prostředí, by mohlo být podnětem pro další práce.

Vzhledem k délce naší testové baterie jsme se nemohli vyhnout tomu, že žáci pracující pomalejším tempem nestihli vyplnit všechny dotazníky. Z tohoto důvodu se liší počty respondentů u metody BAOP a AFA. U některých žáků chyběl údaj o tělesné výšce nebo váze, proto jsme museli tyto respondenty v případě počítání s hodnotami BMI vyřadit.

Jelikož je náš vzorek reprezentativní, trváme si tvrdit, že se výsledky mohou zobecnit na celou populaci adolescentů v České republice. Nezahrnuli jsme pouze skupinu dospívajících, kteří nepokračovali středním vzděláním.

Následující část diskuze věnujeme možnostem dalšího zkoumání. Tato práce se zaměřovala na zmapování postojů, které zaujímají adolescenti České republiky vůči obezitě. Další úsilí by mohlo směřovat na jiné věkové kategorie a jejich přesvědčení o obézních osobách. Pro náš výzkum jsme vybrali metody AFA a BAOP, nicméně budoucí práce mohou zvolit odlišné nástroje a rozšířit naše závěry a porovnat, zda se výsledky shodují. Jinou možností je zacílení na konkrétní oblast, v níž lidé trpící obezitou zažívají diskriminaci a posměšky. Pozornost by se také mohla obrátit na zkoumání znalosti tohoto onemocnění, včetně jeho příčin a prevalence ve světě, v souvislosti s postoji vůči obezitě. Touto cestou by mohla být zkoumána míra ovlivnění výskytu a intenzity předsudků, stereotypů, diskriminace a stigmatizace informovaností o nemoci.

I přesto, že se postoje vůči obezitě u našeho souboru neprojeví jako výrazně negativní, mohly by být na základě zjištění této práce vytvořeny intervenční programy bojující proti předsudkům a stereotypům vůči obezitě a programy, které by školákům představily komplexnost tohoto onemocnění a problémy s ním spojené. Z komentářů respondentů vyplývá, že je pro adolescenty bližší spíše téma poruch příjmu potravy. Touto problematikou se však zabývá mnoho prací. Připadá nám důležité upozornit také na druhý pól, kde lidé bojují s obezitou a nadváhou ve spojení s negativními postoji, kterým musí čelit.

# 10 ZÁVĚRY

Ve výzkumné části této práce jsme mapovali předsudky, stereotypy a diskriminaci proti obézním lidem u adolescentů ve věkové kategorii 15–19 let a hledali rozdíly v těchto postojích mezi 3 proměnnými – pohlavím, kategoriemi BMI a typem střední školy. K jejich zjištění v našem výzkumném souboru jsme se rozhodli pro kvantitativní přístup. Po rešerši dostupných nástrojů k měření postojů vůči tloušťce jsme zvolili metody AFA a BAOP.

Vzhledem k absenci českých verzí jsme museli provést převod těchto nástrojů. Pomocí zpětného překladu a obsahové analýzy jsme definovali finální verze položek. Nutností bylo zjištění psychometrických parametrů. K určení reliability obou metod jsme využili Cronbachovu alfu, jejíž hodnota u nástroje AFA vyšla  $\alpha = 0,82$  pro faktor Nechuť/odpor,  $\alpha = 0,89$  pro faktor Strach z tloušťky a  $\alpha = 0,64$  pro faktor Síla vůle. Cronbachova alfa u metody BAOP vychází 0,75. U dotazníku AFA jsme navíc provedli faktorovou analýzu, která potvrdila přítomnost třech faktorů.

V deskriptivní části výzkumu bylo zjištěno, že většina respondentů z našeho výzkumného souboru nemá obézní lidi v neoblíbenosti. U téměř 30 % respondentů se v řadách jejich kamarádů vyskytují lidé s nadváhou nebo obezitou. V bezmála 90 % případů se neobjevují stereotypy tvrdící, že obézní lidé nedosahují takové úrovně inteligence jako lidé s normální váhou a že neoplývají vlastností nedůvěryhodností. V podobné míře není snižována vážnost otlé osoby a u 80 % respondentů se neobjevují nepříjemné pocity při setkání s obézním člověkem. Také položka mířená na diskriminaci vyšla v téměř 90 % pozitivně, tedy že by naši respondenti přijali obézního člověka jako svého zaměstnance. U odpovědí na položku týkající se cvičení jakožto možnosti zhubnutí a nepřítomnosti silné vůle a vlastní viny za vyšší tělesnou hmotnost převládal souhlas. Ovšem zastoupení jednotlivých možností odpovědí bylo vyrovnanější oproti ostatním tvrzením. Větší část dospívajících považuje obezitu za biologickou poruchu. Na druhou stranu jako další příčinu vidí přejídání se nebo nedostatek pohybu. Panovalo přesvědčení, že lidé s obezitou mají špatné stravovací návyky a jí více než lidé s normální váhou.

Ve všech subškálách metody AFA byly objeveny rozdíly ( $p < 0,001$ ) mezi chlapci a dívkami, přičemž výše skórovali chlapci v subškálách Nechuť/odpor a Síla vůle, níže pak



v subškále Strach z tloušťky. U metody BAOP vyšly průměrné hodnoty chlapců a dívek velice podobné ( $p = 0,235$ ).

Při hledání rozdílů mezi kategoriemi BMI jsme zaznamenali průměrně nejvyšší skóre u žáků s normální váhou a nejnižší u žáků s obezitou ve všech subškálách kromě Strachu z tloušťky, kde nejvyšších průměrných hodnot dosahovali žáci s nadváhou a nejnižších hodnot žáci s normální váhou. U subškály Nechuť/odpor jsme objevili signifikantní rozdíl mezi skupinami obezita a normální váha ( $p < 0,05$ ). U subškály Strach z tloušťky byly nalezeny významné rozdíly mezi kategoriemi normální váha – nadváha ( $p < 0,001$ ) a normální váha – obezita ( $p < 0,01$ ). V subškále Síla vůle se signifikantní rozdíly ukázaly mezi respondenty s normální váhou a nadváhou a normální váhou a obezitou ( $p < 0,05$ ). U nástroje BAOP jsme zaznamenali značné rozdíly mezi žáky s normální váhou a žáky trpícími obezitou ( $p < 0,05$ ), kteří průměrně skórovali nejvýše.

Mezi třemi typy středních škol jsme nenaměřili signifikantní rozdíly u subškály Nechuť/odpor. Nejvyšší průměrné skóre měli žáci gymnázií a nejnižší žáci ze středních škol s maturitou. Naopak u subškály Strach z tloušťky jsme narazili na významné rozdíly v postojích vůči obezitě mezi gymnazisty a žáky středních škol s maturitou ( $p < 0,01$ ) a mezi střední školou s maturitou a bez maturity ( $p < 0,05$ ), kdy v sestupném pořadí skórovali nejvýše žáci střední školy s maturitou, gymnazisté a žáci střední školy bez maturity. U subškály Síla vůle jsme našli rozdíly ( $p < 0,001$ ) mezi gymnazisty a žáky středních škol bez maturity a žáky středních škol s maturitou a bez maturity, přičemž nejvyššího průměrného hrubého skóru dosáhli žáci z gymnázií, nejmenšího žáci středních škol bez maturity. Značné rozdíly vyšly mezi všemi třemi druhy středních škol také v metodě BAOP ( $p < 0,001$ ). Nejnižše skórovali žáci navštěvující gymnázium, výše žáci ze střední školy s maturitou a nejvýše střední školy bez maturity.

Na základě výše uvedeného jsme přijali hypotézy týkající se rozdílů v postojích vůči obézním lidem mezi pohlavím ve všech subškálách metody AFA. Dále se potvrdily naše předpoklady o rozdílech mezi kategoriemi BMI a typy středních škol u nástroje AFA i BAOP.

# SOUHRN

Tato práce se soustředí na postoje českých adolescentů vůči obezitě. Jejím cílem je jak popis situace panující u české dospívající mládeže, tak nalezení rozdílů mezi vybranými proměnnými – pohlavím, kategoriemi BMI (normální váha, nadváha a obezita) a typem střední školy. Náš výzkumný soubor tvořilo 3515 respondentů navštěvující gymnázia, střední školy s maturitou a střední školy bez maturity.

Práce je koncipována do dvou částí – teoretické a výzkumné. Teoretickou část tvoří tři kapitoly. První z nich se zabývá obezitou. Tato nemoc dostala označení epidemie 21. století (Islam, 2005). Bojuje s ní stále více dospělých, ale také dětí a dospívajících. Od roku 1975 se počet lidí trpících obezitou ztrojnásobil (World Population Review, 2020). Už jen z tohoto důvodu se snažíme podat komplexní obraz na tuto problematiku. Předkládáme informace ohledně metod jejich měření. Nejvíce se zaměřujeme na index tělesné hmotnosti, se kterým pracujeme ve výzkumné části. Popisujeme epidemiologii obezity, zmiňujeme příčiny tohoto onemocnění s cílem upozornit na jejich velké množství, přičemž některé jsou pod kontrolou jedince, jiné nikoli. Uvádíme prevenci obezity a důsledky, které vyplývají z této nemoci a zasahují do fyzické, psychické i sociální roviny.

Druhá kapitola se zabývá tématem adolescence, pro které existuje několik vymezení. Věk našich respondentů spadá dle Vágnerové (2012) do pozdní adolescence. V tomto nelehkém období prožívají dospívající množství změn v tělesné, psychické i sociální oblasti (Thorová, 2015). Adolescenti se mimo sebe orientují také na rozdíly v povaze jiných lidí (Říčan, 2004). Po tělesné proměně dochází k utváření vlastního sebeobrazu, začínají se porovnávat s ostatními (Vágnerová, 2012).

Třetí kapitola teoretické části je věnována postojům vůči obézním lidem. Vzhledem k nedostatku výzkumných studií v českém prostředí jsme čerpali především ze zahraničních článků, které nám poskytly potřebné informace. Vysvětlili jsme používané pojmy a podali přehled nástrojů, které slouží ke zjišťování postojů vůči obezitě. Popsali jsme oblasti, ve kterých se lidé s nadváhou či obezitou běžně stýkají se stigmatizací. Uvedli jsme rozdíly u různých proměnných a vypsali několik eventuálních řešení, které by mohly být účinné v boji proti stigmatizaci a předsudkům. Tuto kapitolu jsme propojili s předcházející a zaměřili jsme se na postoje adolescentů vůči obezitě. Na závěr jsme také pro doplnění celkového obrazu zmínili pojmy sebepojetí a body shaming, které úzce souvisí s tématem

dopady vnímané diskriminace a stigmatizace. Výzkumy totiž dokazují, že lidé, kteří zažívají tyto negativní zkušenosti spojené s jejich váhou, trpí depresemi (Friedman et al., 2005), úzkostmi, poruchami příjmu potravy (Wu & Berry, 2017) či přejídáním se, jež má sloužit k uklidnění (Tomiyama, 2014).

Ve výzkumné části jsme se zaměřili na analýzu a zpracování získaných výsledků od našich respondentů. Stanovili jsme si celkem čtyři cíle, k jejichž dosažení jsme zvolili kvantitativní design výzkumu. Ke zmapování zkoumané situace v našem prostředí jsme potřebovali provést převod metod AFA (Dotazník postojů proti tloušťce) a BAOP (Škála přesvědčení o obézních osobách), jelikož v České republice nejsou k dispozici žádné oficiální převedené verze. Dalším krokem bylo zjištění jejich psychometrických vlastností. Pro každou metodu jsme vypočítali Cronbachovu alfu, abychom zjistili jejich reliabilitu. U dotazníku AFA bylo nutné provést faktorovou analýzu, konkrétně metodu hlavních os s normalizovanou rotací varimax. Sutinový graf odhalil tři faktory, což je počet odpovídající počtu faktorů v původní verzi od Crandalla (1994). Mimo nástroje AFA a BAOP jsme pracovali s proměnnými pohlaví, BMI a typ střední školy, u kterých jsme našli rozdíly v postojích vůči obezitě.

Kromě výše uvedeného jsme v této části popsali náš výzkumný soubor a proces sběru dat, který probíhal na školách metodou tužka – papír. Ke zpracování a analýze dat jsme využili pomocných nástrojů – programu Microsoft Office Excel a anglickou verzi programu Statistica 13.4.0.14. K ověření stanovených hypotéz jsme vzhledem k různému charakteru jednotlivých metod zvolili odlišné statistické testy. Při práci s nástrojem BAOP jsme použili t-test pro nezávislé výběry a ANOVu s následným využitím Post hoc testu – Scheffého testu. U metody AFA jsme pracovali s MANOVou, Hottelingovým testem a opět Scheffého testem. Výsledky jsme doplnili tabulkami s podrobnějšími informacemi a pro představu jsme přidali grafy. Nakonec jsme přijali 7 z 8 hypotéz.

Výsledky z našeho výzkumu poukazují na nižší výskyt předsudků vůči obézním lidem. Větší část žáků předpokládá, že u obézních jedinců není přítomna silná vůle a že se v nedostatečné míře věnují fyzické aktivitě. Převažuje přesvědčení, že vznik obezity podmiňuje biologická porucha, ale také přejídání se, nedostatečný pohyb, přítomnost špatných stravovacích návyků a obecně jezení většího množství jídla oproti lidem s normální váhou.

Na základě zkoumání rozdílů mezi vybranými proměnnými jsme rozdělili hypotézy do třech skupin. První se zaměřovala na odlišnosti u pohlaví, přičemž chlapci skórovali výše ve všech subškálách metody AFA kromě subškály Strach z tloušťky. Druhá sada hypotéz se zabývala rozdíly mezi kategoriemi BMI, které jsme potvrdili jak u dotazníku AFA, tak u nástroje BAOP. Negativnější postoje vůči obezitě byly nalezeny u kategorie žáků s normální váhou. Poslední skupina hypotéz se orientovala na rozdíly mezi třemi druhy středních škol, u nichž jsme negativnější postoje zaznamenali mezi žáky navštěvující gymnázia.

Budoucí výzkumy by pro mapování postojů u adolescentů proti obezitě mohly zvolit jiné nástroje a porovnat výsledky jejich práce s naší. Další variantou je zaměření se na jiné věkové kategorie či na konkrétní oblasti stigmatizace. Přínos výsledků této práce spatřujeme v převedení vybraných metod a podání pohledu adolescentů na obezitu, na základě kterého by se mohly sestavit intervenční programy, které by informovaly o dané problematice a poukazovaly na závažnost možných důsledků stigmatizace a diskriminace, které se objevují u lidí s obezitou či nadváhou.

# SEZNAM ZDROJŮ A LITERATURY

- Abelson, P., & Kennedy, D. (2004). The Obesity Epidemic. *Science*, 304(5676), 1413. doi: 10.1126/science.304.5676.1413.
- Aldhoon Hainerová, I. (c2009). *Dětská obezita: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf.
- Allison, D. B., Basile, V. C., & Yuker, H. E. (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*, 10(5), 599–607. doi:10.1002/1098-108X(199109)10:5<599::AID-EAT2260100512>3.0.CO;2-%23
- Allport, G. W. (c2004). *O povaze předsudků*. Praha: Prostor.
- Al-Sendi, A. M., Shetty, P., & Musaiger, A. O. (2004). Body weight perception among Bahraini adolescents. *Child: Care, Health and Development*, 30(4), 369–376. doi:10.1111/j.1365-2214.2004.00425.x
- American Psychological Association. (2002). *Developing adolescents: A reference for professionals*. Washington, DC: American Psychological Society.
- Americans with Disabilities Act. (nedat.) What is the Americans with Disabilities Act (2020)? Získáno z <https://adata.org/learn-about-ada>
- Andreyeva, T., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2008). Changes in Perceived Weight Discrimination Among Americans, 1995–1996 Through 2004–2006. *Obesity*, 16(5), 1129–1134. doi:10.1038/oby.2008.35
- Aruguete, M. S., Yates, A., & Edman, J. (2006). Gender differences in attitudes about fat. *North American Journal of Psychology*, 8(1), 183–192.
- Bacon, J., Scheltema, K., & Robinson, B. (2001). Fat phobia scale revisited: the short form. *International Journal of Obesity*, 25(2), 252–257. doi:10.1038/sj.ijo.0801537
- Bhurosy, T., & Jeewon, R. (2014). Overweight and Obesity Epidemic in Developing Countries: A Problem with Diet, Physical Activity, or Socioeconomic Status? *The Scientific World Journal*, 1–7. doi:10.1155/2014/964236
- Booth, M. L., Wilkenfeld, R. L., Pagnini, D. L., Booth, S. L., & King, L. A. (2008). Perceptions of adolescents on overweight and obesity: The weight of opinion study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 44(5), 248–252. doi:10.1111/j.1440-1754.2007.01267.x
- Caballero, B. (2007). The Global Epidemic of Obesity: An Overview. *Epidemiologic Reviews*, 29(1), 1–5. doi:10.1093/epirev/mxm012
- Callahan, D. (2013). Obesity: Chasing an Elusive Epidemic. *Hastings Center Report*, 43(1), 34–40. doi:10.1002/hast.114

- Carr, D., & Friedman, M. A. (2005). Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3), 244–259. doi:10.1177/002214650504600303
- Carr, D., Jaffe, K. J., & Friedman, M. A. (2008). Perceived Interpersonal Mistreatment Among Obese Americans: Do Race, Class, and Gender Matter? *Obesity*, 16, S60–S68. doi:10.1038/oby.2008.453
- Carter, A., Hendrikse, J., Lee, N., Yücel, M., Verdejo-Garcia, A., Andrews, Z. B., & Hall, W. (2016). The Neurobiology of “Food Addiction” and Its Implications for Obesity Treatment and Policy. *Annual Review of Nutrition*, 36(1), 105–128. doi:10.1146/annurev-nutr-071715-050909
- Cawley, J., Joyner, K., & Sobal, J. (2006). Size Matters. *Rationality and Society*, 18(1), 67–94. doi:10.1177/1043463106060153
- Centers for Diseases Control and Prevention. (2019). *Childhood Obesity Facts*. Získáno z <https://www.cdc.gov/obesity/data/childhood.html>
- Clayton, R. B., Ridgway, J. L., & Hendrickse, J. (2017). Is plus size equal? The positive impact of average and plus-sized media fashion models on women’s cognitive resource allocation, social comparisons, and body satisfaction. *Communication Monographs*, 84(3), 406–422. doi:10.1080/03637751.2017.1332770
- Correll, J., Judd, C.M., Park, B. and Wittenbrink, B. (2010). *Measuring prejudice, stereotypes and discrimination*. In J.F. Dovidio, M. Hewstone, P. Glick and V.M. Esses (eds.). *The Sage Handbook of Prejudice, Stereotyping, and Discrimination*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cossrow, N. H. F., Jeffery, R. W., & McGuire, M. T. (2001). Understanding Weight Stigmatization: A Focus Group Study. *Journal of Nutrition Education*, 33(4), 208–214. doi:10.1016/s1499-4046(06)60033-x
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 882–894. doi:10.1037/0022-3514.66.5.882
- Crandall, C. S. (1995). Do Parents Discriminate Against their Heavyweight Daughters? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(7), 724–35. doi:10.1177/0146167295217007
- Český statistický úřad. (2018). *Průměrný Čech trpí mírnou nadváhou*. Získáno z <https://www.czso.cz/csu/czso/prumerny-cech-trpi-mirnou-nadvahou>
- Český statistický úřad. (2019). *Školy a školská zařízení – školní rok 2018/2019*. Získáno z <https://www.czso.cz/csu/czso/skoly-a-skolska-zarizeni-skolni-rok-20182019>
- Davison, K. K., & Birch, L. L. (2004). Predictors of Fat Stereotypes among 9-Year-Old Girls and Their Parents. *Obesity Research*, 12(1), 86–94. doi:10.1038/oby.2004.12
- Doleček, R., Středa, L., & Cajthamlová, K. (2013). *Nebezpečný svět kalorií: z pohledu tří lékařů*. Praha: Ikar.

- Dostál, D. (2016). *Statistické metody v psychologii*. Nепublikovaná skripta. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Dostál, D. (2017). *Psychometrie I* [PowerPoint prezentace]. Získáno z <http://dostal.vyzkum-psychologie.cz>
- Durso, L. E., & Latner, J. D. (2008). Understanding Self-directed Stigma: Development of the Weight Bias Internalization Scale. *Obesity, 16*, S80–S86. doi:10.1038/oby.2008.448
- Elliot-Larsen Civil Rights Act of 2000; Michigan Statutes Annotated § 3.548(102). (2000).
- Employer Assistance and Resource Network on Disability Inclusion. (2020). *The Rehabilitation Act of 1973 (Rehab Act)*. Získáno z <https://askearn.org/topics/laws-regulations/rehabilitation-act/>
- Equal Employment Opportunity Commission. (nedat.). *Overview*. Získáno z <https://www.eeoc.gov/eeoc/index.cfm>
- Erikson, E. H. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Argo.
- The European Association for the Study of Obesity. (nedat.-a). *Childhood Obesity*. Získáno z <https://easo.org/about-easo/task-forces-groups/childhood-obesity/>
- The European Association for the Study of Obesity. (nedat.-b). *Prevention and Public Health*. Získáno z <https://easo.org/about-easo/task-forces-groups/prevention-and-public-health/>
- Evropská federace psychologických asociací. (2005). *Etický metakodex*. Získáno z [http://www.europsy.cz/dokumenty/Metakodex\\_EFPA\\_2005.pdf](http://www.europsy.cz/dokumenty/Metakodex_EFPA_2005.pdf)
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši* (Vyd. 2). Praha: Portál.
- Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum.
- Fialová, L. (2006). *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada Publishing.
- Fialová, L., & Krch, F. D. (2012). *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum.
- Flint, S. W., Hudson, J., & Lavalley, D. (2015). UK adults' implicit and explicit attitudes towards obesity: a cross-sectional study. *BMC Obesity, 2*(1). doi:10.1186/s40608-015-0064-2
- Fontana, F., Furtado, O., Mazzardo, O., Hong, D., & de Campos, W. (2016). Anti-fat bias by professors teaching physical education majors. *European Physical Education Review, 23*(1), 127–138. doi:10.1177/1356336x16643304
- Foster, G. D., Wadden, T. A., Makris, A. P., Davidson, D., Sanderson, R. S., Allison, D. B., & Kessler, A. (2003). Primary Care Physicians' Attitudes about Obesity and Its Treatment. *Obesity Research, 11*(10), 1168–1177. doi:10.1038/oby.2003.161

- Fouts, G., & Burggraf, K. (2000). Television Situation Comedies: Female Weight, Male Negative Comments, and Audience Reactions. *Sex Roles, 42* (9/10), 925–932. doi:10.1023/A:1007054618340
- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., Zelli, A., Ashmore, J. A., & Musante, G. J. (2005). Weight Stigmatization and Ideological Beliefs: Relation to Psychological Functioning in Obese Adults. *Obesity Research, 13*(5), 907–916. doi:10.1038/oby.2005.105
- Gailey, J. A. (2012). Fat Shame to Fat Pride: Fat Women’s Sexual and Dating Experiences. *Fat Studies, 1*(1), 114–127. doi:10.1080/21604851.2012.631113
- Gailey, J. A., & Prohaska, A. (2006). “Knocking off a Fat Girl:” an Exploration of Hogging, Male Sexuality, and Neutralizations. *Deviant Behavior, 27*(1), 31–49. doi:10.1080/016396290968353
- Goffman, E. (1986). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York, NY: Simon and Schuster.
- Greenberg, B. S., Eastin, M., Hofschire, L., Lachlan, K., & Brownell, K. D. (2003). Portrayals of Overweight and Obese Individuals on Commercial Television. *American Journal of Public Health, 93*(8), 1342–1348. doi:10.2105/ajph.93.8.1342
- Greenleaf, C., Chambliss, H., Rhea, D. J., Martin, S. B., & Morrow, J. R. (2006). Weight Stereotypes and Behavioral Intentions toward Thin and Fat Peers among White and Hispanic Adolescents. *Journal of Adolescent Health, 39*(4), 546–552. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.01.013
- Grogan, S. (2000). *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing.
- Guillen, E. O., & Barr, S. I. (1994). Nutrition, dieting, and fitness messages in a magazine for adolescent women, 1970–1990. *Journal of Adolescent Health, 15*(6), 464–472. doi:10.1016/1054-139x(94)90493-m
- Gujral, H., Tea, C., & Sheridan, M. (2011). Evaluation of nurse’s attitudes toward adult patients of size. *Surgery for Obesity and Related Diseases, 7*(4), 536–540. doi:10.1016/j.soard.2011.03.008
- Guo, S. S., & Chumlea, W. C. (1999). Tracking of body mass index in children in relation to overweight in adulthood. *The American Journal of Clinical Nutrition, 70*(1), 145S–148S. doi:10.1093/ajcn/70.1.145s
- Hacová, T. (2018). *Záchvaty přejídání a jejich souvislost s impulzivitou a depresivitou*. (Bakalářská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hainer, V. (2011). *Základy klinické obezitologie* (2., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Grada Publishing.
- Hainer, V., & Bendlová, B. (2011). Etiopatogeneze obezity. In: Hainer, V. (2011). *Základy klinické obezitologie* (2., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Grada Publishing.



- Hansson, L. M., Karnehed, N., Tynelius, P., & Rasmussen, F. (2009). Prejudice against obesity among 10-year-olds: a nationwide population-based study. *Acta Paediatrica*, 98(7), 1176–1182. doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01305.x
- Hayran, O., Akan, H., Özkan, A. D., & Kocaoglu, B. (2013). Fat phobia of university students: attitudes toward obesity. *Journal of allied health*, 42(3), 147–150A.
- HBSC. (nedat.). *Mezinárodní výzkumná studie kolaborativního charakteru životního způsobu u dětí*. Získáno z <https://hbcs.cz/ostudii/>
- Herbozo, S., Tantleff-Dunn, S., Gokee-Larose, J., & Thompson, J. K. (2004). Beauty and Thinness Messages in Children's Media: A Content Analysis. *Eating Disorders*, 12(1), 21–34. doi:10.1080/10640260490267742
- Hilbert, A., Baldofski, S., Zenger, M., Löwe, B., Kersting, A., & Braehler, E. (2014). Weight Bias Internalization Scale: Psychometric Properties and Population Norms. *PLoS ONE*, 9(1), e86303. doi:10.1371/journal.pone.0086303
- Human Rights Commission. (nedat.) *Prohibiting Discrimination Based on Race, Color, Ancestry, National Origin, Place Of Birth, Sex, Age, Religion, Creed, Disability, Sexual Orientation, Gender Identity, Weight, or Height*. Získáno z [https://sf-hrc.org/sites/default/files/Police\\_Code\\_Article%2033\\_6-13-2016\\_1.pdf](https://sf-hrc.org/sites/default/files/Police_Code_Article%2033_6-13-2016_1.pdf)
- Chrisler, J. C., & Barney, A. (2016). Sizeism is a health hazard. *Fat Studies*, 6(1), 38–53. doi:10.1080/21604851.2016.1213066
- Ip, E. H., Marshall, S., Vitolins, M., Crandall, S. J., Davis, S., Miller, D., ... Spangler, J. (2013). Measuring Medical Student Attitudes and Beliefs Regarding Patients Who Are Obese. *Academic Medicine*, 88(2), 282–289. doi:10.1097/acm.0b013e31827c028d
- Islam, N. (2005). Obesity: an epidemic of the 21st century. *Journal of Pakistan Medical Association*, 55(3), 118.
- Jackson, S. E., Beeken, R. J., & Wardle, J. (2014). Perceived weight discrimination and changes in weight, waist circumference, and weight status. *Obesity*, 22(12), 2485–2488. doi:10.1002/oby.20891
- Jackson, T. D., Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2000). Teasing History, Onset of Obesity, Current Eating Disorder Psychopathology, Body Dissatisfaction, and Psychological Functioning in Binge Eating Disorder. *Obesity Research*, 8(6), 451–458. doi:10.1038/oby.2000.56
- Jandourek, J. (2009). *Úvod do sociologie* (Vyd. 2). Praha: Portál.
- Kite, M. E., & Whitley, B. E. (2016). *Psychology of Prejudice and Discrimination* (3rd edition). New York: Routledge.
- Komrska, Š. (2019). *Vztah agresivity s impulzivitou a s rizikovým chováním u studentů různých typů středních škol v ČR*. (Bakalářská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kopelman, P. G. (2000). Obesity as a medical problem. *Nature*, 404, 635–643. doi:10.1038/35007508

- Kšišňan, A. (2012). *Belief in the Weight Controllability as a predictor of Anti-Fat Bias* (Diplomová práce). Získáno 28. února 2020 z Theses.cz
- Kunešová, M. (2016). *Základy obezitologie*. Praha: Galén.
- Kunešová, M., Müllerová, D., & Hainer, V. (2011). Epidemiologie a zdravotní rizika obezity. In: Hainer, V. (2011). *Základy klinické obezitologie* (2., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Grada Publishing.
- Kuntz, B., & Lampert, T. (2010). Socioeconomic Factors and Obesity. *Deutsches Aerzteblatt Int*, 107(30), 517–522. doi:10.3238/arztebl.2010.0517
- Kutcher, E. J., & Bragger, J. D. (2004). Selection Interviews of Overweight Job Applicants: Can Structure Reduce the Bias? *1. Journal of Applied Social Psychology*, 34(10), 1993–2022. doi:10.1111/j.1559-1816.2004.tb02688.x
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2., aktualizované vydání). Praha: Grada.
- Latner, J. D., O'Brien, K. S., Durso, L. E., Brinkman, L. A., & MacDonald, T. (2008). Weighing obesity stigma: the relative strength of different forms of bias. *International Journal of Obesity*, 32, 1145–1152. doi.org/10.1038/ijo.2008.53
- Latner, J. D., Stunkard, A. J., & Wilson, G. T. (2005). Stigmatized Students: Age, Sex, and Ethnicity Effects in the Stigmatization of Obesity. *Obesity Research*, 13(7), 1226–1231. doi:10.1038/oby.2005.145
- Lewis, R. J., Cash, T. F., & Bubb-Lewis, C. (1997). Prejudice Toward Fat People: The Development and Validation of the Antifat Attitudes Test. *Obesity Research*, 5(4), 297–307. doi:10.1002/j.1550-8528.1997.tb00555.x
- Lieberman, D. L., Tybur, J. M., & Latner, J. D. (2011). Disgust Sensitivity, Obesity Stigma, and Gender: Contamination Psychology Predicts Weight Bias for Women, Not Men. *Obesity*, 20(9), 1803–1814. doi:10.1038/oby.2011.247
- MacCann, C., & Roberts, R. D. (2012). Just as smart but not as successful: obese students obtain lower school grades but equivalent test scores to nonobese students. *International Journal of Obesity*, 37(1), 40–46. doi:10.1038/ijo.2012.47
- Macek, P. (2003). *Adolescence* (Vyd. 2., upr.). Praha: Portál.
- Macek, P. (2008). Sebesystém, vztah k vlastnímu já. In: Výrost, J., & Slaměník, I. (Eds.). (c2008). *Sociální psychologie* (2., přeprac. a rozš. vyd). Praha: Grada Publishing.
- Magallares, A., & Morales, J.-F. (2013). Gender differences in antifat attitudes. *Revista de Psicología Social*, 28(1), 113–119. doi:10.1174/021347413804756014
- Magallares, A., & Morales, J.-F. (2014). Spanish adaptation of the Antifat Attitudes Scale / Adaptación al castellano de la Escala de Actitud Antiobesos. *Revista de Psicología Social*, 29(3), 563–588. doi:10.1080/02134748.2014.972707
- Málková, I., & Málková, H. (c2014). *Obezita: malými krůčky k velké změně*. Praha: Forsapi.

- Marinov, Z., Barčáková, U., Nesrstová, M., & Pastucha, D. (2011). *S dětmi proti obezitě: o co obtížnější je léčba obezity, o to jednodušší je prevence jejího vzniku!*. Praha: IFP Publishing & Engineering.
- McClure, K. J., Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2011). Obesity in the News: Do Photographic Images of Obese Persons Influence Antifat Attitudes? *Journal of Health Communication, 16*(4), 359–371. doi:10.1080/10810730.2010.535108
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (nedat.). *Novinky školního roku 2018/2019*. Získáno z <http://www.msmt.cz/ministerstvo/novinar/novinky-skolniho-roku-2018-2019?highlightWords=pamlskov%C3%A1+vyhl%C3%A1%C5%A1ka>
- Morrison, T. G., & O'connor, W. E. (1999). Psychometric Properties of a Scale Measuring Negative Attitudes Toward Overweight Individuals. *The Journal of Social Psychology, 139*(4), 436–445. doi:10.1080/00224549909598403
- Myers, A., & Rosen, J. (1999). Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image and self-esteem. *International Journal of Obesity, 23*(3), 221–230. doi:10.1038/sj.ijo.0800765
- National Association to Advance Fat Acceptance. (nedat.) *About us*. Získáno z <https://www.naafaonline.com/dev2/about/index.html>
- National Eating Disorder Association. (nedat.) *Weight Stigma Awareness Weekend*. Získáno z <https://www.nationaleatingdisorders.org/get-involved/weight-stigma-awareness-week>
- Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P. J., & Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International journal of obesity, 26*(1), 123–131. doi:10.1038=sj=ijo=0801853
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Harris, T. (1999). Beliefs and Attitudes about Obesity among Teachers and School Health Care Providers Working with Adolescents. *Journal of Nutrition Education, 31*(1), 3–9. doi:10.1016/s0022-3182(99)70378-x
- Nohr, E. A., Bech, B. H., Davies, M. J., Frydenberg, M., Henriksen, T. B., & Olsen, J. (2005). Prepregnancy Obesity and Fetal Death: A Study Within the Danish National Birth Cohort. *Obstetrics & Gynecology, 106*(2), 250-259. doi: 10.1097/01.AOG.0000172422.81496.57
- Office of Human Rights. (nedat.). *Protected Traits in DC*. Získáno z <https://ohr.dc.gov/protectedtraits>
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Fakhouri, T. H., Hales, C. M., Fryar, C. D., Li, X., & Freedman, D. S. (2018). Prevalence of Obesity Among Youths by Household Income and Education Level of Head of Household – United States 2011–2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 67*(6), 186–189. doi:10.15585/mmwr.mm6706a3
- The Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017). *Obesity Update 2017*. Získáno z <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>

- Orel, M. & Šimonek, J. (2012). Celostní přístup v psychiatrii (a nejen tam). In: Orel, M. et al. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing.
- Owen, K. (2012). *Moderní terapie obezity: [přůvodce pro každodenní praxi]*. Praha: Maxdorf.
- Oxford Learner's Dictionaries. (nedat.). Body shaming. Získáno z <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/body-shaming>
- Pantenburg, B., Sikorski, C., Luppá, M., Schomerus, G., König, H.-H., Werner, P., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Medical Students' Attitudes towards Overweight and Obesity. *PLoS ONE*, 7(11), e48113. doi:10.1371/journal.pone.0048113
- Pařízková, J., & Lisá, L. (2007). *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence*. Praha: Galén.
- Pearl, R. L., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2012). Positive media portrayals of obese persons: Impact on attitudes and image preferences. *Health Psychology*, 31(6), 821–829. doi:10.1037/a0027189
- Pepper, A. C., & Ruiz, S. Y. (2007). Acculturation's Influence on Antifat Attitudes, Body Image and Eating Behaviors. *Eating Disorders*, 15(5), 427–447. doi:10.1080/10640260701667912
- Puhl, R. M., Andreyeva, T., & Brownell, K. D. (2008). Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *International Journal of Obesity*, 32(6), 992–1000. doi:10.1038/ijo.2008.22
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and Coping with Weight Stigma: An Investigation of Overweight and Obese Adults\*. *Obesity*, 14(10), 1802–1815. doi:10.1038/oby.2006.208
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2012). Bias, Discrimination, and Obesity. *Obesity*, 9(12), 733–817. doi.org/10.1038/oby.2001.108
- Puhl, R. M., & Himmelstein, M. S. (2018). Weight Bias Internalization Among Adolescents Seeking Weight Loss: Implications for Eating Behaviors and Parental Communication. *Frontiers in Psychology*, 9, 2271. doi:10.3389/fpsyg.2018.02271
- Puhl, R. M., Latner, J. D., O'Brien, K., Luedicke, J., Danielsdottir, S., & Forhan, M. (2015). A multinational examination of weight bias: predictors of anti-fat attitudes across four countries. *International Journal of Obesity*, 39(7), 1166–1173. doi:10.1038/ijo.2015.32
- Puhl, R. M., Latner, J. D., O'Brien, K. S., Luedicke, J., Danielsdottir, S., & Salas, X. R. (2015). Potential Policies and Laws to Prohibit Weight Discrimination: Public Views from 4 Countries. *The Milbank Quarterly*, 93(4), 691–731. doi:10.1111/1468-0009.12162
- Puhl, R. M., Luedicke, J., & Heuer, C. (2011). Weight-Based Victimization Toward Overweight Adolescents: Observations and Reactions of Peers. *Journal of School Health*, 81(11), 696–703. doi:10.1111/j.1746-1561.2011.00646.x

- Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2008). Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health education research*, 23(2), 347–358. doi: 10.1093/her/cym052
- Quinn, D. M., & Crocker, J. (1999). When ideology hurts: Effects of belief in the Protestant ethic and feeling overweight on the psychological well-being of women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(2), 402–414. doi:10.1037/0022-3514.77.2.402
- Ramachenderan, J., Bradford, J., & McLean, M. (2008). Maternal obesity and pregnancy complications: A review. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48(3), 228–235. doi:10.1111/j.1479-828x.2008.00860.x
- Ravelli, G.-P., Stein, Z. A., & Susser, M. W. (1976). Obesity in Young Men after Famine Exposure in Utero and Early Infancy. *New England Journal of Medicine*, 295(7), 349–353. doi:10.1056/nejm197608122950701
- Regan, P. C. (1996). Sexual Outcasts: The Perceived Impact of Body Weight and Gender on Sexuality. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(20), 1803–1815. doi:10.1111/j.1559-1816.1996.tb00099.x
- Rejzek, J. (2012). *Český etymologický slovník* (2., nezměň. vyd). Voznice: Leda.
- Robinson, B. “Bean” E., Bacon, L. C., & O’reilly, J. (1993). Fat phobia: Measuring, understanding, and changing anti-fat attitudes. *International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 467–480. doi:10.1002/1098-108x(199312)14:4<467::aid-eat2260140410>3.0.co;2-j
- Rothblum, E. D., Brand, P. A., Miller, C. T., & Oetjen, H. A. (1990). The relationship between obesity, employment discrimination, and employment-related victimization. *Journal of Vocational Behavior*, 37(3), 251–266. doi:10.1016/0001-8791(90)90044-3
- Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Praha: Portál.
- Sabin, J. A., Marini, M., & Nosek, B. A. (2012). Implicit and Explicit Anti-Fat Bias among a Large Sample of Medical Doctors by BMI, Race/Ethnicity and Gender. *PLoS ONE*, 7(11), e48448. doi:10.1371/journal.pone.0048448
- Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., & Lahelma, E. (2004). Relative weight and income at different levels of socioeconomic status. *American Journal of Public Health*, 94(3), 468–472. doi:10.2105/ajph.94.3.468
- Setchell, J., Watson, B., Jones, L., Gard, M., & Briffa, K. (2014). Physiotherapists demonstrate weight stigma: a cross-sectional survey of Australian physiotherapists. *Journal of Physiotherapy*, 60(3), 157–162. doi:10.1016/j.jphys.2014.06.020
- Schooler, D., Ward, L. M., Merriwether, A., & Caruthers, A. S. (2005). Cycles of shame: Menstrual shame, body shame, and sexual decision-making. *Journal of Sex Research*, 42(4), 324–334. doi:10.1080/00224490509552288
- Schulz, L. O., Bennett, P. H., Ravussin, E., Kidd, J. R., Kidd, K. K., Esparza, J., & Valencia, M. E. (2006). Effects of Traditional and Western Environments on

- Prevalence of Type 2 Diabetes in Pima Indians in Mexico and the U.S. *Diabetes Care*, 29(8), 1866–1871. doi:10.2337/dc06-0138
- Schwartz, M. B., Chambliss, H. O., Brownell, K. D., Blair, S. N., & Billington, C. (2003). Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obesity Research*, 11(9), 1033–1039. doi:10.1038/oby.2003.142
- Sigmund, E., Sigmundová, D., Badura, P., Voráčová, J., Vladimír, H., Hollein, T., ... Kalman, M. (2020). Trendy a koreláty obezity českých adolescentů ve vztahu k socioekonomickému statusu rodin mezi lety 2002–2018. *Praktický lékař*, 99(4), 147–153. doi:10.1186/s12889-020-8336-2
- Souček, M. (Ed.). (c2011). *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada.
- Spurlock, M. (Director, producer). (2004). *Super Size Me* [Dokumentární film]. United States: Samuel Goldwyn Films.
- Stangor, C. (2009). The study of stereotyping, prejudice, and discrimination within social psychology: a quick history of theory and research. In Nelson, T. D. (Ed.). *Handbook of Prejudice, Stereotyping, and Discrimination*. New York: Taylor & Francis.
- Stop obezitě. (nedat.). *O nás*. Získáno z <https://www.stob.cz/cs/o-nas>
- Stunkard, A. J., Foch, T. T., & Hrubec Z. (1986). A Twin Study of Human Obesity. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 256(1), 51–54. doi:10.1001/jama.1986.03380010055024
- Stunkard, A. J., Sørensen, T. I. A., Hanis, C., Teasdale, T. W., Chakraborty, R., Schull, W. J., & Schulsinger, F. (1986). *An Adoption Study of Human Obesity*. *New England Journal of Medicine*, 314(4), 193–198. doi:10.1056/nejm198601233140401
- Svačina, Š., & Bretšnajdrová, A. (2008). *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Grada Publishing.
- Teachman, B. A., Gapinski, K. D., Brownell, K. D., Rawlins, M., & Jeyaram, S. (2003). Demonstrations of implicit anti-fat bias: the impact of providing causal information and evoking empathy. *Health psychology*, 22(1), 68–78. doi:10.1037/0278-6133.22.1.68
- Tenenbaum-Gavish, K., & Hod, M. (2013). Impact of Maternal Obesity on Fetal Health. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 34(1), 1–7. doi:10.1159/000350170
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
- Tomiyama, A. J. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*, 82, 8–15. doi:10.1016/j.appet.2014.06.108
- Turnbull, J. D., Heaslip, S., & McLeod, H. A. (2000). Pre-school children's attitudes to fat and normal male and female stimulus figures. *International Journal of Obesity*, 24(12), 1705–1706. doi:10.1038/sj.ijo.0801462

- U.S. Department of Health & Human Services. (2019). *Physical Activity Guidelines for Americans*. Získáno z <https://www.hhs.gov/fitness/be-active/physical-activity-guidelines-for-americans/index.html>
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání* (Vyd. 2., dopl. a přeprac.). Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.
- Vítek, L. (2008). *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Praha: Grada.
- Volkow, N. D., & Wise, R. A. (2005). How can drug addiction help us understand obesity? *Nature Neuroscience*, 8(5), 555–560. doi:10.1038/nn1452
- Vyhláška č. 282/2016 Sb., o požadavcích na potraviny, pro které je přípustná reklama a které lze nabízet k prodeji a prodávat ve školách a školských zařízeních.* (2016). Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra.
- Wadden, T. A., Anderson, D. A., Foster, G. D., Bennett, A., Steinberg, C., & Sarwer, D. B. (2000). Obese women's perceptions of their physicians' weight management attitudes and practices. *Archives of Family Medicine*, 9(9), 854. doi:10.1001/archfami.9.9.854
- Wade, T. J., Loyden, J., Renninger, L., & Tobey, L. (2003). Weight halo effects: individual differences in personality evaluations as a function of weight? *Personality and Individual Differences*, 34(2), 263–268. doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00042-9
- Wilson, L. F. (2007). Adolescents' Attitudes About Obesity and What They Want in Obesity Prevention Programs. *The Journal of School Nursing*, 23(4), 229–238. doi:10.1177/10598405070230040801
- World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic* (No. 894). World Health Organization.
- World Health Organization. (2018a). *Obesity and Overweight*. Získáno z <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Health Organization. (2018b). *Noncommunicable diseases*. Získáno z <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Population Review. (2020). *Most Obese Countries 2020*. Získáno z <http://worldpopulationreview.com/countries/most-obese-countries/>
- Wu, Y.-K., & Berry, D. C. (2017). Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1030–1042. doi:10.1111/jan.13511
- Zdravá generace. (2018). *České děti přibírají. Pětina z nich má problém s hmotností*. Získáno z: <https://zdravagenerace.cz/reporty/obezita/>

# SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Graf 1: Zastoupení respondentů jednotlivých typů středních škol .....	56
Graf 2: Věkové rozložení respondentů .....	56
Graf 3: Krabicové grafy hrubých skóre u subškál metody AFA .....	61
Graf 4: Sutinový graf .....	63
Graf 5: Rozdíly v hrubém skóre mezi pohlavími v metodě BAOP .....	69
Graf 6: Rozdíly v hrubém skóre mezi pohlavími v subškálách AFA .....	70
Graf 7: Rozdíly v hrubém skóre mezi kategoriemi BMI v metodě BAOP .....	72
Graf 8: Rozdíly v hrubém skóre mezi kategoriemi BMI v subškálách AFA .....	74
Graf 9: Rozdíly v hrubém skóre mezi třemi typy středních škol v metodě BAOP .....	76
Graf 10: Hrubé skóre u žáků různých typů střední školy .....	78
Tabulka 1: Klasifikace hmotnosti na základě hodnoty BMI .....	9
Tabulka 2: Přehled 10 celosvětově nejvíce postihnutých zemí obezitou dle populace .	12
Tabulka 3: Přehled 10 evropských zemí bojujících s obezitou dle populace .....	12
Tabulka 4: Přehled metod měřících postoje vůči obezitě .....	30
Tabulka 5: Subškály a ukázkové položky dotazníku AFA .....	51
Tabulka 6: Rozložení BMI mezi respondenty (n = 3394) .....	57
Tabulka 7: Deskriptivní statistické hodnoty subškál AFA .....	60
Tabulka 8: Srovnání výsledků metody AFA se zahraničními studii .....	62
Tabulka 9: Faktorové náboje .....	63
Tabulka 10: Korelace mezi subškálami AFA .....	64
Tabulka 11: Srovnání výsledků metody BAOP se zahraničními studii .....	64
Tabulka 12: Dotazník postojů proti tloušťce (n = 3082) .....	66
Tabulka 13: Škála přesvědčení o obézních osobách (n = 2948) .....	68
Tabulka 14: Srovnání průměrů subškál metody AFA u chlapců a dívek .....	70
Tabulka 15: Rozdíly hrubých skóre v BAOP podle kategorie BMI (Scheffého test) ...	71
Tabulka 16: Přehled základních hodnot u kategorií BMI v metodě BAOP .....	72
Tabulka 17: Scheffého test pro subškálu Nechuť/odpor .....	73
Tabulka 18: Scheffého test pro subškálu Strach z tloušťky .....	73
Tabulka 19: Scheffého test pro subškálu Síla vůle .....	73
Tabulka 20: Přehled základních hodnot u kategorií BMI v metodě AFA .....	74



Tabulka 21: Rozdíly hrubých skóre v BAOP podle typu školy (Scheffého test).....	75
Tabulka 22: Přehled základních hodnot u typů středních škol v metodě BAOP.....	75
Tabulka 23: Scheffého test pro subškálu Nechuť/odpor.....	76
Tabulka 24: Scheffého test pro subškálu Strach z tloušťky.....	77
Tabulka 25: Scheffého test pro subškálu Síla vůle .....	77
Tabulka 26: Přehled základních hodnot u typů středních škol v metodě AFA .....	77

# SEZNAM ZKRATEK

AFA = Antifat Attitudes Questionnaire (Dotazník postojů proti tloušťce)

AFAS = Anti-fat Attitudes Scale

AFAT = Antifat Attitudes Test

ATOP = Attitudes Toward Obese Persons Scale

BMI = body mass index (index tělesné hmotnosti)

BAOP = Beliefs About Obese Persons Scale (Škála přesvědčení o obézních osobách)

EASO = The European Association for the Study of Obesity (Evropská asociace pro studium obezity)

EFPA = Evropská federace psychologických asociací

G = gymnázium

HBSC = The Health Behavior in School-aged Children (Zdravé chování u dětí školního věku)

MIDUS = National Survey of Midlife Development in the United States (Národní průzkum vývoje středního věku ve Spojených státech)

SD = směrodatná odchylka

SŠ s M = střední škola s maturitou

SŠ b M = střední škola bez maturity

STOB = Česká obezitologická společnost (Stop obezitě)

SV = stupně volnosti

WBI = Weight bias internalization (Internalizace zaujatosti vůči váze)

WBIS = Weight bias internalization scale (Škála internalizace zaujatosti vůči váze)

WHO = World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

# PŘÍLOHY

## **Seznam příloh:**

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Ukázka datové matice

## 1. ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Postoje českých adolescentů vůči obezitě

Autor práce: Markéta Kostková

Vedoucí práce: Mgr. Helena Pipová

Počet stran a znaků: 103 stran, 198 105 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 159

Abstrakt:

Cílem této práce je zmapování postojů českých adolescentů vůči obezitě a nalezení rozdílů mezi vybranými proměnnými (pohlaví, BMI, typy středních škol). K tomuto účelu sloužil reprezentativní vzorek, který tvořilo 3515 adolescentů ve věku 15–19 let. V teoretické části jsou poskytnuty informace o obezitě, adolescenci, postojích vůči obezitě, diskriminaci obézních lidí v různých oblastech života a rozdílech v nahlížení na lidi trpící obezitou či nadváhou. Ve výzkumné části byl k dosažení stanovených cílů zvolen kvantitativní design. Pro získání dat byly použity metody Antifat Attitudes Questionnaire (AFA) a Beliefs About Obese Persons Scale (BAOP), které jsme převáděli do českého jazyka. Reliabilitu českých verzí jsme odhadli pomocí koeficientu Cronbachova alfa, jehož hodnoty u metody AFA byly  $\alpha = 0,82$  pro faktor Nechuť/odpor,  $\alpha = 0,89$  pro faktor Strach z tloušťky,  $\alpha = 0,64$  pro faktor Síla vůle a u metody BAOP  $\alpha = 0,75$ . Hlavními zjištěními této práce jsou nalezené rozdíly ve vnímání obézních osob mezi pohlavím, BMI a typem střední školy u metody AFA a rozdíly mezi BMI a typem středních škol u metody BAOP na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Výsledky poukazují na přítomnost stereotypů týkajících se nedostatečné pohybové aktivity, špatného stravování a množství zkonsumovaného jídla.

Klíčová slova: obezita, adolescence, postoje vůči obezitě, předsudky, stereotypy, diskriminace, stigmatizace, AFA, BAOP

## **2. ABSTRACT OF THESIS**

Title: Antifat Attitudes among Czech Adolescents

Author: Markéta Kostková

Supervisor: Mgr. Helena Pipová

Number of pages and characters: 103 pages, 198 105 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 159

Abstract:

The aim of this work is to map the antifat attitudes of Czech adolescents and to find differences between selected variables (sex, BMI, types of secondary schools). A representative sample of 3515 adolescents aged 15–19 was used for this purpose. The theoretical part provides information on obesity, adolescence, attitudes towards obesity, discrimination of obese people in different areas of life and differences in the view of obese or overweight people. In the research part, a quantitative design was chosen to achieve the aim. We used the Antifat Attitudes Questionnaire (AFA) and the Beliefs About Obese Persons Scale (BAOP), which we translated into Czech. We estimated the reliability of the Czech versions using the Cronbach alpha coefficient, whose values for AFA were  $\alpha = 0,82$  for the Dislike factor,  $\alpha = 0,89$  for the Fear of Fatness factor,  $\alpha = 0,64$  for the Willpower factor and for BAOP  $\alpha = 0,75$ . The main findings of this thesis are found differences in perception of obese people between sex, BMI and types of secondary school in AFA and differences among BMI and type of secondary school in BAOP at the significance value  $\alpha = 0,05$ . The results point to the presence of stereotypes concerning lack of physical activity, poor eating habits and amount of consumed food.

Key words: obesity, adolescence, antifat attitudes, prejudice, stereotypes, discrimination, stigmatization, AFA, BAOP

### 3. Ukázka datové matice

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
		Kód	KRAJ	Věk	MĚSÍC NAROZENÍ	ROK NAROZENÍ	Pohlaví (muž 1/žena 2)	TYP ŠKOLY	TYP ŠKOLY spojená střední škola s nástavbou jako	ŠKOINÍ ROČNÍK upravený	7. Jaké nejvyšší vzdělání má tvá matka?	7. jiné	8. Jaké nejvyšší vzdělání má Tvůj otec?	8. jiné	9. Jaká je ekonomická aktivita tvých rodičů?	9. Jaká je ekonomická aktivita tvých rodičů?
1																
2		1 UMI01	Vysočina	17	1	2002	1	2	2	1	5		2		1	1
3		2 PEPE08	Vysočina	18	8	2000	1	2	2	1	3		3		1	1
4		3 TOLV06	Vysočina	16	6	2002	1	2	2	1	3		2		1	1
5		4 LUZD06	Vysočina	15	6	2003	1	2	2	1	2		2		4	1
6		5 ŠTPA10	Vysočina	16	10	2002	1	2	2	1	2		2		1	1
7		6 MAAN06	Vysočina	15	6	2003	1	2	2	1	3		3		1	1
8		7 TOMA04	Vysočina	16	4	2003	1	2	2	1	3		5		1	6
9		8 RAEV07	Vysočina	16	7	2002	1	2	2	1	6		6		6	6
10		9 LULE07	Vysočina	16	7	2002	1	2	2	1	2		2		1	1
11		10 PAIL	Vysočina	16	8	2002	1	3	3	1	2		2		1	1
12		11 KAJA	Vysočina	17	4	2002	1	3	3	1	2		2		1	1
13		12 ZDDA	Vysočina	17	2	2002	1	3	3	1	3				1	6
14		13 ALZI	Vysočina	16	12	2002	1	3	3	1	3				2	2
15		14 TOJA	Vysočina	17	5	2002	1	3	3	1	2		2		1	1
16		15 MIMI	Vysočina	16	12	2002	1	3	3	1	2		2		1	1
17		16 PAIV06	Vysočina	15	6	2003	1	3	3	1	2		2		1	1
18		17 MIDA06	Vysočina	16	6	2002	1	3	3	1	2		2		1	1
19		18 MAMA	Vysočina	16	12	2002	2	3	3	1	2		2		1	1
20		19 GASO	Vysočina	17	3	2002	2	3	3	1	2		2		1	2
21		20 NARO	Vysočina	17	2	2002	2	3	3	1	2		2		1	1
22		21 ADJA	Vysočina	15	6	2003	1	3	3	1	3		2		1	2
23		22 MAJA	Vysočina	16	7	2002	2	3	3	1	2		2		1	2
24		23 ELSI	Vysočina	17	11	2001	2	3	3	1	2		2		1	1
25		24 MIDA	Vysočina	16	11	2002	1	3	3	1	2		2		1	1
26		25 PELE	Vysočina	16	5	2003	1	3	3	1	3		2		1	2
27		26 VIDA	Vysočina	16	10	2002	1	3	3	1	2				5	1
28		27 HAJA06	Vysočina	16	8	2002	2	3	3	1	2		2		1	1
29		28 ADRU12	Vysočina	16	7	2002	2	3	3	1	2		3		1	1
30		29 PEUL	Vysočina	17	5	2002	1	3	3	1	2		6		1	
31		30 OKUREK	Vysočina	17			2	3	3	1					1	
32		31 ADJA	Vysočina	15	7	2003	2	3	3	1	2		2		1	1

19FINAL PRO VÝPOČTY Typy škol Ročníky Kraje FINÁLNÍ POČET RESPONDENTŮ AFA AFA\_BMI AFA\_BMI bez podvýv. ...

	AI	AI	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ	BA	BB	BC	BD	BE			
	12. Trpí někdo u tebe v rodině obezitou	12. jiný rodinný příslušník (vypis)	12. komentář upravený	14. Trpíš některou z poruch příjmu potravy?	AFA 1. Opravdu nemám tlusté lidi v oblíbené	AFA 2. Nemám mnoho přátel, kteří jsou	AFA 3. Mám sklon si myslet, že lidé s	AFA 4. Ačkoli někteří tlustí lidé jsou jistě	AFA 5. Dělá mi problém brát tlusté lidi	AFA 6. Tlustí lidé ve mně vyvolávají nepříjem	AFA 7. Kdybych byl/a zaměstnavatel	AFA 8. Když přiberu, cítím se sám	AFA 9. Jedna z nejhorších věcí, která by	AFA 10. Bojím se, že ztloustnu.	AFA 11. Lidé, kteří váží příliš moc, mohou	AFA 12. Někteří lidé jsou tlustí, protože	AFA 13. Tlustí lidé si za svou tloušťku můžou	Dislekesko	dislekesko	růměr	Fear of	fatscore	fear of	fatprůměr	Willpower	willpower
1																										
2	34			5	1	8	0	2	2	5	1	6	2	0	8	7	4	19	2,71	8	2,67	19	6,33			
3	1346			5	0	8	0	0	0	0	0	9	9	9	9	9	0	8	1,14	27	9,00	18	6,00			
4	9			5	5	7	1	2	0	1	1	8	9	9	6	1	2	17	2,43	26	8,67	9	3,00			
5	9			5	4	7	3	2	2	2	1	0	1	1	9	4	3	21	3,00	2	0,67	16	5,33			
6	9			4	5	6	2	2	2	4	1	9	8	7	7	5	5	22	3,14	24	8,00	17	5,67			
7	9			5	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0	5	9	5	5	0,71	0	0,00	19	6,33			
8	237			5	4	8	0	0	2	1	0	0	0	0	8	2	4	15	2,14	0	0,00	14	4,67			
9	9			5	0	2	0	4	9	9	9	5	0	9	0	0	0	33	4,71	14	4,67	0	0,00			
10	3			4	5	8	5	5	5	6	2	0	0	0	5	5	5	36	5,14	0	0,00	15	5,00			
11	9			5	1	9	1	1	1	1	1	9	9	9	9	6	1	15	2,14	27	9,00	16	5,33			
12	9			5	3	3	0	9	0	1	0	0	0	0	4	9	8	16	2,29	0	0,00	21	7,00			
13	9			5	0	2	0	0	0	0	0	0	3	1	1	4	5	2	0,29	4	1,33	10	3,33			
14	9			5	7	0	4	3	0	0	2	0	0	0	4	5	9	16	2,29	0	0,00	18	6,00			
15	7			5	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	4	8	1,14	0	0,00	10	3,33			
16	9			5	9	9	1	0	0	0	0	3	3	4	6	7	0	19	2,71	10	3,33	13	4,33			
17	12			0	2	0	0	0	0	0	0	9	9	9	2	9	0	2	0,29	27	9,00	11	3,67			
18	35			5	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1,29	0	0,00	0	0,00				
19	25			5	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	0,71	0	0,00	0	0,00				
20	2			4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	2	0,29	0	0,00	7	2,33			
21	3			5	5	2	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	15	2,14	0	0,00	0	0,00				
22	9			5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00				
23	37			5	4	2	0	0	0	0	0	6	9	9	6	4	2	6	0,86	24	8,00	12	4,00			
24	9			5	0	4	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	4	0,57	3	1,00	0	0,00			
25	9			5	9	7	0	0	0	0	0	0	0	0	9	2	3	16	2,29	0	0,00	14	4,67			
26	36			4	2	2	0	0	1	0	0	9	9	7	2	7	9	5	0,71	25	8,33	18	6,00			
27	9			5	5	5	0	6	0	0	0	0	0	4	0	0	0	16	2,29	4	1,33	0	0,00			
28	2			5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0,00	1	0,33	2	0,67			
29	9			3	9	0	3	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	23	3,29	6	2,00	4	1,33			
30	3			3	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	0	16	2,29	0	0,00	18	6,00		
31	9			4	2	0	1	0	1	3	2	3	4	5	4	6	7	9	1,29	12	4,00	17	5,67			
32	1			5	8	7	5	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	3,86	0	0,00	0	0,00			
33	9			5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	1	0,14	0	0,00	5	1,67			
34	9			4	2	1	0	0	0	0	1	2	7	5	4	4	4	4	0,57	14	4,67	12	4,00			

FINÁLNÍ POČET RESPONDENTŮ AFA AFA\_BMI AFA\_BMI bez podvýživы BAOP BAOP\_faktorová analýza BAOP\_BMI E ...

BT	BU	BV	BW	BX	BY	BZ	CA	CB
BAOP_1. Obezita se často vyskytuje , když je	BAOP_2. V mnoha případech je obezita výsledke	BAOP_3. Obezita je obvykle způsoben	BAOP_4. Většina obézních lidí si svůj problém	BAOP_5. Většina obézních lidí jí více než lidé s	BAOP_6. Většina obézních lidí má špatně	BAOP_7. Obezita je málokdy způsoben	BAOP_8. Lidé můžou být závislí na jídle	BAOP
-2	1	1	1	1	1	-2	1	20
1	-3	2	2	2	2	-2	2	8
-2	1	2	2	-2	3	-1	-2	23
-1	-2	-1	1	-2	-1	-1	3	22
2	2	2	2	3	3	1	-1	16
3	1	2	3	3	3	-3	3	5
2	2	1	3	2	3	-2	3	10
-3	3	-1	-1	3	-3	-2	2	28
2	1	1	-1	1	2	1	2	19
2	1	3	3	2	3	2	3	11
3	1	3	3	3	3	-1	3	6
-3	-3	2	2	1	1	-3	3	12
-3	-1	2	3	-3	3	-3	3	15
-2	-3	-3	-2	2	-2	-3	-2	27
-1	2	-2	1	-3	-3	1	-3	38
1	3	-1	3	2	3	-1	2	16
2	2	1	1	2	1	-1	3	15
-3	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	33
-1	-1	-1	-1	-2	-1	-1	-1	29
-1	2	3	3	1	1	1	1	19
2	1	2	2	2	3	-1	1	12
-1	1	2	2	1	1	1	1	20
1	1	1	1	1	1	1	1	20
2	-1	3	3	3	3	-1	3	5
1	1	1	1	1	1	-1	2	17
-1	1	1	-1	1	1	1	-2	27
1	1	2	2	1	1	1	1	18
3	3	3	3	3	3	3	3	12
-2	-1	3	-2	-1	-2	-2	-1	26
-2	-2	-2	-1	1	-1	-1	-1	27
1	1	1	2	2	3	1	3	14
1	1	2	3	-2	3	-1	2	15
2	2	2	-1	2	1	1	2	19
2	2	2	2	2	2	1	2	14