

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Obezita jako aktuální problém současné společnosti

Bakalářská práce

Jméno autora: Iveta Fryšová

Jméno vedoucího práce: Mgr. Václav Šnorek

22.5.2007

Abstract

This Bachelor Study is on the topic of *The obesity as an actual problem of today's society*. Its aim is to summarize the basic topics and questions about the obesity and to show what is the ideal of the body beauty and the body weigh from the view of people who suffer from the obesity, overweight people and also of people with the normal weight.

I have set three hypothesis for my research:

1. People suffering from the obesity don't differ in the point of view of mental representation of the ideal body figure from the common population.
2. The lifestyle of people suffering from the obesity has nothing to do with their conception of the ideal body figure.
3. People suffering from the obesity don't differ in the point of view of the satisfaction with their body from overweight people.

For my Bachelor Study I have chosen a qualitative - quantitative research. The questionnaire was wholly anonymous. The research took place in January and February 2007.

First hypothesis was refuted. Second and third hypothesis were confirmed. In my opinion the aim of the Study was accomplished.

There are many of TV programmes, books, magazines or web sites that attend to the obesity. The reason is that the number of people who suffer from this disease grows up in whole Europe.

The obesity is defined as an excessive physical mass with increased portion of the adipose tissue. It is not only the aesthetic problem. The obesity can cause many health problems, e.g. diabetes mellitus, hypertension, cancer, gynaecologist problems, cardiac or joint diseases. This condition can also have an impact on the human mental sphere and depressions or anxiety can occur.

Today 's ideal of the body beauty is a very thin figure. Women and girls are forced to be on a diet. There are more and more people who just only think that they are overweight or obese. The diet industry has gigantic power to support the idealization of the slimness.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *Obezita jako aktuální problém současné společnosti* vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii. Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích dne 5.4.2007

.....

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především vedoucímu práce, Mgr. Šnorkovi, za cenné rady a připomínky v průběhu psaní bakalářské práce.

Obsah:

Úvod.....	7
1. Současný stav.....	9
1.1. Historie obezity.....	9
1.2. Definice obezity.....	10
1.2.1. Definice obezity a její charakteristika.....	10
1.2.2. Určování podílu tuku v organismu.....	10
1.3. Klasifikace obezity.....	11
1.3.1. Rozložení (distribuce) tělesného tuku.....	12
1.4. Příčiny vzniku obezity.....	13
1.4.1. Energetická bilance.....	13
1.4.2. Vliv dědičnosti na vznik obezity.....	18
1.4.3. Endokrinní systém a jeho vliv na obezitu.....	19
1.4.4. Spojitost užívání léků a obezity.....	20
1.4.5. Stravovací návyky.....	20
1.4.6. Regulace chuti k jídlu.....	21
1.5. Prevence obezity.....	22
1.6. Léčba obezity.....	23
1.6.1. Léčba obezity pomocí diety.....	24
1.6.2. Pohybová aktivita v léčbě obezity.....	26
1.6.3. Kognitivně-behaviorální léčba obezity.....	26
1.6.4. Farmakoterapie obezity.....	28
1.6.5. Chirurgická léčba obezity.....	28
1.7. Zdravotní komplikace a rizika obezity.....	29
1.7.1. Metabolické komplikace.....	30
1.7.2. Endokrinní komplikace.....	31
1.7.3. Gynekologické komplikace.....	31
1.7.4. Kardiovaskulární komplikace.....	31

1.7.5. Respirační komplikace.....	31
1.7.6. Ortopedické komplikace.....	32
1.7.7. Onkologické komplikace.....	32
1.7.8. Kožní komplikace.....	32
1.7.9. Psychosociální komplikace.....	32
1.8. Ideál krásy a obezita.....	33
1.9. Poruchy příjmu potravy.....	34
1.9.1. Mentální anorexie.....	35
1.9.2. Mentální bulimie.....	35
1.9.3. Psychogenní přejídání.....	36
1.9.4. Noční přejídání.....	36
2. Cíle práce a hypotézy.....	37
2.1. Cíle práce.....	37
2.2. Hypotézy.....	37
3. Metodika.....	38
3.1. Metodika práce.....	38
3.2. Charakteristika souboru.....	38
4. Výsledky.....	39
5. Diskuse.....	55
6. Závěr.....	64
7. Seznam použité literatury.....	66
8. Klíčová slova.....	70
9. Přílohy.....	71

Úvod

Knihy, časopisy, televizní pořady, internetové portály... Velký počet z jmenovaných médií se v současné době zabývá tělesnou váhou, zejména jejími dvěmi rizikovými protipóly. Na jedné straně je to mentální anorexie či bulimie, na straně druhé nadváha a obezita.

Jako téma své bakalářské práce jsem zvolila právě obezitu, která je v současné době považována za nejčastější metabolickou poruchu. Ve své práci se nechci zabývat pouze obecnými tématy, které se týkají obezity, ale ráda bych se zaměřila také na dnešní ideál tělesné krásy a jeho vnímání očima populace. A to nejen z pohledu obézních jedinců, ale také z pohledu lidí trpících nadváhou, stejně jako těch, kteří s váhou problémy nemají. Ve své práci se zaměřím na dospělé jedince ve věku 20 - 60 let.

Obezita je definována jako nadměrná tělesná hmotnost se zvýšeným podílem tukové tkáně. Nejde pouze o estetickou vadu. Tento stav s sebou přináší závažné problémy, a to jak zdravotní, tak sociální. Podílí se na vzniku řady vážných onemocnění, např. diabetes mellitus, hypertenze, karcinom, gynekologické problémy, srdeční či kloubní onemocnění atd. Obezita nemá vliv pouze na zvýšenou nemocnost jedince, ale může mít také vliv na délku a kvalitu života obézního pacienta. Stav obezity může mít dopad i do duševní oblasti člověka, v některých případech se projeví úzkostmi či depresi.

Obezita patří mezi nejčastější civilizační choroby světa, je také poslední dobou nazývána jako epidemie 3. tisíciletí. Procentuelní zastoupení obézních lidí stále roste. Česká republika se v počtu obézních posunula na jedno z předních míst v celé Evropě. Mezi hlavní příčiny obezity patří špatné stravovací návyky, jdoucí ruku v ruce s nedostatkem fyzické aktivity. K vyřešení tohoto problému ve většině případů tedy postačí „pouze“ změna životního stylu, je však důležité zkombinovat zvýšený pohyb s úpravou stravovacích zvyklostí. U některých obézních hrají roli také genetické

predispozice. Zde cesta k optimální váze stojí více úsilí a v některých případech musí být použity farmakologické či chirurgické metody léčby obezity.

Lidé trpící nadváhou, či v horším případě obezitou, se v mnoha případech stávají snadným terčem posměchu. Často však jejich váha není příliš alarmující. Je to způsobeno tím, že náhled na současný ideál krásy je velmi striktní a otázka krásy a tělesného ideálu nabývá stále větší důležitosti. Současným znakem krásy se stala velmi štíhlá, v mnohých případech až vyhublá postava. Za účelem toho, aby se ženy a dívky tomuto společenskému ideálu tělesné krásy přiblížily, je velké procento z nich pod tímto tlakem „nuceno“ držet diety, popřípadě dokonce podstoupit chirurgické zákroky, jako je například liposukce. Z tohoto důvodu dnes vedle obézních lidí přibývá také těch, kteří si „tlustí“ pouze připadají a usilovně se snaží svou hmotnost redukovat. Dietní průmysl má totiž obrovskou moc podporovat idealizaci štíhlosti.

1.1 Historie obezity

Otylost spadá do skupiny tzv. civilizačních chorob, které jsou charakteristické zejména pro 2. polovinu 20. století. Jejich výskyt souvisí mimo jiné se změnou životních podmínek a životního stylu, kterou přináší vývoj lidské společnosti. Avšak obezita provází lidstvo od samotného prvopočátku. Svědectví o našich obézních předcích nacházíme především v umění (sochy, obrazy, literatura), které otlilé nejen zobrazuje, ale poskytuje i pohled na jejich postavení ve společnosti. **(11)**

Z doby prehistorické před 25 000 lety se nacházejí na řadě míst Evropy sošky Venuše. Věstonická Venuše z Jižní Moravy zobrazuje otlou ženu jako symbol ženství, plodnosti a hojnosti. Dnes bychom označili Venuši za příklad otylosti gynoidního typu, kdy tělo nabývá díky rozložení tuku charakteristického tvaru hrušky. **(9)**

V období Antiky se stává ideálem lidského těla Myrónův Diskobolos.

Avicena, představitel středověkého arabského lékařství, doporučuje čtyři principy v redukčním režimu:

1. jíst objemná, ale nepřiliš vydatná jídla,
2. zajistit urychlenou pasáž potravy žaludkem a střevy,
3. před jídlem se ponořit do koupele,
4. věnovat se usilovně cvičení. **(10)**

V období baroka se ideálem krásy stává plné tělo. I v této době je poukazováno na skutečnost, že obezita zkracuje lidský život. **(11)**

Lékařství v 18. a 19. století přináší nové pohledy na obezitu. Již počátkem 18. století je zdůrazňován význam chování obézního jedince neboli podstata dnešní behaviorální léčby obezity. Short zdůrazňuje při léčení obezity nejen omezení jídla, ale i pozitivní úlohu pohybových aktivit. Na základě Malcolmovy studie o tom, že ne všichni obézní nadměrně jí a naopak, je již v 18. století zmiňována možná úloha dědičných faktorů obezity. **(11)**

Ideálem lidské krásy se koncem 19. století stává štíhlost reprezentovaná rakouskou císařovnou Elizabeth, známou pod jménem Sisi. Počátkem 20. století přetrvává trend štíhlé postavy, v 50. letech nastupuje trend plných postavy s typickými

ženskými rysy. V 60. letech je naopak ideálem krásy anglická modelka Twiggy s BMI 14,2. (9)

1.2. Definice obezity

1.2.1. Definice obezity a její charakteristika

Obezita neboli otylost je stav charakterizovaný množením tuku v organismu. Tělesný tuk je důležitým zdrojem zásobní energie a plní v těle zejména funkce izolační a strukturální. (11)

Obezita jako onemocnění je v mezinárodním seznamu diagnóz označena číslem E66. (7)

Minimální fyziologický podíl tuku v organismu je u žen udáván 15-17 % a u mužů 12-17 %. Množení tělesného tuku charakteristické pro obezitu je nad 25 % tělesné hmotnosti u mužů a nad 30 % tělesné hmotnosti u žen. Obsah tuku se s věkem u obou pohlaví zvyšuje. (10)

Obezitu však nelze vnímat jen jako množení tuku v těle, ale spíše jako chronické onemocnění, spojené s řadou jiných poruch. Jde o významný rizikový faktor, který se podílí na vzniku a rozvoji závažných somatických nemocí.

Obezita má schopnost zkrátit život člověka přibližně o jednu desetinu průměrného věku. Každý z nás chce zajisté strávit dlouhý život s co nejmenším počtem zdravotních komplikací. Tato varovná věta by proto měla být pro obézní jedince dostatečnou motivací ke snaze o redukci své tělesné váhy. (14)

1.2.2. Určování podílu tuku v organismu

Procentuelního zastoupení tuku v organismu lze určovat třemi metodami.

Klasickou metodou je denzitometrické určování procenta tuku pomocí podvodního vážení. Tato metoda vychází z rozdílu hustoty lidského tuku a beztukové hmoty. Podíl těchto dvou hodnot zpracuje počítač. (10)

V ambulantní praxi se ke stanovení podílu tuku v organismu používají buď antropometrické metody nebo metody elektrické impedance. Antropometrické vyšetření vychází ze stanovení tloušťky několika kožních řas a předpokládané korelace mezi množstvím podkožního a celkového tělesného tuku. Tato metoda je relativně jednoduchá a je k ní zapotřebí pouze kaliper, neboli přístroj k měření kožních řas. Podstatou přístrojů měřících množství tuku pomocí impedance jsou rozdílné vodivosti tukové a beztukové tkáně. Přesnější, avšak nákladnější měření obdobného principu zajistí přístroje TOBEC (*total body electrical conductivity*). Celková elektrická vodivost je těmito přístroji zjišťována v elektromagnetickém poli uvnitř cívky. (11)

Mezi novější metody patří určování podílu tuku pomocí absorpce dvojitého fotonu a neutronová aktivační analýza. (10)

1.3. Klasifikace obezity

Vzhledem ke skutečnosti, že kvantitativní stanovení procenta tuku a beztukové tkáně není běžně dostupné, používá se někdy k hodnocení stupně nadváhy či otylosti tabulek, které udávají pro danou výšku a pohlaví přípustné rozmezí hmotnosti. (10)

Dříve byl nejrozšířenějším indexem charakterizujícím váhu jedince Brocův index. Ten lze vypočítat ze vzorce: $BI = \text{tělesná hmotnost (kg)} : \text{výška (cm)} - 100$. Norma Brocova indexu se udává okolo 1,0. Brocův index nepředstavoval dostatečně přesné kritérium pro hodnocení otylosti. (11)

V současné době se nejčastěji k vyjádření stupně nadváhy používá indexu tělesné hmotnosti (BMI – z anglického *body mass index*), který definoval A. Quetelet. BMI lze vypočítat ze vzorce: $BMI = \text{tělesná hmotnost (kg)} : \text{výška}^2 \text{ (m)}$. Jako normální hmotnost bývá udávána hodnota BMI 18,5 až 25,0. Pod touto úrovní klasifikujeme onemocnění již jako podvýživu. (10)

Při BMI 25,1 až 30,0 hovoříme o nadváze. Ta je považována za předstupeň obezity a obvykle nepředstavuje vážnější zdravotní rizika. Od BMI 30,1 hovoříme o obezitě stupně I. (mírná - BMI = 30,1 – 35), nebo II. (střední - BMI = 35,1 – 40), kde je

vysoké riziko zdravotních komplikací. Při BMI nad 40 (obezita III. stupně, těžká neboli morbidní) jsou již zdravotní rizika velmi vysoká. **(10)**

1.3.1. Rozložení (distribuce) tělesného tuku

V roce 1947 začal Francouz J. Vague studii o vlivu distribuce tuku na nemocnost. Ve 40. letech 20. století je prokázáno, že zmmnožení tuku na hrudníku a na břiše bývá častější u mužů, a tak se tento typ obezity označuje jako obezita mužského typu či androidní obezita. Siluetou takový obézní připomíná jablko, odtud pramení další označení – obezita „tvaru jablka“. Naopak u žen se zmmnožený tělesný tuk vyskytuje častěji v dolní části těla, na hýždích a stehnech. Odtud pochází označení obezita ženského typu, gynoidní obezita, nebo opět podle siluety obezita „tvaru hrušky“. **(18)** (viz. Příloha 1)

Důležité je, že gynoidní obezita není tolik nebezpečná co se týče komplikací, zato androidní typ tohoto onemocnění může způsobit vážné zdravotní komplikace. Důvodem toho je to, že nitrobřišní tuk je zdrojem velkého množství volných mastných kyselin, které se dostávají do jater. Zde způsobují zvýšenou sekreci potencujících lipoproteinů o velmi nízké a nízké hustotě a současně tlumí vychytávání, účinnost a odbourávání hormonu inzulínu. U lidí s obezitou mužského typu se současně objevuje zvýšená hladina hormonu inzulínu (hyperinzulinemie) a snížená citlivost tkání k inzulínu (inzulinorezistence). Tento typ obezity je pak jedním z nejzávažnějších rizikových faktorů pro výskyt jak srdečních a mozkových cévních onemocnění, tak cukrovky II. typu. Lidé s tímto typem obezity trpí ve většině případech vysokou hladinou cholesterolu a krevního tuku a jsou daleko více ohroženi možností vzniku infarktu myokardu či cévní mozkovou příhodou. Dokonce i úmrtnost je vyšší u androidní otylosti. **(11)**

I přes skutečnost, že rozložení tělesného tuku je významně ovlivňováno dědičnými faktory, je možno jej změnou životního stylu příznivě ovlivnit.

Pro zjištění charakteru rozložení tuku v těle se používají metody antropometrické. Měří se poměr mezi obvodem pasu a boků, přičemž obvod pasu se měří v polovině vzdálenosti mezi vrcholem kosti kyčelní a spodním okrajem posledního

žebra a obvod boků v horizontální rovině v místě nejvyššího vyklenutí hýždí. Pro ženy představuje riziko poměr větší než 0,85, pro muže poměr větší než 1,0. Dále se k určení typu distribuce tuku v těle užívá poměru obvodů pasu a stehna nebo poměru mezi tloušťkou řasy na zádech a řasy na paži nad tricipsem. Tento poměr se označuje jako index centralizace. (11)

Určit množství tuku umístěného kolem nitrobršních orgánů umožňuje vyšetření pomocí počítačové tomografie nebo nukleární magnetické rezonance. (10)

1.4. Příčiny vzniku obezity

Zdánlivě jednoduchou odpověď na otázku, jaké jsou příčiny vzniku obezity, jsem našla v jedné ze knih a zní tak, že obezita je choroba, která vzniká v důsledku pozitivní energetické bilance, kdy energetický příjem je větší než energetický výdej a nadbytečná energie se ukládá do zásobárny, kterou tvoří tuková tkáň. (11)

Tuto definici je však třeba podrobněji rozepsat, protože věc není tak jednoduchá, jak by se mohla zdát.

1.4.1. Energetická bilance

Jak už bylo zmíněno, obezita je následkem převýšení energetického výdeje energetickým příjmem. Energetický příjem i výdej jsou ovlivňovány řadou exogenních i endogenních (převážně genetických) faktorů. (28)

Pozitivní energetická bilance (stav, kdy energetický příjem převyšuje energetický výdej), působící pouze krátkodobě aktivuje u jinak zdravě se stravujících jedinců regulační fyziologické mechanismy, které zabrání vzestupu hmotnosti. U lidí majících problémy s váhou bývají často tyto mechanismy narušeny. Dlouhodobě působící pozitivní energetická bilance však způsobuje hromadění tuku a nárůst hmotnosti i u těch jedinců, kteří nejsou predisponováni ke vzniku obezity. (9)

Negativní energetická bilance způsobuje naopak úbytek tukových zásob a pokles hmotnosti.

Většina z nás se při vyjádření energetického obsahu potravy setkává buď s měrnými jednotkami nazývanými kalorie, či s jouly. Je doporučováno vyjadřovat množství energie v joulech (zkratka J), resp. v kilojoulech (zkratka kJ). Kilojouly lze přepočítat na kalorie (zkratka cal) či kilokalorie (zkratka kcal), a naopak. Jedna kcal se rovná 4,1868 kJ, resp. 1 kJ odpovídá 0,239 kcal. V praxi obvykle postačí při orientačním přepočtu kilokalorií na kilojouly násobit počet kilokalorií 4, resp. 4,2. Někdy se můžeme setkat i s jednotkou tisíckrát větší než je kilojoul, která se nazývá megajoul (zkratka MJ). (11)

◆ Energetický příjem

Energetický příjem je ovlivněn zastoupením základních živin (tuky, sacharidy, bílkoviny), vyplývá tedy ze skladby naší potravy. Doporučené denní dávky konzumace základních živin, minerálů, vitaminů a stopových prvků jsou u nás překračovány o 20-25%, takže zvýšený energetický příjem je bezpochyby jedním z významných faktorů, který se podílí na pozitivní energetické bilanci a vysokém výskytu obezity. (9)

Energetický příjem závisí především na pohlaví (je větší u mužů než u žen), věku (klesá s věkem) a stupni fyzické aktivity (stoupá s výkonem). Energetický obsah konzumované stravy by měly tvořit více než 50 % komplexní sacharidy, dále 15-30 % tuky a asi 10 % bílkoviny. (11)

Energetická hodnota potravin závisí na obsahu jednotlivých živin v ní zastoupených. Množství živin, které vznikne spálením jednoho gramu živin ukazuje tabulka. (viz Příloha 2) (11)

Tuky (lipidy)

Z již zmíněných základních živin hraje při rozvoji obezity nejdůležitější úlohu nadměrná konzumace tuků. Tuky by měly být v celkovém energetickém příjmu zastoupeny ze 30%. Tuky mají přes svou vysokou energetickou denzitu malou sytící schopnost. (10)

Zvýšený podíl tuku v potravě nevede k okamžitému vzestupu jeho oxidace. Tuk je ukládán do zásob s vysokou účinností. Kapacita tvorby tukových zásob je v podstatě

neomezená. Organismus obézního jedince není schopen tuky přiměřeně spalovat, a tak je využit jako energetického zdroje. Rozmnožuje tím své tukové zásoby. (11)

Obézní jedinec upřednostňuje tuk pro jeho sensorické vlastnosti, neboť tuk dodává potravinám plnost (texturu). Problémem mnoha obézních jedinců je to, že vyhledávají obvykle sladkosti, které mají vysoký obsah nejen tuku, ale i cukru. Pozitivní vliv sladkého je umocňován pozitivním sensorickým působením tuku v ústech a na jazyku. Vzhledem malé sytící schopnosti tuku však často dochází ke konzumaci velkého množství těchto sladkostí. (11)

Sacharidy (cukry)

Sacharidy na rozdíl od tuků nesehrávají podstatnou úlohu při rozvoji obezity. Při zvýšeném příjmu sacharidů dochází ke zvýšení jejich spalování, které může stoupnout až na dvojnásobek. Až teprve po dlouhodobém nadměrném příjmu sacharidů jsou v organismu přeměňovány na zásobní tuk. Kapacita ukládat sacharidy do zásob je omezena množstvím jaterního a svalového glykogenu. Na rozdíl od tuků mají sacharidy nižší energetickou denzitu a dobrou sytící schopnost. Náhrada tuků sacharidy ve stravě vyvolává pokles hmotnosti. (9)

Mezi jednoduché sacharidy lze zařadit sacharózu (cukr řepný), fruktózu (cukr ovocný) a laktózu (cukr mléčný). Především tyto jednoduché sacharidy jsou těmi, které aktivují sympatický nervový systém, dochází tak k vzestupu energetického výdeje. (11)

Bílkoviny

Bílkoviny nesehrávají v etiopatogenezi obezity podstatnou roli. Důvod je ten, že po jejich nadměrné konzumaci reaguje organismus jejich zvýšenou oxidací. Kapacita ukládání bílkovin v těle není omezena. Bílkoviny mají nízkou energetickou denzitu a nejvyšší sytící schopnost ze všech živin. (10)

Vláknina

Do jídelníčku bychom měli zařadit potraviny s vysokým obsahem vlákniny. Vláknina je tvořena nestravitelnými látkami rostlinného původu. Bohatým zdrojem vlákniny je zelenina, ovoce, bramborách, luštěniny a celozrnné produkty. (19)

Vláknina má schopnost snižovat energetickou denzitu potravy. Díky své bobtnavosti vede k rozpětí hladkého svalstva gastrointestinálního traktu a tím tlumí chuť k jídlu a navozuje pocit sytosti. Dále napomáhá přiměřené pohyblivosti střev-peristaltice. (10)

Voda

Denně bychom měli vypít nejméně 2 litry vody. Toto množství je však potřeba při zvýšené fyzické aktivitě či za horkého počasí zvýšit. Měli bychom také sledovat svůj příjem kávy obsahující kofein, který tělo odvodňuje. Vhodné taktéž nejsou limonády a ovocné džusy, které jsou doslazovány. (7)

Tekutina vypitá před jídlem naplní žaludek a následně přijatá potrava jejím prostřednictvím nabobtná. Nedojde tedy k tak velkému příjmu potravy. (4)

Alkohol

Zvýšená konzumace alkoholu se může podílet na vzniku obezity a zejména na hromadění viscerálního tuku. Alkohol má vysoký energetický obsah a je ihned po požití oxidován, organismus nemá schopnost jej ukládat. Oxidace alkoholu však vede k potlačení spalování jiných energetických živin a tím způsobuje jejich hromadění. Kromě toho, že velmi rychle zvedá hladinu glukózy v krvi, účinkuje také jako dehydratační prvek. (20)

♦ Energetický výdej

Celkový energetický výdej je složen z klidového energetického výdeje, postprandiální termogeneze a z energetického výdeje při pohybové aktivitě.

Klidový energetický výdej

Největší část energetického výdeje tvoří klidový energetický výdej (*Resting Energy Expenditure* – REE) (55-70 %). Ten slouží k zajištění základních životních funkcí organismu a dále k udržení tělesné teploty. Klidový energetický výdej zabezpečuje jak základní fyziologické pochody ve tkáních, tak i činnost kardiovaskulárního a respiračního systému, funkce ledvin a základních neurohumorálních regulačních mechanismů. (10)

Klidový energetický výdej závisí především na genetických faktorech, věku (klesá s věkem), pohlaví (je nižší u žen než u mužů), množství tuku a beztukové tkáně (stoupá s narůstajícím zastoupením aktivní tělesné hmoty, tj. svalstva), hormonech (např. tyreoidálních), výši energetického příjmu, výši pravidelné fyzické aktivity a zevní teplotě. (9)

Postprandiální termogeneze

Postprandiální termogeneze je někdy označovaná jako dietou navozená termogeneze (*Diet Induced Thermogenesis* – DIT) či energetický výdej po jídle. Je spojena jak s trávením, vstřebáváním a metabolismem živin po požití potravy, tak s aktivací sympatického nervového systému po jídle. Tato termogeneze se podílí 8-12% na celkovém energetickém výdeji. (10)

Postprandiální termogeneze závisí především na genetických faktorech, celkovém energetickém příjmu a na rozložení potravy v průběhu dne, zastoupení jednotlivých živin v potravě, postprandiální aktivaci sympatického nervového systému a na postprandiální aktivaci hormonální sekrece. (9)

Genetické faktory významně určují jak výši klidového energetického výdeje, tak výši postprandiální termogeneze. (9)

Energetický výdej při pohybové aktivitě

Energetický výdej při pohybové aktivitě (*Energy Expenditure due to Physical Activity* – EE PA) se podílí na celkovém energetickém výdeji 20-40%. Jsou zde zahrnuty veškeré formy každodenní fyzické aktivity. (10)

Energetický výdej při pohybové aktivitě závisí na intenzitě pohybové aktivity, době trvání pohybové aktivity, tělesné hmotnosti jedince, trénovanosti jedince a na neurohumorální a sympatoadrenální aktivaci (9)

Tato složka energetického vývoje je významně ovlivněna sociokulturními vlivy a v souvislosti s jejím poklesem dochází k nárůstu prevalence obezity. (10)

1.4.2. Vliv dědičnosti na vznik obezity

Vyšší náchylnost k ukládání tukových zásob je zapsána v genech. BMI je podle rozsáhlých studií determinován z 25-45 % genetickými faktory, zbytek ovlivňují faktory zevní. Při určování distribuce tuku může hrát genetický podíl roli z 50 % i více. Podíl genetických faktorů je často u rozvoje obezity podceňován, je zde kladen vyšší důraz na již zmíněné faktory zevní, které souvisejí s životním stylem. (10)

Podle některých odborníků naopak dědičnost příliš závažný vliv na vznik obezity nemá. Větší roli na vznik než genetickou vidí v nesprávných stravovacích a pohybových návycích, které jsou v rodině předávány z generace na generaci. (30)

Jednou z metod, kterou lze sledovat úlohu dědičnosti ve vztahu k obezitě, je studium jednovaječných dvojčat. To jsou jedinci, kteří mají stejnou genetickou výbavu. Je prokázána závislost korelace indexu tělesné hmotnosti na biologické příbuznosti jedinců. (10)

K prokázání důležitosti vlivu genetických faktorů na BMI přispěly především studie jednovaječných (monozygotních) a dvojevaječných (dizygotních) dvojčat. Velkou roli mají zejména studie profesora Boucharda (Kanada) a profesora Stunkarda (USA). Stunkard prováděl studie na jednovaječných dvojčat, která žila od narození odděleně. Vysoká korelace BMI zde byla prokázána bez ohledu na to, zda dvojčata žila po narození společně či odděleně. (11)

Ještě více než podíl tuku v těle a výše hmotnostního indexu je dědičnými faktory ovlivňováno rozložení tělesného tuku. Také schopnost redukovat tělesnou hmotnost a množství tukových zásob v těle je geneticky určován. Náš energetický výdej a stupeň spalování tuků nezávisí tedy pouze na pohybové aktivitě, ale také na naší genetické výbavě. Z tohoto důvodu jsou rozdíly v tom, že někdo může zkonsumovat velké

množství sladkostí a stále je štíhlý, zatímco druhý se musí v jídle kontrolovat a omezovat, aby netloustl. (14)

1.4.3. Endokrinní systém a jeho vliv na obezitu

Endokrinopatie se podílí na výskytu obezity spíše nepatrně. I přes tuto skutečnost je ve společnosti rozšířen názor, že poruchy endokrinních žláz jsou častou příčinou vzniku a rozvoje obezity. Změna sekrece hormonů však často bývá důsledkem právě obezity. Změny hormonální sekrece u obézních se mohou projevovat nejen na rozvoji obezity, ale také na určování charakteru distribuce tukové tkáně. (11)

Mezi endokrinopatie, které bývají často spojeny s obezitou, patří zejména následující.

◆ Hypotyreóza

I když bývá toto onemocnění někdy s obezitou spojováno, mnoha případech nemá s nápadným vzestupem tělesné hmotnosti co do činění. Často bývá nárůst váhy u jedinců trpících sníženou funkcí štítné žlázy pouze důsledkem větší retence tekutin v těle. (14)

◆ Cushingův syndrom

Tato nemoc vzniká jako následek zvýšené sekrece hormonu kůry nadledvin kortizolu. Projevuje se ukládáním tuku v oblasti hrudníku a břicha, proto je důležité ji odlišovat od androidní obezity. Někdy to však není tak snadné a je potřeba provést hormonální vyšetření. U pacientů trpících zvýšenou sekrecí kortizolu zjišťujeme vysoký krevní tlak, cukrovku, řídnutí kostí, zhoršenou hojivost ran a sníženou odolnost k infekcím. (11)

◆ Inzulinom (Nesidiom)

Hormon inzulín je produkován slinivkou břišní. Lidé trpící otylostí mají ve velkém množství případů nádory slinivky břišní, které se označují jako inzulinomy, popřípadě nesidiomy. (10)

- ◆ Hypogonadismus (snížená funkce pohlavních žláz)
- ◆ Hypopituitarismus (snížená funkce podvěsku mozkového- hypofýzy)
- ◆ Hypotalamické poruchy
- ◆ Hyperestrogenismus (zvýšená tvorba ženských pohlavních hormonů estrogenů)

1.4.4. Spojitost užívání léků a obezity

Existuje celá řada léků, které při jejich dlouhodobém užívání mohou způsobit nárůst tělesné hmotnosti. Tyto léky ovlivňují buď příjem potravy, popřípadě mohou působit na energetický výdej a ukládání tukových zásob. V některých případech je zvýšení tělesné hmotnosti prostřednictvím léků důsledkem špatné indikace či podávání špatné výše dávky léků. **(14)**

Mezi léky, které mohou navodit nárůst tělesné hmotnosti, patří hlavně:

- ◆ antidiabetika (inzulín)
- ◆ tyreostatika (léky tlumící funkci štítné žlázy)
- ◆ antidepresiva
- ◆ betablokátory (užívané při léčbě vysokého krevního tlaku a poruch srdečního rytmu)
- ◆ estrogeny (ženské pohlavní hormony)
- ◆ kontraceptiva (léky proti početí) s obsahem většího množství estrogenů
- ◆ neuroleptika **(9)**

Při podávání některých z těchto léků nemusí být patrný nápadný vzestup hmotnosti, ale jejich podávání v průběhu redukčního režimu může negativně ovlivňovat jeho úspěšnost (betablokátory). Také větší dávky vitamínů B-komplexu přijímané po delší dobu mohou vyvolat vzestup tělesné hmotnosti. Po podávání androgenů či anabolik stoupá tělesná hmotnost především díky vzestupu aktivní tělesné hmoty, neboli svalstva. **(11)**

1.4.5. Stravovací návyky

Vedle ostatních faktorů se nemalou mírou na vzniku obezity podílejí také nesprávné jídelní zvyklosti.

Mezi nejdůležitější chyby ve stravování patří nepravidelnost v příjmu potravy. Správné jídelní návyky nespočívají v tom, že málo jíme, ale že jíme ve správnou dobu a přiměřeně. Lepší je proto jíst včas a přiměřeně než později a bez zábran nekontrolované množství. (14)

Většina obézních jedinců redukuje ranní a polední jídlo a největší část denního příjmu konzumuje odpoledne a večer, popřípadě v noci. Právě jednorázová konzumace většího množství potravy v nejméně vhodný čas (večerní a noční hodiny) místo pravidelného rozložení potravy do více denních porcí způsobuje zvýšenou akumulaci energie do tukových zásob. (10)

Bylo prokázáno, že po požití snídaně bohaté zejména na sacharidy dojde ke snížení energetického příjmu během následujících jídel v průběhu dne. Při výzkumu u více než 1000 obézních jedinců však byla zjištěna skutečnost, že téměř 50 % z těchto pacientů vynechává snídani. (2)

Anglickým slovem „*nibbling*“ se u nás označuje tzv. „uždibování“ potravy. Jedná se o nevědomou konzumaci potravin v době mezi hlavními jídly. Dalším pojmem je syndrom nočního přejídání (*night eating syndrome*). Jedince takto postižené provázejí noční pocity hladu. Dále pak tzv. nárazové přejídání (*binge eating syndrome*), při němž obézní jedinec ztrácí kontrolu nad konzumovanou potravou. (22)

V chutném jídle lze také najít tzv. náplast na emocionálně vypjaté situace, např. stres, deprese či úzkosti. Potraviny zde hrají roli určitého řešení osobních, rodinných či pracovních problémů. (11)

Nejoptimálnější je jíst asi pětkrát denně s mírou a bez velkého pocitu hladu. Důležitá je také rychlost konzumace jednotlivých jídel. Rychlá konzumace je spojena s konzumací nadměrného množství potravy bez požitku z jídla. (23)

1.4.6. Regulace chuti k jídlu

Regulace pocitu sytosti a hladu je komplexní děj. Je ovlivňován mechanickými signály vysílanými ze zažívacího traktu, nutričními signály, které odrážejí přísun základních živin, termogenními signály informujícími o zevní a vnitřní teplotě a i neurohumorálními signály, které integrují tuto regulaci v hypotalamu. Signály, které

jsou spojené se snížením příjmu potravy a se zvýšením energetického výdeje se nazývají anabolické (anorexigenní), naopak signály navozující zvýšení příjmu potravy jsou označovány jako katabolické (orexigenní). (9)

Důležitým hormonem v této kapitole je leptin, jinak také proteohormon o 167 aminokyselinách, který je produkován tukovou tkání. Tvorba leptinu je zakódována *ob* genem. Leptin se váže na receptor v hypotalamu, kde ovlivňuje energetickou rovnováhu. Jednak tím, že tlumí příjem potravy, dále také vyvolává zvýšení energetického výdeje aktivací sympatického nervového systému. (11)

1.5. Prevence obezity

Prevence obezity spočívá v prevenci vzniku obezity, v prevenci opětovného nárůstu tělesné hmotnosti po redukčním režimu a v prevenci dalšího vzestupu hmotnosti u osob obézních, které nejsou schopny redukce hmotnosti. (11)

Výskyt obezity lze v posledních letech označit jako epidemii. Problematice týkající se prevence obezity je věnována zvýšená pozornost, a to zejména z důvodu nemalých zdravotních komplikací doprovázejících toto onemocnění a schopnosti obezity snížit délku a kvalitu života jedince. (10)

Z důvodu toho, že genetické vybavení se v krátkém časovém intervalu, kdy došlo ke vzniku epidemie obezity, příliš nezměnilo, hlavním důvodem vzniku obezity je tedy změna okolního prostředí. Vzhledem k tomu, že je znám hlavní důvod rozvoje obezity, zdálo by se být snadné zabránit dalšímu rozšiřování epidemie, stačila by změna zevního prostředí. Je prokázáno, že u osob s obezitou v rodinné anamnéze nedochází ke vzniku obezity vždy, vlivu rizikového životního prostředí lze tedy zabránit. (14)

Denní strava současné populace obsahuje nadměrné množství tuků, sacharidů a energie. Doporučení založená na potravinách kladou důraz na dostatek ovoce a zeleniny v denní stravě, dále dostatek ryb a sacharidů bohatých na vlákninu. Naopak bychom měli omezit konzumaci jídel sladkých, tučných, slaných a alkoholu. (23)

Další z negativních skutečností je snižování pohybové aktivity ve všech pracovních odvětvích. Problémem je stoupající podíl automobilové dopravy, dále nadměrné sledování televize, videa, či práce s počítačem. Tyto činnosti významně souvisí s výskytem obezity. Je doporučován tzv. „aktivní životní styl“. Denní fyzická aktivita by měla dosáhnout délky alespoň 30 minut mírné intenzity. U lidí, kteří této mírné aktivity dosahují, je podporována snaha dosáhnout intenzivnější tělesné aktivity třikrát týdně, která trvá alespoň 20 minut. (11)

Základním členěním prevence obezity je členění na prevenci primární, sekundární a terciární. Primární prevence má za cíl snížit incidenci obezity, neboli vznik nových případů. Na rozdíl od sekundární prevence, která si dává za cíl snížit počet případů již existujících, neboli prevalenci. Prevence terciární má stabilizovat nebo snížit počet neschopností a invalidních důchodů nastávajících v důsledku obezity. (10)

Dalším možným dělením vzniká prevence všeobecná, selektivní a indukovaná. Všeobecná prevence se orientuje na celou společnost. Selektivní prevence se zaměřuje na skupiny osob s vysokým rizikem, které charakterizuje věk, pohlaví, zaměstnání, rodinná anamnéza obezity nebo diabetes mellitus 2. typu, osobní anamnéza rizikových faktorů (např. hyperlipidémie, hypertenze), anamnéza vzestupu váhy v některých obdobích života, jídelní zvyklosti, fyzická aktivita atd. Indikovaná prevence je individuální prevence u jednotlivců, kteří mají nadváhu nebo vysoké procento tuku i při normální hmotnosti nebo androidní typ distribuce tuku. (10)

Důležitým podkladem pro prevenci obezity je dostatečná informovanost široké veřejnosti o problematice obezity a především o jejích možných zdravotních komplikacích.

1.6. Léčba obezity

Léčba obezity je složitý proces, při kterém často dochází k recidivám, neboli k novému nárůstu hmotnosti po úspěšném zhubnutí (JO-JO efekt). Při léčbě obezity bychom měli využít více z dále jmenovaných možností. (14)

Léčba obezity by měla být komplexní, měla by zahrnovat v první řadě změnu životního stylu, v řadě druhé také farmakoterapii či léčbu chirurgickou. (27)

Cílem léčby obezity je snížit svou tělesnou hmotnost o 5-10 %. Snižování hmotnosti má být pozvolné, jako optimum je uváděno 0,5 – 1 kg za týden. Tato redukce má výrazný pozitivní vliv na fyzický, ale také psychický stav jedince. (1)

1.6.1. Léčba obezity pomocí diety

Redukční dieta je jedním ze způsobů, jak docílit snížení tělesné váhy. Neměla by však být samotným prostředkem k léčbě obezity, měla by být doplněna změnou stravovacích návyků, pohybové aktivity a chování. Tyto změny jako celek vedou k pozitivní změně životosprávy. Dieta v užším smyslu, tzn. krátkodobá změna příjmu potravy, není při léčbě obezity vhodná. (23)

K rozhodnutí začít dodržovat redukční dietu je velmi důležitá motivace jedince k tomuto činu. Mezi nejčastější motivace patří zdravotní problémy obézních pacientů. Druhým významným motivačním činitelem jsou problémy v partnerských vztazích. Přiměřená kontrola váhy motivovaná partnerem může nejen zlepšit partnerský vztah, ale také zabránit rozvoji obezity. Také společenský ideál krásy může především ženy či dívky motivovat k redukci jejich váhy. Dalším předmětem kontroly váhy je společensko-profesionální uplatnění. U konkurzů na zaměstnání ve většině oborů byl zjištěn fakt, že větší šanci na úspěch mají ti, kteří nemají problémy se zvýšenou váhou. Důvodem je celkem dobrá obeznámenost veřejnosti o zdravotních komplikacích obezity, a proto zaměstnavatelé upřednostňují ty, kteří s váhou problém nemají. Toto je možno vnímat jako určitá diskriminace obézních. (11)

Správná dieta by vždy měla být přiměřená energetickému výdeji. Redukční dieta by měla zajistit nižší energetický příjem především omezením příjmu tuků, zejména živočišných. Vyvážená dieta musí obsahovat dostatek biologicky hodnotných bílkovin, esenciálních mastných kyselin, komplexních sacharidů, vlákniny, luštěnin, vitamínů, minerálů a stopových prvků. Omezit bychom měli sůl a příjem alkoholických nápojů. Správně vyvážená strava je důležitá nejen v léčbě obezity, ale také v prevenci tohoto onemocnění. (10)

Snaha zhubnout je jednou z charakteristik naší populace. Studiemi bylo zjištěno, že 57 % populace v životě někdy zkusilo redukovat svou hmotnost. Ještě vyšší je procentuelní zastoupení u žen, 70,9 % žen někdy zkoušelo hubnout. Nejčastěji jsou používány krátkodobé diety. (11)

Hladovka v pravém slova smyslu je drastickým opatřením, ke kterým se přistupuje pouze u pacientů, kteří jsou přímo ohroženi na životě některou z komplikací obezity. I přes tuto skutečnost si hladovku ordinují zejména ženy za účelem redukce váhy velmi často. Při náhlém návalu snahy zhubnout, popřípadě po negativní reakci okolí na svou postavu, ženy někdy vidí jediným východiskem, jak zhubnout, to, že zcela přestanou konzumovat potravu a budou přijímat pouze tekutiny. Tento stav však nikdo nemůže dlouho vydržet. Nehledě na skutečnost, že po pár dnech hladovky, kdy pár kilo zhubneme, dochází po opětovném a často zvýšeném příjmu potravy, k tzv. jo-jo efektu (*weight cycling*), neboli kolísání hmotnosti. Nebezpečí opakování snižování a následného zvyšování tělesné hmotnosti spočívá v tom, že při větší redukci hmotnosti dochází nejen k odbourání tukové tkáně, ale i netukové hmoty, např. svalstva. Při následném zvýšení hmotnosti přibývá pouze tuková hmota. Výsledkem je tedy celkové zvýšení podílu tukové hmoty. (14)

Na závěr této podkapitoly bych ráda uvedla několik příkladů redukčních diet. Mezi ně patří například vyvážená strava, která je založená na tom, že energetický obsah stravy je oproti energetickému výdeji snížen. Obsah energie v dietě stanovíme podle výdeje pacientovy energie a jeho příjmu před zahájením diety. Dále existují diety, které omezují jednu ze živin – diety se sníženým obsahem tuku, diety se změněným složením tuku či bezsacharidová dieta. Při dietách se sníženým obsahem tuku je tuk nahrazen vysokým obsahem sacharidů, zpravidla komplexních. V současnosti patří k dietám nejčastěji používaným, jejich účinnost byla ověřena řadou prací. U diet se změněným složením tuku jsou nasycené tuky nahrazeny vyšším příjmem mononenasycených tuků, obsahuje také tuky polynenasycené. Bezsacharidová dieta se skládá převážně z bílkovin a tuků. (10)

1.6.2. Pohybová aktivita v léčbě obezity

Pohyb je vedle diety nezbytnou součástí léčby obezity. Rozsah pohybové aktivity by měl korelovat s věkem, stupněm obezity a případných zdravotních komplikacích pacienta. Pravidelná fyzická aktivita omezuje vytváření tukové tkáně a pomáhá redukovat tukovou tkáň stávající. (14)

Pojem pohybová aktivita nezahrnuje pouze cvičení či sportování, ale všechny pohyb během dne, tzn. i pěší chůze do práce, fyzická aktivita přímo v zaměstnání či chůze do schodů místo použití výtahu. Veškerá zvýšená pohybová aktivita vede k negativní energetické bilanci a přispívá k předcházení otylosti, popřípadě pomáhá v léčbě. Významnou úlohu má pohybová aktivita především v prevenci a léčbě obezity a nadváhy dětí a mladistvých. (8)

Pohyb také působí pozitivním způsobem na psychiku. Příčinou dobré nálady po sportování jsou uvolňované hormony endorfíny. Bohužel však tyto hormony také zvyšují chuť k jídlu. Často je proto doporučováno intenzivnější cvičení před hlavním jídlem, aby nedošlo po cvičení ke konzumaci dalšího chodu. Naopak po jídle by neměla být pohybová aktivita příliš intenzivní. (11)

Nejvíce doporučovanou formou fyzické aktivity pro pacienty léčící se s obezitou je chůze. Pro ty z nich, kteří mají problémy s klouby, však není chůze vhodná a je nahrazena například plaváním či jízdou na kole nebo rotopedu, které jsou také doporučovány pro dlouhodobé udržení hmotnostního poklesu.

Zatímco nízkenergetické diety vedou k částečné redukci svalové hmoty, při fyzické aktivitě dochází současně úbytkem tukové hmoty k nárůstu hmoty svalové. Proto je při snaze zredukovat svou tělesnou hmotnost tolik důležitá kombinace dietního režimu a pohybové aktivity. Pohyb je také velmi důležitý nejen při dietě, ale také po ukončení dietního režimu, kdy slouží jako prostředek k udržení dosažené váhy. (10)

1.6.3. Kognitivně-behaviorální léčba obezity

Tento psychologický přístup hraje v komplexní léčbě obezity nemalou roli. Behaviorální léčba spočívá ve změně chování a náhledu pacienta jak na obezitu, tak na stravování. Vychází zejména ze skutečnosti, že jídelní zvyklosti a návyky jsou naučené,

lze jen tedy i určitým vhodným způsobem odnaučit. Zavedení behaviorálních metod v léčbě obezity znamenalo přelom v dlouhodobé úspěšnosti. **(14)**

Jeden ze zakladatelů, prof. Albert Stunkard, definuje základní přístupy v behaviorální léčbě obezity jako techniky sebezpozorování, techniky kontrolující samotný akt konzumace jídla, techniky aktivní kontroly vnějších podnětů, techniky pozitivního sebesilování chování, kognitivní techniky, výuka základů výživy, dietetiky a přípravy pokrmů a pravidelná fyzická aktivita. **(11)**

Obecně se techniky sebekontroly využívají především tam, kde je patrný rozpor mezi bezprostředními a dlouhodobými důsledky. Při jídle jsou dlouhodobé důsledky (zvýšení tělesné hmotnosti) odsunuty do pozadí, daleko za důsledky bezprostřední (požitky z konzumace jídla). Cílem této techniky je naučit pacienta schopnosti sebeovládání. Mezi techniky sebekontroly patří techniky sebezpozorování, techniky aktivní kontroly podnětů, techniky sebesilování a techniky kontrolující samotný akt konzumace potravy. Techniky sebezpozorování jsou postaveny na tom, že obézní si vede veškeré záznamy o zkonsumované potravě (doba konzumace, množství atd.) Důležitý je také pravidelný záznam aktuální tělesné hmotnosti jedince. Toto vše je důležité nejen pro zpětnou kontrolu, ale je zde i psychologický význam, pacient by si prostřednictvím této metody měl sám uvědomit chybu ve svých jídelních zvyklostech. Podstatou techniky aktivní kontroly podnětů je to, že konzumace velkého množství potravy obvykle souvisí s chutí, vzhledem, či vůní jídla, pacient se tedy učí identifikovat tyto podněty, které nadměrnou konzumaci jídla spouštějí, a poté se na tyto podněty učí reagovat jiným způsobem. U technik sebesilování lze působit jak pozitivně (ocenění žádoucího chování), tak negativně (trestání nevhodných stravovacích návyků). Daleko efektnější je však působení pozitivní. Techniky kontrolující samotný akt jedení pomáhají obézním uvědomit si jednotlivé části procesu jídla, získat nad nimi kontrolu a přiblížit jejich způsob příjmu potravy blíže k neobézním jedincům (např. nácvik pomalejšího jedení). **(10)**

Kognitivní techniky mají za cíl identifikovat nevhodné myšlenky a nahradit je pozitivními. Dále kladou důraz na uvědomělou dlouhodobou změnu životního stylu. Chování, myšlení a emoce jsou propojené složky. Proto pokud ovlivníme pomocí

kognitivních technik nevhodné myšlenky, ovlivníme jejich prostřednictvím i chování a emoce. (14)

1.6.4. Farmakoterapie obezity

K léčbě pomocí léků se přistupuje až tehdy, když dietní, pohybová a behaviorální léčba sama o sobě selhala. Nutnou součástí je, aby medikamentózní léčba byla současně doplněna o některé z jiných způsobů léčby obezity. (14)

Českou obezitologickou společností je doporučována léčba pomocí farmak v případě, že BMI pacienta je vyšší než 30 a pokud došlo k předchozímu selhání komplexní nefarmakologické léčby. U pacientů s BMI 25 – 30 je toto doporučováno pouze v případě, že jsou u pacienta přítomna kardiovaskulární a metabolická rizika související s obezitou. Farmakoterapie je také vhodná jako dlouhodobé zajištění dosaženého hmotnostního úbytku. (10)

Léky, které se v současnosti používají k léčbě obezity, řadíme do 3 skupin. První skupinou jsou anorektika, někdy také označovaná jako anorexika. Ta jsou specifická tím, že potlačují chuť k jídlu a ovlivňují příjem potravy tím, že působí na neuropřenašeče v CNS a vyvolává pocit nasycení. Patří mezi ně například Fentermin či Sibutramin. Druhou skupinu tvoří léky, které mají schopnost zvyšovat energetický výdej (jsou označovány jako termogenní farmaka) či oxidaci tuků v organismu (kombinace efedrinu s kofeinem). Tzv. Elsinorské prášky, neboli kombinace efedrinu a kofeinu, patří k tzv. nespecifickým termogenním farmakům. Tato kombinace tlumí chuť k jídlu. Vedle zvýšení energetického výdeje mají řadu nežádoucích účinků. Třetí skupinou jsou léky, které snižují vstřebávání tuků ve střevě, čímž snižují dostupnost tuků v organismu. Do této skupiny patří Orlistat, který je derivátem lipstatinu. (29)

1.6.5. Chirurgická léčba obezity

Tato léčba obezity, někdy označovaná také jako bariatrická, nabízí v současné době účinný a relativně bezpečný způsob zásadní a dlouhodobé redukce tělesné váhy. Slouží zejména k léčbě morbidní obezity, kdy je svými komplikacemi pacienta přímo

ohrožen na životě. Dále u pacientů, u kterých selhala běžná léčba obezity (včetně farmakoterapie) a u obézních, kteří mají k této léčbě motivaci (7)

Mezi nejčastěji prováděné chirurgické zákroky patří vertikální gastroplastika a gastrická bandáž. Gastroplastika je plastická operace, pomocí které je pacientovi zmenšen žaludek. (10)

Gastrická bandáž neboli bandáž žaludku je prováděná laparoskopicky, což znamená to, že při tomto výkonu není prováděn řez břišní stěny, ale základem je propojení optického systému s kamerou a několika speciálními přístroji. Cílem je zaškrtit žaludek do tvaru přesýpacích hodin pomocí bandáže. Tím vznikne menší horní část (objem do 25 ml) spojená se zbytkem v místě bandáže (kanálek o průměru 10-12 mm). Cílem takto vzniklého tvaru žaludku je pocit brzkého nasycení. Roztažením horní části žaludku je navozen pocit sytosti. Operací se snižuje celkový denní energetický příjem. (2)

Tento zákrok nabízí pacientům výrazné a dlouhodobé úbytky jejich tělesné váhy. Do konce osmdesátých let byla prováděna neadjustabilní bandáž. Zaškrcení žaludku bylo při tomto zákroku jednou pro vždy nastaveno. Zásadními přednostmi dnes prováděné, adjustabilní bandáže, je možnost pooperační změny zaškrcení žaludku. Úpravu průměru bandáže lze dokonce provádět ambulantně. (10) (viz. Příloha 3)

Liposukce je chirurgické odstranění tukové tkáně, tedy kosmetický zákrok. Prováděna je nejčastěji v oblasti podbříšku, hýždí a stehen. Obezitu však neléčí. (11)

1.7. Zdravotní komplikace a rizika obezity

Vzhledem k tomu, že obezita jako taková život bezprostředně neohrožuje, je často širokou veřejností její význam velmi podceňován. Existuje totiž velké množství zdravotních komplikací, které mohou ovlivnit z velké míry nemocnost jedince, potažmo mohou mít vliv také na délku života obézního pacienta. (26)

Vedle primární obezity, což je obezita jako nemoc, existuje obezita sekundární neboli druhotná. Sekundární obezita vzniká jako příznak jiného onemocnění a je spíše

vzácná. Může se projevit u pacientů se špatně léčeným diabetem, v těhotenství, při užívání hormonální antikoncepce, u pacientů léčených kortikoidy či pacientů se sníženou funkcí štítné žlázy. Zvýšení stavu otylosti podporuje vznik jiných nemocí a zhoršuje průběh již trvajících. (9)

1.7.1. Metabolické komplikace

Obezita je v mnoha případech spojována s cukrovkou, tedy nemocí s lékařským názvem diabetes mellitus (DM). Toto spojení se však netýká všech forem diabetu. U diabetu 1. typu se obezita vyskytuje téměř pouze jako léčebná chyba předávkování inzulinu. Zato většina diabetiků 2. typu je obézních a toto onemocnění má s obezitou vzájemné vztahy. Dále existuje řada dalších typů diabetu, tzv. sekundárních. Z těchto onemocnění existuje typický vztah k obezitě především u tzv. Cushingova syndromu, neboli u nadprodukce kortizolu. (14)

Diabetes mellitus 2. typu (neboli NIDDM – non-inzulín-dependentní diabetes mellitus) je onemocnění s velmi výraznou genetickou podmíněností, která je vyšší než u obezity. S obezitou jej spojuje řada vzájemných patogenetických vztahů. Epidemiologickými faktory, které ovlivňují výskyt diabetu a obezity, jsou především snížení fyzické aktivity a přesun obyvatelstva z vesnic do měst. (11)

Celkově lze vztah obezity k diabetu označit tak, že obezita diabetes nevyvolává, diabetes však vzniká u obézních jedinců, které mají pro toto onemocnění genetické predispozice. Obezita je tedy nemocí, která signalizuje ohrožení lidského organismu diabetem. (10)

Pojem syndrom X byl na počátku využíván pro tzv. mikrovaskulární anginu pectoris, což je stav, kdy nemocný trpí anginózními obtížemi, ale na koronarografii je přítomen normální nález. Nyní pojem Reavenův metabolický syndrom X označuje současný výskyt obezity, diabetes mellitus 2. typu, hyperlipoproteinémie a hypertenze. Metabolický syndrom je velmi rozšířené onemocnění, jehož vznik výrazně závisí na věku. Genetická možnost rozvoje syndromu X je pravděpodobná zhruba u 40 % populace. Diabetes mellitus 2. typu je nejzávažnější složkou metabolického syndromu, ač nepostihuje všechny jedince trpící tímto syndromem. (10)

1.7.2. Endokrinní komplikace

Mezi nejčastější poruchy u žen patří poruchy menstruačního cyklu (např. amenorea), poruchy ovulace a dokonce neplodnost. U obézních žen se může vyskytnout hyperandrogenismus, u mužů pak hypogonadismus. Mezi další poruchy endokrinního systému řadíme hyposekreci růstového hormonu a to jak u žen, tak u mužů. (9)

1.7.3. Gynekologické komplikace

Již zmíněné poruchy cyklu a infertilita souvisejí s nadměrnou tvorbou estrogenů v tukové tkáni. Obézní pacientky mohou dále trpět záněty rodidel či poklesem dělohy, pravděpodobnost je zde vyšší spíše v pozdějším věku. Komplikace mohou nastat také v těhotenství a při porodu, ohrožena může být matka i plod. (11)

1.7.4. Kardiovaskulární komplikace

Obezita je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů, které mají vliv na vznik kardiovaskulárních chorob. Již stav nadváhy představuje významné riziko pro výskyt ischemické choroby srdeční. Je zvýšena možnost vzniku hypertenze, mozkové cévní příhody, varixů, bérceových vředů, hypotrofie a dilatace levé srdeční komory, poruch systolické funkce myokardu a další. (26)

Hypertenze je jedním z nejčastějších onemocnění vůbec. Je to stav, kdy je systolický tlak vyšší nebo rovný 140 mmHg a diastolický tlak vyšší nebo rovný 90 mmHg. Za příčinu vztahu mezi obezitou a hypertenzí je považována hyperinzulinémie jakožto důsledek rezistence na inzulín. Hypertenze je známá svou častou vazbou na diabetes i obezitu a je součástí metabolického syndromu X. Hlavní komplikací hypertenze je výskyt centrálních mozkových příhod. (18)

1.7.5. Respirační komplikace

Jednou z nejzávažnějších komplikací obezity je syndrom hypoventilace (OSH – *Obesity Hypoventilation Syndrome*). Dále sem řadíme syndrom spánkové apnoe (SAS – *Sleep Apnoea Syndrome*), což znamená přerušování dýchání ve spánku na déle než 10 sekund, více než 5x za hodinu. Syndrom se projevuje chrápáním, somnolencí a

některými mentálními poruchami, jako je např. snížení intelektu, poruchy pozornosti a paměti, ranní bolesti hlavy atd. **(10)**

1.7.6. Ortopedické komplikace

Ortopedické komplikace patří mezi mechanické komplikace obezity. Mají schopnost omezit pacientovu pohyblivost a ztěžují samotnou léčbu obezity.

Mezi nejčastější komplikace patří osteoartróza kolenních a kyčelních kloubů, jejichž styčné plochy jsou u obézních pacientů vystaveny vysoké zátěži a ty jsou tak přetěžovány. Až 50 % výskytu osteoartróz kyčelního kloubu u žen je spojeno s přítomností obezity vyššího stupně. Často se v souvislosti s obezitou objevují také ploché nohy. **(26)**

1.7.7. Onkologické komplikace

U žen je prokazatelné vyšší riziko výskytu karcinomu ovarií, endometria, cervixu, prsu a žlučových cest spojené s obezitou, u mužů karcinomu prostaty a kolorektálního karcinomu. Na výskyt karcinomů u ženské populace má prokazatelný vliv abdominální typ obezity. Dále je vyšší prevalence karcinomu žlučníku a žlučových cest, pankreatu, jater či ledvin. **(10)**

1.7.8. Kožní komplikace

Mezi nejčastější kožní problémy obézních jedinců patří ekzémy a mykózy (hlavně v místech vlhké zapáčky), dále celulitida nebo strie. **(10)**

1.7.9. Psychosociální komplikace

Problémy psychického rázu související s obezitou bývají často veřejností podceňovány. Někteří autoři zmiňují termín „*anti-fat-racism*“ neboli rasismus namířený proti obézním. Tato společenská diskriminace obézních jedinců, stejně jako společenské vnímání ideálu tělesné krásy, může vést k úzkostem a depresím, které se u obézních vyskytují až čtyřikrát častěji než u běžné populace. **(12)**

1.8. Ideál krásy a obezita

V současné společnosti nabývá otázka krásy a tělesného ideálu stále větší důležitosti. Současně je ale velmi obtížné najít na krásu měřítko. Jednoduše řečeno, co se líbí jednomu, nemusí se líbit druhému.

Ideál dřívějších dob a kultur vycházel zpravidla z uměleckého ztvárnění lidského těla. V každém historickém období bylo lidské tělo vnímáno jinak, například v antice byla krása spatřována především v dokonalosti a harmonii. V souladu s místní představou krásy bylo tělo také přetvářeno tak, aby soudobým představám ideálu zcela vyhovovalo. Tím je myšleno například nošení korzetů v 19. století, stahování nohou u Číňanek za účelem zastavení růstu či vytahování krku pomocí mosazných kruhů u afrických žen. (17)

Podle W. Chapkisové jsou ženy utlačovány „globální kulturní mašinérií“, skládající se z reklamního průmyslu, komunikačních médií a kosmetického průmyslu, které prosazují západní ideál krásy mezi ženami na celém světě bez ohledu na jejich anatomické odlišnosti. (17)

Vzhledem k tomu, že současným znakem krásy se stala vyhublost, ženy a dívky jsou ve své podstatě nuceny držet diety za účelem toho, aby se tomuto společenskému ideálu krásy přiblížily. Výjimkou není ani úprava tělesné postavy za pomoci kosmetické plastické chirurgie.

Jako jeden z negativních důsledků globalizace je uniformní a pro většinu lidí nedostupný ideál krásy. Jak již bylo zmiňováno, velké množství žen se v rámci honby za dosažením ideálu ve své podstatě mrzačilo. Ještě nikdy však tělesným ideálem nebyla posedlá tak rozsáhlá část populace jako je tomu dnes. (11)

Ze všech titulních stran ženských časopisů se na nás usmívají ženy. Jsou to ženy různého věku, různé barvy vlasů či očí. Jedno však mají stejné, a to je štíhlá, někdy téměř vyhublá postava. Mezi první vyhublé idoly krásy patřila v úvodu práce zmiňovaná modelka přezdívaná Twiggy vážící při své výšce 170 cm 41 kg. Dnešní modelky, Miss či jiné „krásky“ na tom co se týče váhy nejsou o moc lépe. Nelze se pak divit tomu, že většina dospívajících dívek, pro které jsou tyto modelky tělesným

vzorem, trpí pocitem nadváhy, nebo je jinak nespokojena se svým tělem. Tato nespokojenost s tělem posiluje výhrady k vlastní osobě a přenáší se i do jiných oblastí osobního života, tělesného i psychického zdraví. Stejně tak média výrazně ovlivňují již názory malých dětí na to, jaká postava je tlustá či štíhlá.

V souvislosti váhy a vnímání ideálu tělesné konstrukce jsou zdůrazňovány především ženy. Tělesné proporce totiž hrají jinou roli v životě muže i ženy. Většina studií potvrzuje, že ženy jsou častěji nespokojené se svým tělem a chtěly by zhubnout, i když jsou dostatečně štíhlé. V souladu s komercializací mužské postavy přibývá také více mužů, kteří jsou nespokojeni se svou postavou. Ideál mužnosti dnes představuje středně velká, svalnatá postava. Na rozdíl od žen, které většinou chtějí zhubnout, muži touží spíše přibrat a stát se silnějšími. Proto u nich nejsou diety příliš populárními, pro formování svého těla využívají spíše cvičení. (17)

Autorka Jane Ogdenová je toho názoru, že dietní průmysl je dokonalý, a to z důvodu, že současně nabízí problém (nespokojenost s tělem) i jeho řešení. Tento průmysl má tedy obrovskou moc podporovat idealizaci štíhlosti. Více než obézních dnes přibývá spíše těch, kteří si připadají tlustí a usilovně se snaží svou hmotnost snížit. V poslední době se objevují hnutí, která se snaží omezit vliv dietního průmyslu. Mezi nejznámější patří Krotitelé diet. (Diet Breakers), kteří fungují na území Velké Británie a varují před nebezpečím diet. (17)

1.9. Poruchy příjmu potravy

V současnosti patří poruchy příjmu potravy k nejčastějším onemocněním dívek a mladých žen, která jsou ve svých počátcích často podceňována a bagatelizována. Mohou však způsobit řadu zdravotních komplikací, narušují psychickou pohodu a osobní a společenský život jedince. (15)

Dvě nejhlavnější poruchy příjmu potravy, mentální anorexii a bulimii, spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemoci jsou ve vzájemném vztahu, neboť asi jedna třetina anorektiček se

začne v budoucnu přejídat a více než polovina bulimiček uvádí v minulosti období anorexie. (16)

1.9.1. Mentální anorexie

Mentální anorexie je onemocnění, které lze charakterizovat zejména úmyslných snižováním tělesné hmotnosti. (15)

Anorexie postihuje především dívky právě vstupující do období puberty. Neexistuje žádná specifická příčina anorexie ani bulimie, jejíž odstranění by vedlo k vyléčení. Jsou však známy rizikové povahovými rysy jako je perfekcionismus, zranitelnost, nestálost či sebetrestání. (24)

Mezi základní diagnostická kritéria mentální anorexie patří zejména výrazné snížení hmotnosti (15 % pod předpokládanou úrovní či BMI nižší než 17,5), které si nemocný způsobuje sám na základě významného omezení potravin, zvýšené tělesné aktivity či užíváním anorektik a diuretik. Dalšími kritérii je přetrvávající strach z tloušťky a narušené vnímání vlastního těla či porucha menstruačního cyklu u žen. (15)

Anorexie je porucha částečně způsobená tím, že naší společností je oceňován spíše vnější vzhled než vnitřní kvality člověka. Hodnocení osoby podle vzhledu je častější u žen oproti mužům, kde převládá hodnocení podle jiných kvalit. Kult štíhlosti není příčinou této poruchy, ale lze jej v mnoha případech vnímat jako spouštěcí mechanismus. (5)

1.9.2. Mentální bulimie

Mentální bulimie je typická především opakujícími se záchvaty přejídání. Hlavním charakteristickým znakem je dále nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, vyvolané zvracení, zneužívání projímadel a léků či nadměrné cvičení a hladovky. (16)

Obvykle je během záchvatu přejídání jídlo konzumováno rychle a tajně. Jde o velké množství kaloricky hodnotného jídla. První okamžiky záchvatu jsou popisovány jako příjemné, pocit potěšení se však brzy vytrácí a následuje vyzvrácení obsahu žaludku. (6)

Příčiny, stejně jako u anorexie, nelze zpravidla přesně vymezit. Často jsou jimi závažné životní události jako např. problémy v rodině.

Neexistuje jediná léčebná metoda poruch příjmu potravy a vždy je potřeba aktivní spolupráce nemocného. Jedinec musí především od základů změnit své stravovací návyky a vnímání vlastního těla. (24)

1.9.3. Psychogenní přejídání

Tato porucha je charakterizována záchvaty přejídání „binges“, kdy jedinec zkonzumuje během krátké doby větší množství jídla, než je běžné pro většinu lidí ve stejných podmínkách. Ústředním rysem je zde pocit ztráty kontroly, který se však po letech může vytratit. Tyto stavy udává v současnosti každá pátá žena.(25)

1.9.4. Noční přejídání

Postižený touto poruchou konzumuje nejméně čtvrtinu kalorií konzumovaných během jednoho dne po večeři, významným průvodním znakem je nespavost. Noční přejídání může být spojeno i s dalšími psychickými chorobami. Tato porucha je zařazena do klasifikace poruch spánku. (25)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1. Cíle práce

Cílem bakalářské práce je zjistit percepci ideální tělesné postavy očima lidí s obezitou ve srovnání s ostatními lidmi. V souvislosti s tím zdokumentovat možné příčiny jejich problémů s váhou (např. nezdravé stravování, nedostatek pohybových aktivit atd.), které jsou v rozporu s pozitivním náhledem na tělesný ideál a dále pomocí dotazníku zjistit rozdílnost vnímání svého těla u lidí trpících nadváhou a lidí obézních.

2.2. Hypotézy

H1. Obézní lidé se neliší z hlediska mentální reprezentace ideální tělesné postavy od běžné populace.

H2. Životní styl obézních nesouvisí s jejich pojetím ideální tělesné postavy.

H3. Lidé s obezitou se z hlediska spokojenosti se svým tělem neliší od skupiny lidí s nadváhou.

3. Metodika

3.1. Použitá metoda

Pro zjištění podkladů pro potvrzení či vyvrácení hypotéz byla zvolena kvantitativně – kvalitativní forma výzkumu, metoda dotazníku. (viz Příloha 4) Dotazník se skládá z 29 otázek, 20 uzavřených a 9 otevřených otázek. U uzavřených otázek respondenti kroužkovali správné odpovědi, u každé otázky vždy pouze jednu, vyjma otázky č. 19 týkající se zdravotních problémů (zde bylo možno zakroužkovat odpovědi více). Dotazník byl anonymní, což bylo v jeho úvodu zdůrazněno. Výzkum jsem prováděla v lednu a únoru roku 2007.

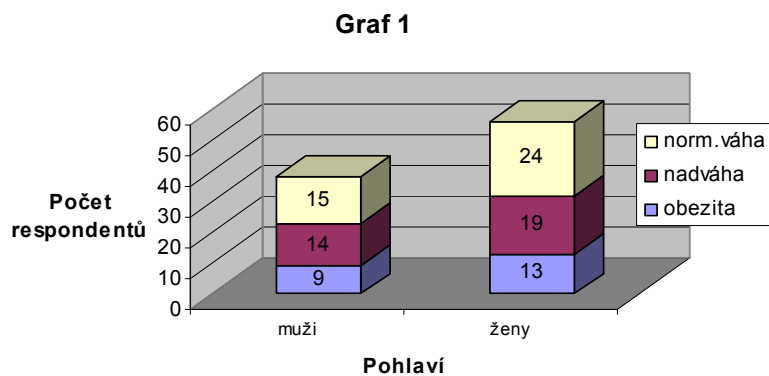
3.2. Charakteristika souboru

První výzkumnou skupinu tvoří obézní jedinci, druhou skupinu jedinci s nadváhou. Jako kontrolní skupina poslouží běžná populace (s BMI od 18,5 do 25). Všechny tři skupiny tvoří lidé ve věku 20-60 let. Dotazníky byly distribuovány v oblasti jihočeského kraje.

Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků. Návratnost byla 94,5 % (104 dotazníků), některé však byly nepoužitelné, neboť nebyly zcela vyplněné. Jako konečný počet výzkumných skupin bylo 22 jedinců obézních, 33 jedinců s nadváhou a 39 respondentů s normální váhou. Celkem tedy 94 respondentů, z toho 38 mužů a 56 žen. Tato čísla však nelze chápat tak, že z 94 jedinců trpí 22 obezitou. Obézními jedinci byli ve většině případů pacienti českobudějovické polikliniky. Ke zpracování dat získaných prostřednictvím výzkumu byl použit skládaný sloupcový graf s prostorovým efektem.

4. Výsledky

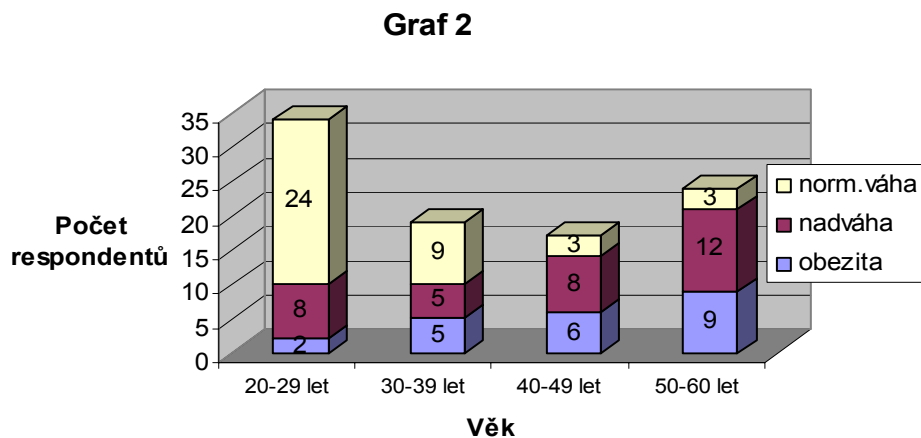
Otázka č. 1 : Jaké je Vaše pohlaví?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 94 respondentů je 40,4 % mužů (38) a 59,6 % žen (56).

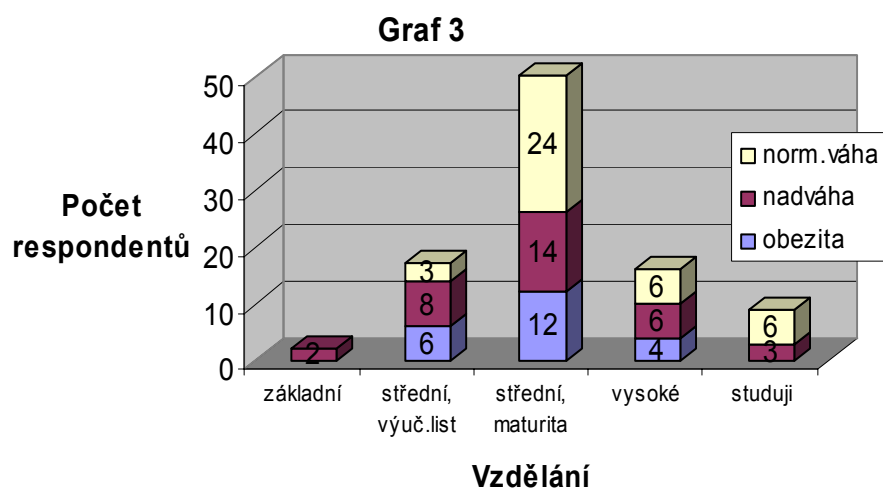
Otázka č. 2 : Kolik je Vám let?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu dotazovaných patří do věkové kategorie 20-29 let 36,2 % (34), do kategorie 30-39 let 20,2 % (19), do kategorie 40-49 let 18 % (17) a do poslední kategorie 50-60 let 25,6 % (24) respondentů.

Otázka č. 3 : Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



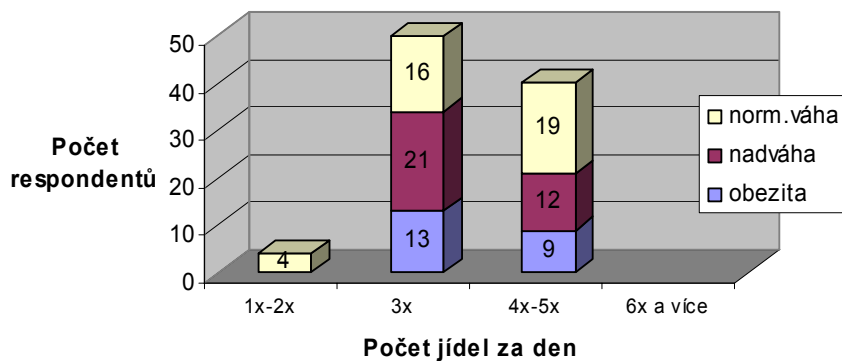
Zdroj: vlastní výzkum

Nejvyšší dosažené vzdělání základní má 2,1 % (2), střední vzdělání ukončené výučním listem 18,1 % (17), střední vzdělání ukončené maturitou 53,2 % (50), vysoké vzdělání 17,1 % (16) a stále studuje 9,5 % (9) z celkového počtu respondentů.

Otázka č. 4 (Jaká je Vaše výška?) a otázka č. 5 (Jaká je Vaše váha?) posloužila k výpočtu BMI respondentů.

Otázka č. 6 : Kolikrát denně zpravidla jíte?

Graf 4

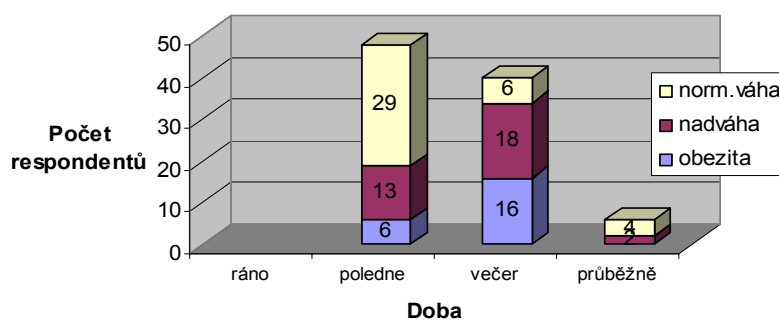


Zdroj: vlastní výzkum

Jednou až dvakrát denně konzumuje potravu 4,3 % (4), třikrát denně 53,2 % (50), čtyřikrát až pětkrát denně 42,5 % (40) a šestkrát a více denně 0 % (0) z těch, kteří odpovídali na tuto otázku.

Otázka č. 7 : Kdy obvykle konzumujete největší množství potravy?

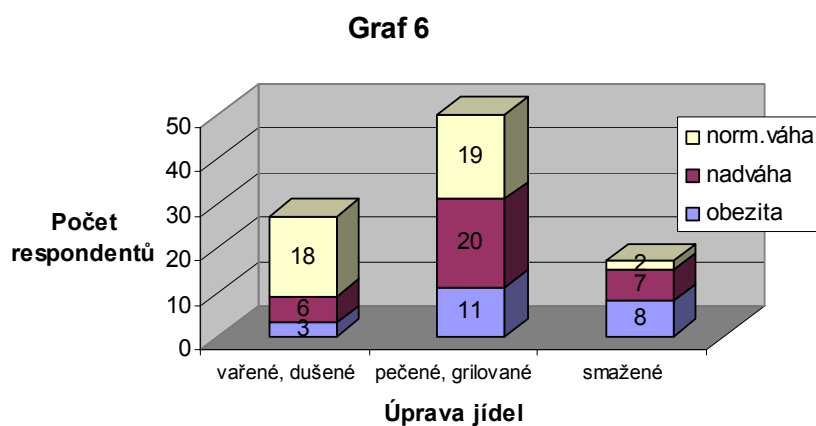
Graf 5



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů odpovědělo na otázku tak, že konzumují největší množství potravy ráno 0 % (0), v poledne 51 % (48), večer 42,6 % (40) a průběžně po celý den konzumuje potravu 6,4 % (6) dotazovaných.

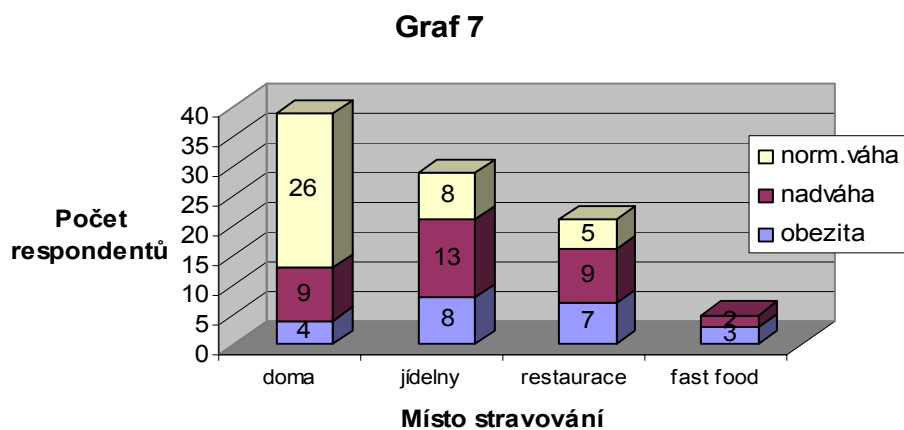
Otázka č. 8 : Jakým způsobem upravené jídlo konzumujete nejčastěji?



Zdroj: vlastní výzkum

Z dotazovaných konzumuje nejčastěji vařené či dušené jídlo 28,7 % (27), pečené či grilované 53 % (50) a smažené 18,3 % (17).

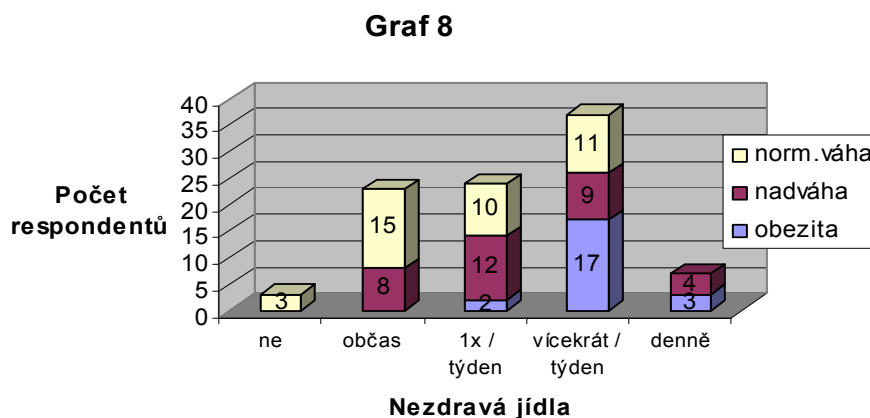
Otázka č. 9 : Kde se zpravidla stravujete?



Zdroj: vlastní výzkum

Z dotazovaných lidí se nejčastěji stravuje doma, popřípadě konzumuje doma připravenou stravu 41,5 % (39), ve školní či zaměstnanecké jídelně 30,8 % (29), v restauracích 22,3 % (21) a ve fast foodech 5,4 % (5).

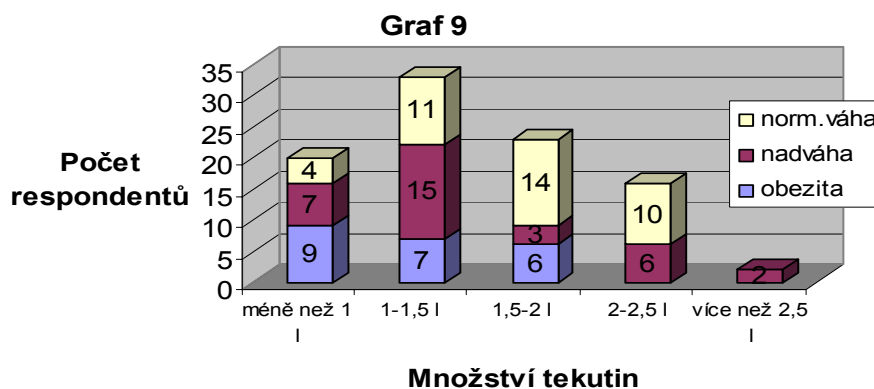
Otázka č. 10 : Jak velký podíl z konzumované potravy u Vás tvoří jídla smažená, přílišně kořeněná, slaná či sladká?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů na tuto otázku odpovědělo tak, že tato jídla téměř nekonzumují 3,2 % (3), čas od času neodolá 24,6 % (23), asi jedenkrát týdně je konzumuje 25,5 % (24), několikrát týdně 39,3 % (37) a denně 7,4 % (7).

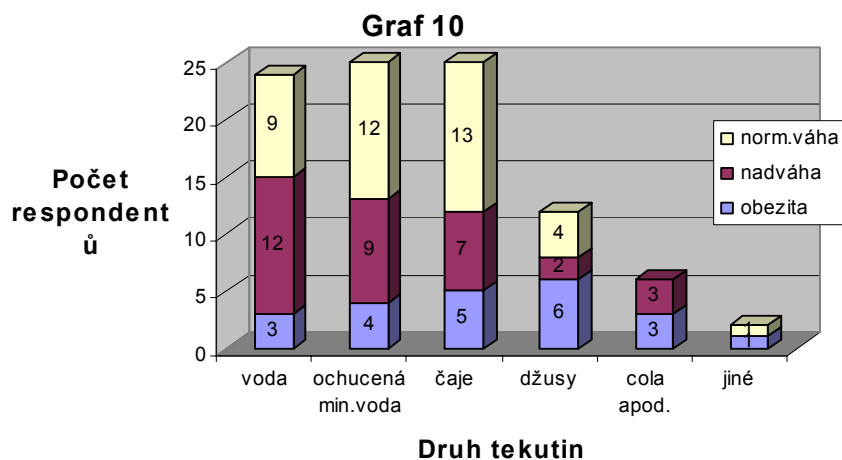
Otázka č. 11 : Kolik tekutin denně přibližně vypijete?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů vypije denně méně než 1 litr tekutin 21,3 % (20), 1 až 1,5 litru 35,1 % (33), 1,5 až 2 litry 24,5 % (23), 2 až 2,5 litru 17 % (16) a více než 2,5 litru 2,1 % (2).

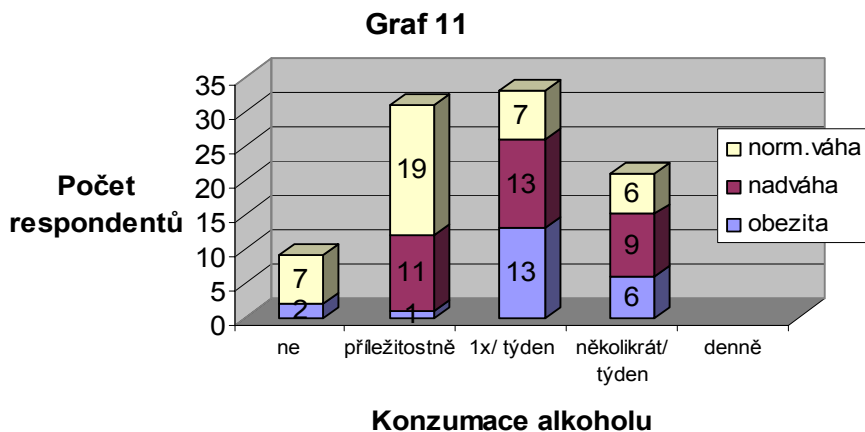
Otázka č. 12 : Který typ tekutin převažuje ve Vašem denním příjmu?



Zdroj: vlastní výzkum

Ze všech dotazovaných pije nejčastěji čistou vodu 25,6 % (24), minerální vodu s příchutí 26,6 % (25), čaje 26,6 % (25), ovocné džusy 12,8 % (12), colu, fantu, sprite a podobné nápoje 6,3 % (6) a jiné nápoje blíže nespecifikované 2,1 % (2).

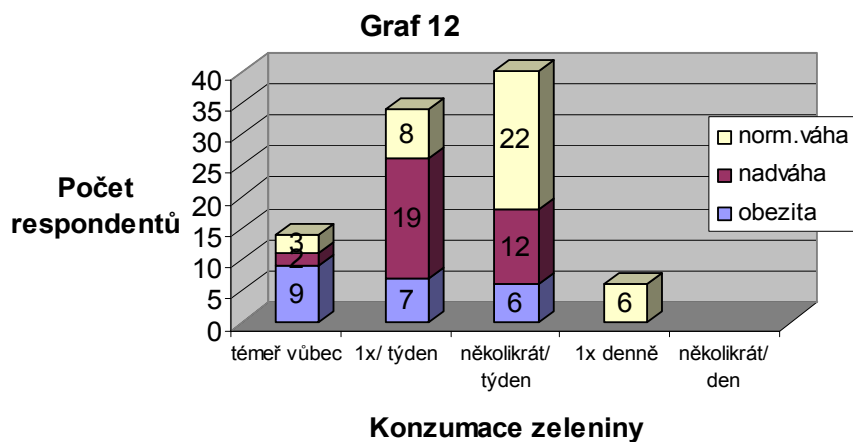
Otázka č. 13 : Jaký je Váš vztah k alkoholickým nápojům?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů alkohol téměř vůbec nekonzumuje 9,5 % (9), příležitostně, asi jedenkrát za měsíc 33 % (31), asi jedenkrát týdně 35,1 % (33), několikrát týdně 22,4 % (21), denně 0 % (0).

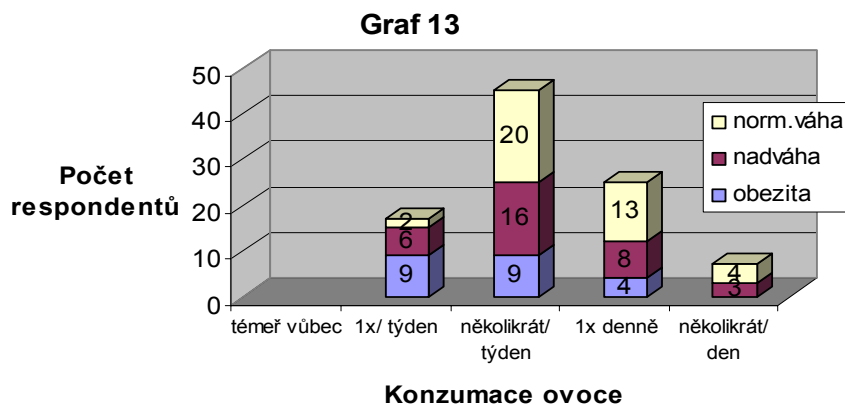
Otázka č. 14 : Jak často konzumujete syrovou zeleninu?



Zdroj: vlastní výzkum

Ze všech dotazovaných odpovědělo na otázku tak, že syrovou zeleninu nekonzumují téměř vůbec 14,9 % (14), asi jedenkrát týdně 36,2 % (34), několikrát týdně 42,5 % (40), jednou denně 6,4 % (6), vícekrát za den 0 % (0).

Otázka č. 15 : Jak často konzumujete ovoce?

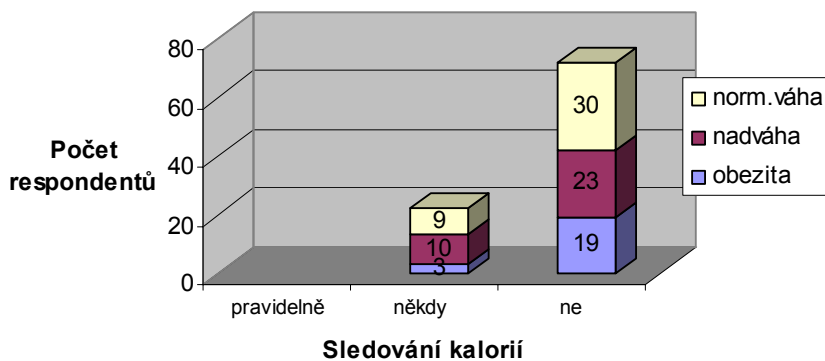


Zdroj: vlastní výzkum

Ze všech respondentů nekonzumuje ovoce téměř vůbec 0 % (0), asi jedenkrát týdně 18 % (17), několikrát týdně 47,9 % (45), jednou denně 26,6 % (25) a vícekrát za den 7,5 % (7).

Otázka č. 16 : Sledujete svůj denní příjem kalorií?

Graf 14

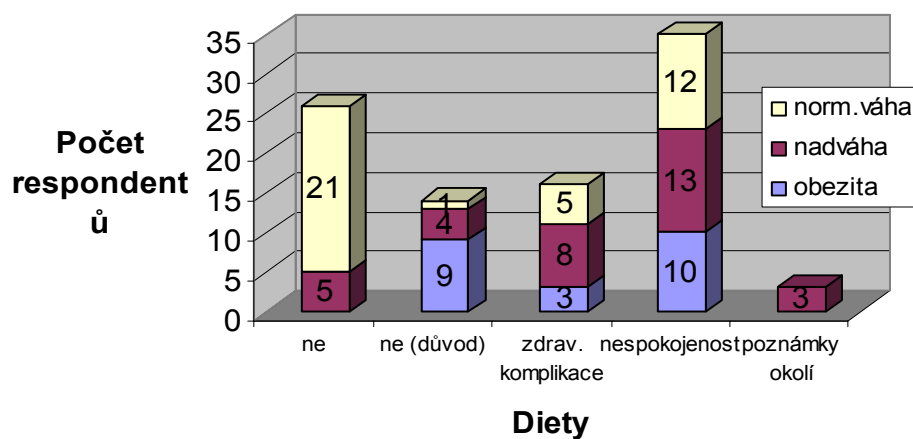


Zdroj: vlastní výzkum

Ze všech respondentů pravidelně sleduje, popřípadě si zaznamenává kalorické hodnoty konzumovaných potravin 0 % (0), někdy sleduje svůj denní příjem kalorií 23,4 % (22) dotazovaných a nikdy jej nesleduje 76,6 % (72).

Otázka č. 17 : Jaký je Váš vztah k dietám?

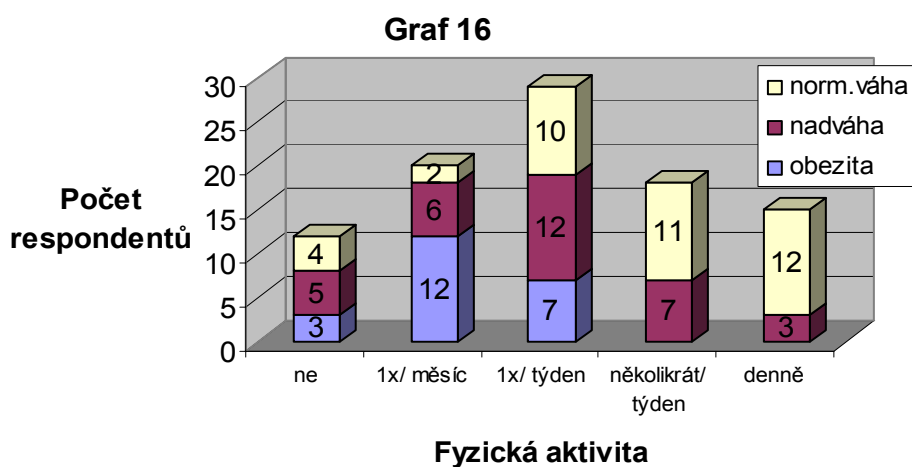
Graf 15



Zdroj: vlastní výzkum

Ze všech dotázaných nikdy nedrželi dietu, protože neviděli důvod 27,6 % (26), nikdy nedrželi dietu, i přesto, že k tomu měli důvod 14,9 % (14), drželi dietu z důvodu zdravotních komplikací 17,1 % (16), drželi dietu z důvodu vlastní nespokojenosti se svou váhou 37,2 % (35) a drželi dietu z důvodu poznámek okolí k jejich váze 3,2 % (3).

Otázka č. 18 : Jak často sportujete či vykonáváte intenzivní fyzickou aktivitu (např. procházky, chůze do práce atd.)?

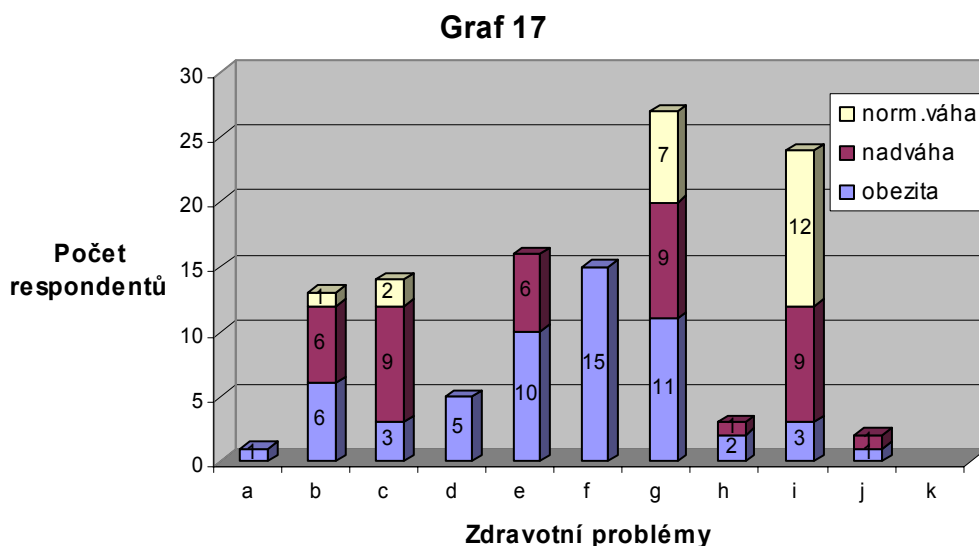


Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu dotázaných téměř vůbec nesportuje či vykonává intenzivní fyzickou aktivitu 12,7 % (12), zhruba jedenkrát za měsíc 21,3 % (20), asi jedenkrát týdně 30,9 % (29), několikrát týdně 19,2 % (18) a denně 15,9 % (15).

Otázka č. 19 : Zaškrtněte, prosím, zdravotní problémy, které se Vás týkají.

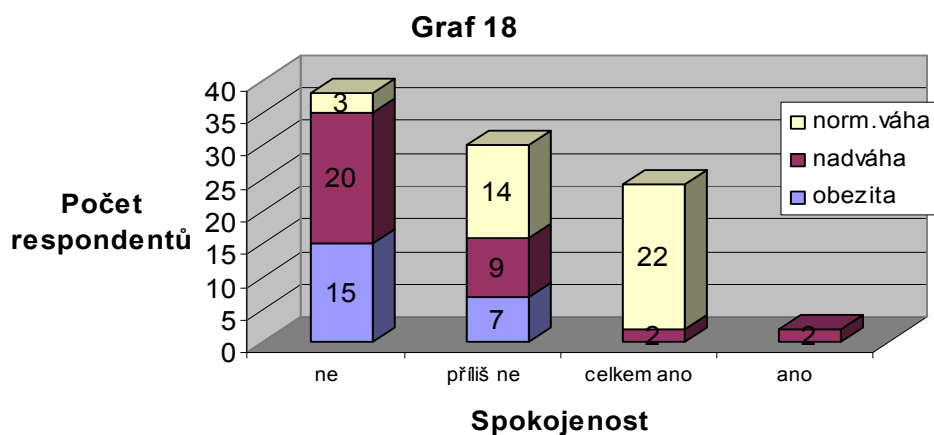
- a) diabetes mellitus (cukrovka)
- b) problémy, které se týkají žláz s vnitřní sekrecí (např. štítná žláza)
- c) neplodnost či jiné gynekologické komplikace
- d) onemocnění srdce
- e) hypertenze (vysoký krevní tlak)
- f) dýchavičnost
- g) kloubní onemocnění
- h) nádorové onemocnění
- i) kožní problémy (ekzémy, mykózy, strie, celulitida...)
- j) deprese
- k) jiné



Zdroj: vlastní výzkum

Cukrovkou trpí 1 z respondentů, problémy týkající se žláz s vnitřní sekrecí má 13, neplodnost či jiné gynekologické komplikace 14, onemocnění srdce 5, hypertenzi 16, dýchavičnost 15, kloubní onemocnění 27, nádorové onemocnění 3, kožní problémy 24 a deprese 2 respondenti a jiné zdravotní problémy neoznačil žádný z respondentů.

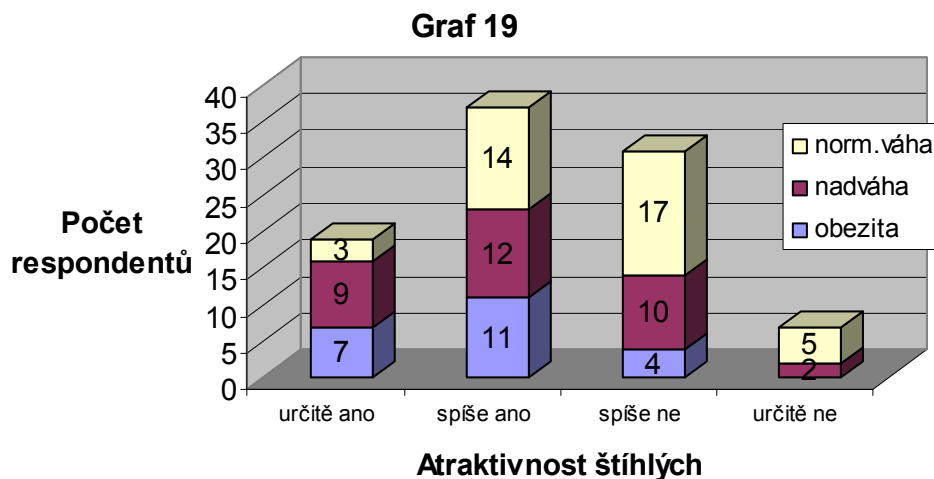
Otázka č. 20 : Jste spokojen/a se svou váhou a tělesnou postavou?



Zdroj: vlastní výzkum

Ze všech dotázaných se svou váhou v žádném případě není spokojených 40,5 % (38), příliš nespokojených je 31,9 % (30), celkem spokojených 25,5 % (24) a zcela spokojených 2,1 % (2).

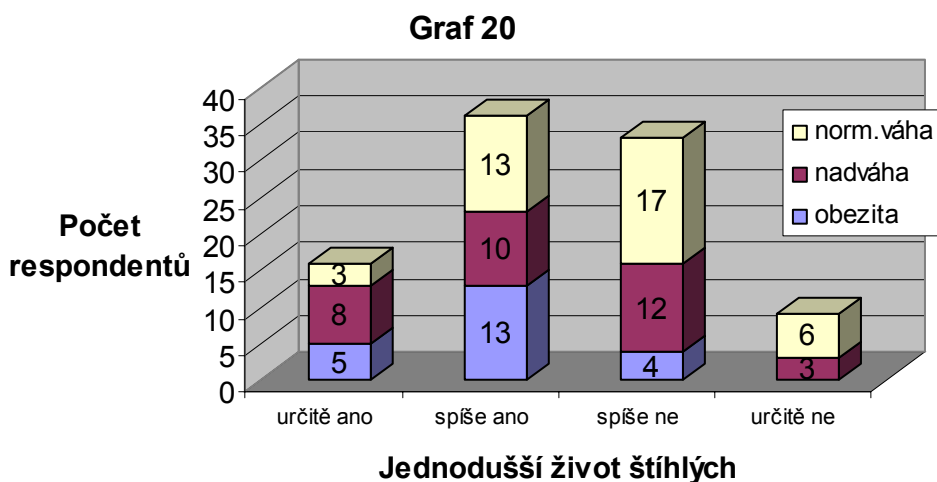
Otázka č. 21 : Myslíte si, že jsou štíhlí lidé pro okolí atraktivnější?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů 20,2 % (19) na otázku odpovědělo pozitivně, 39,4 % (37) je toho názoru, že štíhlí lidé jsou pro okolí spíše atraktivní, 33 % (31) spíše ne a 7,45 % (7) s tímto zcela nesouhlasí.

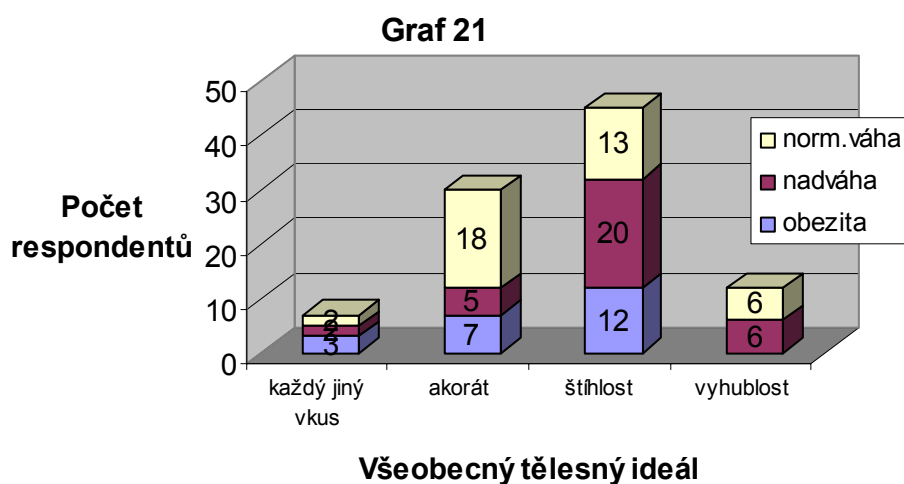
Otázka č. 22 : Myslíte si, že štíhlí lidé mají celkově jednodušší život?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů si 17 % (16) myslí, že štíhlí lidé mají celkově jednodušší život, 38,3 % (36) dotázaných je názoru, že spíše ano, 35,1% (33) si myslí, že spíše ne a 9,6 % (9) na otázku odpovědělo zcela negativně.

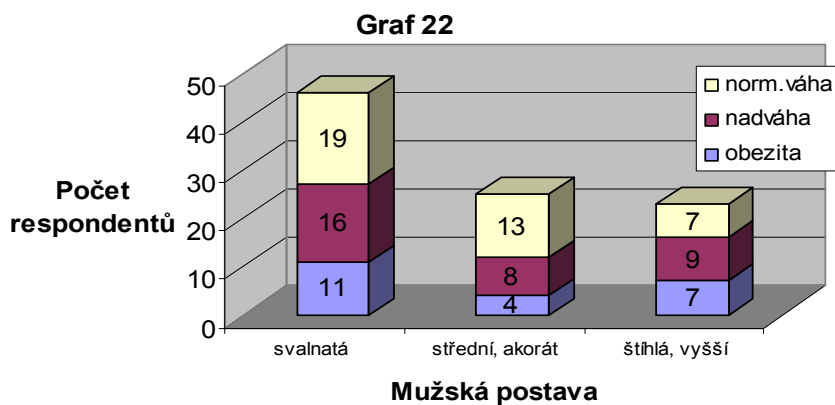
Otázka č. 23 : Jaký ideál tělesné krásy lidé podle Vašeho názoru upřednostňují?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů má 7,4 % (7) názor, že každý člověk má jiný vkus, 32 % (30) si myslí, že lidé mají jako ideál postavu „tak akorát“, 47,9 % (45) jako ideál společnosti vnímá štíhlou postavu, 12,7 % (12) dokonce vyhublost.

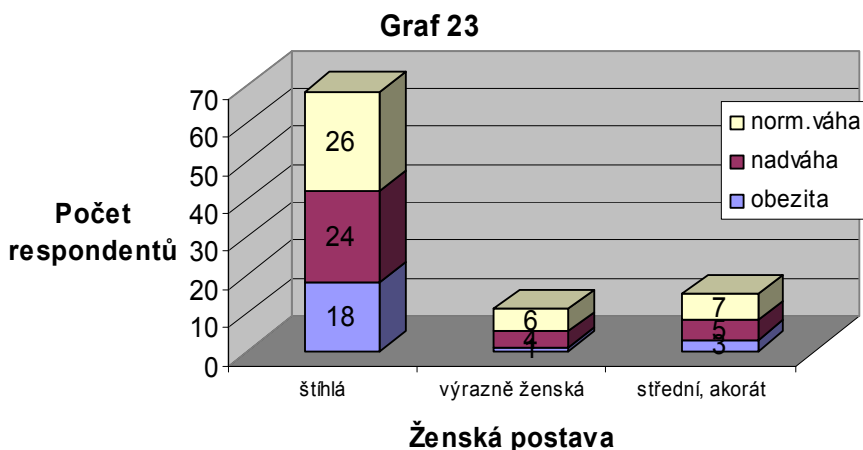
Otázka č. 24 : Jak podle Vás vypadá ideální muž z hlediska tělesné postavy a váhy?



Zdroj: vlastní výzkum

Z dotazovaných lidí 48,9 % (46) upřednostňuje u mužů svalnatou mužskou postavu, 26,6 % (25) střední postavu a 24,5 % (23) postavu štíhlou, spíše vyšší.

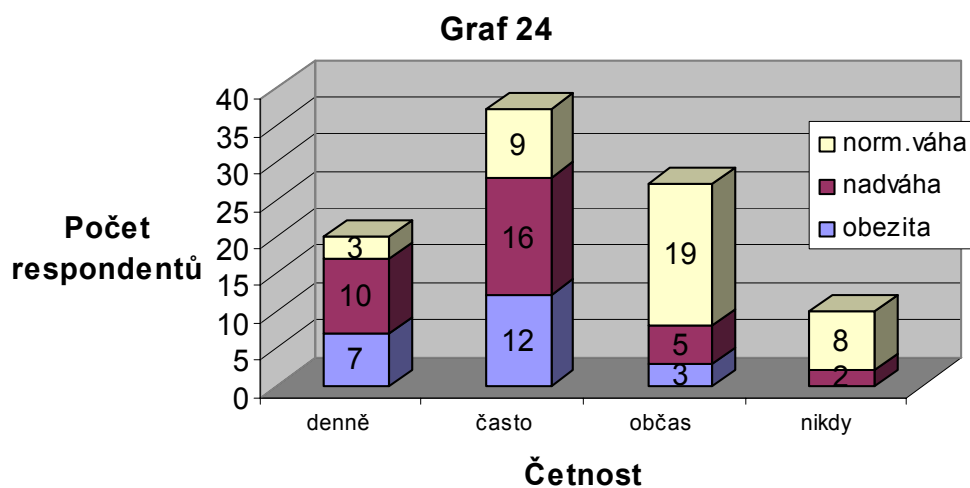
Otázka č. 25 : Jak podle Vašeho názoru vypadá ideální žena z hlediska tělesné postavy a váhy?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů 72,4 % (68) upřednostňuje středně velkou štíhlou postavu, 11,7 % (11) postavu s výraznými ženskými rysy a 15,9 % (15) postavu středně velkou, ani štíhlou, ani silnou, „tak akorát“.

Otázka č. 26 : Napadá Vás někdy, že byste měl/a změnit svou váhu?



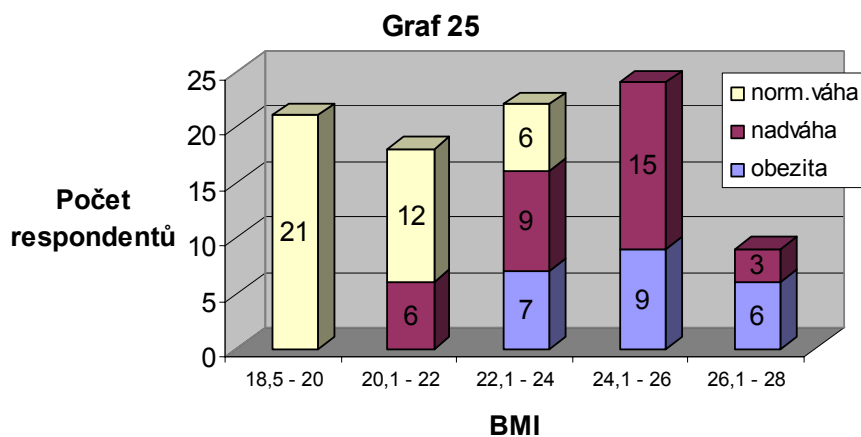
Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu dotazovaných myslí na změnu své váhy denně 21,3 % (20), často 39,4 % (37), občas 28,7 % (27) a nikdy 10,6 % (10).

Otázka č. 27 : Jaká si myslíte, že by byla Vaše ideální váha?

Tato otázka mi posloužila k tomu, abych si z výšky respondentů a váhy, kterou vidí jako ideální ke své výšce, vypočítala BMI, kterého by rádi dosáhli.

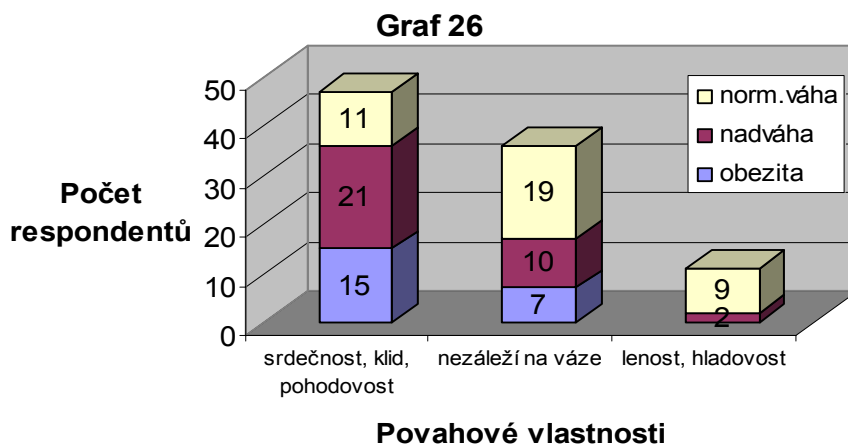
Požadované BMI



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů by 22,3 % (21) rádo dosáhlo BMI 18,5 až 20, 19,1 % (18) BMI 20,1 až 22, 23,4 % (22) BMI 22,1 až 24, 25,6 % (24) BMI 24,1 až 26 a 9,6 % (9) BMI 26,1 až 28.

Otázka č. 28 : Jaké jsou podle Vás typické povahové vlastnosti obézních lidí?

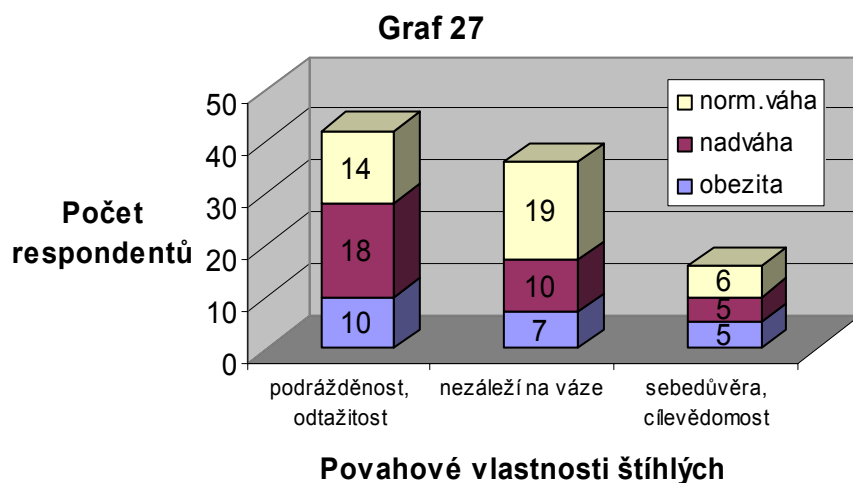


Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu dotazovaných vidí 50 % (47) jako typické povahové vlastnosti obézních lidí srdečnost, klid, vyrovnanost, kamarádkost, družnost či

pohodovost. Dále 38,3 % (36) je názoru, že povahové vlastnosti na váze nezávisí a 11,7 % (11) považuje jako typické povahové vlastnosti obézních vlastnosti negativní jako je lenost či hladovost.

Otázka č. 29 : *Jaké jsou podle Vás typické povahové vlastnosti štíhlých lidí?*



Zdroj: vlastní výzkum

Ze všech dotazovaných vnímá jako typické povahové vlastnosti štíhlých lidí 44,7 % (42) podrážděnost, nervozitu či odtažitost, 38,3 % (36) respondentů nevidí souvislost mezi váhou a povahovými vlastnostmi a 17 % (16) vnímá jako vlastnosti typické pro štíhlé sebedůvěru a cílevědomost.

5. Diskuse

První tři otázky v dotazníku jsou identifikační (pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání) a nejsou potřebnou součástí k potvrzení či vyvrácení hlavních tří hypotéz. Více obézních bylo ze skupiny žen a z nejvyšší věkové kategorie (50-60 let). Podle internetového portálu iDnes (21) mají nejvíce potíží s nadváhou a obezitou lidé s nižším vzděláním. Ve výzkumu vztahujícímu se k této bakalářské práci nejvíce respondentů trpících obezitou dosáhlo nejvyšší dosažené vzdělání střední ukončené maturitou (54,5 %). Nedomníváme se však, že by v tomto případě vzdělání mělo vliv na nesprávný životní styl a následně na vznik a rozvoj obezity a to z důvodu, že tento typ vzdělání označila více než polovina všech respondentů (53,2 %).

Čtvrtá a pátá otázka (výška a váha) souhrnně posloužily k výpočtu indexu tělesné hmotnosti neboli body mass indexu respondentů. Podle Hainera (11) i ostatních autorů orientujících se na téma obezity a nadváhy tento index, který se vypočítá podle vzorce $BMI = \text{tělesná hmotnost (kg)} : \text{výška}^2 \text{ (m)}$, v současné době převažuje v hodnocení stupně otylosti. Výpočet však nemusí být považován za zcela přesný, neboť ve výpočtu ideální váhy na pacientovu výšku by měl být brán ohled také na jeho pohlaví a věk. V kapitole Výsledky není zpracován graf výsledků BMI dotazovaných. Důvodem je fakt, že poměr obézních ku lidem trpícím nadváhou či lidem s normální váhou do BMI 25,0 nelze chápat tím způsobem, že z 94 jedinců trpí 22 obezitou. Obézní jedinci byli cíleně vybíráni, a to převážně prostřednictvím českobudějovické polikliniky. Ve všech dalších výsledných grafech jsou odpovědi obézních, jedinců s nadváhou a jedinců s normální váhou označeny pro srovnání jinou barvou.

Otázky 21, 22, 23, 24, 25, 28 a 29 byly použity k potvrzení či vyvrácení 1. hypotézy. (H1. **Obézní lidé se neliší z hlediska mentální reprezentace ideální tělesné postavy od běžné populace**).

21. a 22. otázka se týkala toho, jak respondenti vnímají vliv štíhlosti na atraktivnost lidí a celkově jejich kvalitu života. Dle knihy Tajemství ideální váhy (11) mají lidé často tendenci věci vnímat komplexně, což se v tomto případě může projevit spojením „štíhlý člověk = šťastný člověk“. Více než polovina (59,6 %) respondentů se

domnívá, že štíhlí lidé jsou pro okolí atraktivnější (odpovědi „určitě ano“ či „spíše ano“). Ze skupiny obézních tyto dvě odpovědi označilo 81,8 %, což znamená, že obézní konkrétně vnímají atraktivnost štíhlých ještě více než celková populace. To může být způsobeno tím, že štíhlá postava, která je ideálem současné krásy, je jim vzdálená. Nikdo z obézních není toho názoru, že štíhlí lidé určitě nejsou pro okolí atraktivnější, zatímco u skupiny lidí s normální váhou tuto odpověď označilo 12,8 % respondentů a ze skupiny lidí s nadváhou 6 % respondentů. Zastoupení jednotlivých odpovědí na tuto otázku se dalo předpokládat a to z důvodu, že jak již bylo zmíněno, dnešní ideál tělesné krásy je vskutku nastaven na štíhlost, někdo by řekl až vyhublost. Překvapující jsou odpovědi na 22. otázku. Více než polovina (55,3 %) všech respondentů se domnívá, že štíhlí lidé mají určitě, nebo spíše ano život celkově jednodušší, zatímco pouhých 9,6 % určitě nevidí život štíhlých jako jednodušší. Zatímco u obézních převládal názor, že štíhlí lidé mají život spíše jednodušší, než ostatní (59,1 %), u skupiny dotazovaných s normální váhou byli v převaze ti, kteří odpověděli „spíše ne“ (43,6 %). Odpovědi na tuto otázku se téměř zcela shodují s odpověďmi na otázku předešlou, což je zarážející. Představa „štíhlý člověk = šťastný člověk“ lidí, kteří mají problémy s váhou, se zde tedy opravdu ve většině případů objevuje, neboť ve srovnání s respondenty s normální váhou upřednostňuje mnohem větší procento obézních respondentů štíhlost. Výsledky se shodují s autory Málkovou a Krchem (17), kteří taktéž uvádějí, že štíhlost je často spojována s úspěchem.

Podle knihy Tajemství ideální váhy (11) je současný ideál tělesné krásy nastaven na celém světě komplexně na štíhlost. Cílem 23. otázky bylo zjistit, zda toto lidé vnímají a jaký si myslí, že lidé upřednostňují tělesný ideál krásy. Štíhlost uvedlo ve svých odpovědích téměř polovina všech respondentů (47,9 %). Zatímco postava „tak akorát“ převládá v odpovědích jedinců s normální váhou (46,1 %), u obézních je nejvíce zastoupena již zmiňovaná štíhlost (54,5 %). Pro srovnání, odpovědi lidí s nadváhou se výrazně shodují se skupinou obézních. Projevila se zde tedy opět ve srovnání s lidmi s normální váhou výrazná idealizace štíhlosti respondentů, kteří mají s váhou problémy.

Zatímco předešlá otázka se zaměřila na celospolečenský ideál tělesné krásy, prostřednictvím otázek č. 24 a 25 jsem chtěla zjistit, jaký je ideál mužské a ženské

postavy konkrétního respondenta. U postavy mužské se v odpovědích nejčastěji objevovala svalnatá, vypracovaná, popř. vyrýsovaná postava. Ze skupiny respondentů s normální váhou byl tento ideál zastoupen u 48,7 %, ze skupiny obézních u 50 %, což se téměř shoduje. Štíhlost mužů však preferuje téměř třetina obézních respondentů (31,8 %), zatímco u jedinců s normální váhou štíhlost u mužů uvedlo pouze 17,8 %. U postavy ženské zcela převládala postava štíhlá, a to u 72,4 % respondentů. Štíhlost jako nezbytnost ideální ženské postavy označilo 81,8 % respondentů ze skupiny obézních, na rozdíl od dotazovaných s normální váhou, kde tuto možnost označilo 66,6 %. Odpovědi respondentů s normální váhou a s obezitou se opět liší.

Často lze zaslechnout laický názor, že zatímco obézní lidé mají „nervy obalené tukem“, a tedy jsou klidní a vyrovnaní, lidé štíhlí jsou jejich pravým opakem. Zjistit, jak respondenti vnímají vliv tělesné konstrukce na povahové vlastnosti, bylo cílem otázek č. 28 a 29. Jako typické povahové vlastnosti obézních lidí vnímá přesně polovina (50 %) respondentů klid, dobrosrdečnost, vyrovnanost a pohodu. Ze skupiny obézních tyto pozitivní vlastnosti uvedlo 68,2 %, ve srovnání s jedinci s normální váhou, kde převládá názor žádné souvislosti mezi váhou a povahou lidí (48,7 %). 23 % jedinců s normální váhou uvádí vlastnosti negativní, převážně lenost či neustálý hlad. Otázka č. 29 ukázala, že za typické povahové vlastnosti štíhlých považuje téměř polovina respondentů (44,7 %) podrážděnost, nervozitu, odtažitost či uzavřenost, 16 % respondentů připisuje štíhlým sebedůvěru a cílevědomost. Zastoupení těch, kteří nevidí souvislost mezi povahou a váhou zůstává stejné jako u otázky předchozí. Zatímco u lidí s normální váhou převládá opět názor žádné korelace váhy a povahových vlastností (48,7 %), u obézních většina označila právě podrážděnost, nervozitu apod. (45,4 %). I přes fakt, že kladné povahové vlastnosti u obézních a negativní povahové vlastnosti u štíhlých v těchto otázkách označila většina obézních respondentů, v předchozích otázkách bylo zjištěno, že většina obézních lidí vnímá život štíhlých jako celkově jednodušší. Tento rozpor je velmi obtížné vysvětlit.

Po srovnání výsledků skupiny lidí obézních a lidí s normální váhou, kdy obézní lidé v rozporu se svou váhou preferují štíhlost v mnohem větším zastoupení, než je tomu u skupiny druhé, lze konstatovat, že hypotéza (H1) *nebyla potvrzena*.

Otázky 6 až 19 se týkaly životního stylu respondentů (stravovacích návyků a fyzické aktivity) a vztahovaly se k potvrzení či vyvrácení druhé hypotézy (H2. **Životní styl obézních nesouvisí s jejich pojetím ideální tělesné postavy.**)

V Marberově knize Cesta ke štíhlé linii (20) je uváděna jako jedna z nejčastějších chyb ta, že lidé obézní a lidé s nadváhou často nedodržují zásadu spočívající v tom, že optimální je konzumace menších porcí pětkrát denně. S tímto tvrzením se podle výsledků odpovědí na 6. a 7. otázku lze ztotožnit. 53,2 % odpovídajících denně konzumuje potravu třikrát. Z celkového počtu obézních takto odpovědělo 60 %, z lidí trpících nadváhou 66,6 %. Odpověď obézních na otázku 7 je alarmující. Ve srovnání s respondenty s normální váhou, kde 74 % jedinců konzumuje největší množství potravy v poledne, více než polovina lidí s nadváhou (54,5 %) konzumuje největší množství potravy večer (popřípadě v noci), z obézních jedinců takto odpovědělo dokonce 72,7 %. Správným způsob konzumace, tedy průběžně po celý den (odpověď pětkrát či šestkrát a více), uvádí pouze 10,2 % respondentů s normální váhou a 6 % lidí s nadváhou. Z obézních nikdo. Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že obézní jedinci, oproti jedincům s normální váhou, konzumují častěji větší porce méněkrát za den.

Prostřednictvím otázky č. 8, týkající se způsobu úpravy konzumovaných jídel, se potvrdily předpokládané výsledky. Z celkového počtu obézních respondentů pouhých 13,6 % konzumuje nejčastěji jídla upravená vařením či dušením, tedy nejzdravějším z možných způsobů úprav podle knihy Obezita (10). Polovina obézních respondentů preferuje stravu pečenou či grilovanou a nejméně zdraví prospěšnou variantu, jídlo smažené, označila více jak třetina (36,4 %) obézních. Ve srovnání s jedinci s normální váhou, kde vařené či dušené a pečené či grilované jídlo je zhruba na stejné úrovni a třetí možnou variantu, jídlo smažené, označilo pouhých 5 %, u lidí s nadváhou jsou výsledky této otázky zhruba stejné jako u obézních.

Marber (20) ve své knize uvádí, že návštěvy restaurací či fast foodů by měli být vnímány pouze jako výjimečnou událost. Důvodem je fakt, že kuchyně restaurací používají při přípravě jídel výrazně více tuku než my ve své domácnosti. Na rozdíl od výzkumné skupiny jedinců s normální váhou, u kterých se tímto pravidlem řídí téměř

62 %, u jedinců s nadváhou je to 27,3 % a u obézních dokonce pouhých 18,2 % těch, kteří se nejčastěji stravují doma, popřípadě konzumují doma připravenou stravu. Zhruba stejný počet obézních se stravuje nejčastěji v zaměstnaneckých či školních jídelnách a v restauracích. Již zmiňovaný „strašák“, kterým jsou rychlá občerstvení amerického typu Mc Donald's či KFC, označilo celkem 5,3 % ze všech dotazovaných, konkrétně 2 lidé s nadváhou a 3 obézní. Stravovací návyky obézních v porovnání s normální populací byly opět prokázány jako nesprávné.

Za jídla, v anglickém jazyce označovaná jako „junk food“, lze považovat jídla smažená, přílišně kořeněná, slaná či sladkosti, jedním slovem jídla, která si každý vybaví pod pojmem „nezdravá“. Mezi hlavní zásady při sestavování denního jídelníčku obézních v knize Obezita – Rady od pramene (14) patří naprosté vyloučení volných tuků a volných sacharidů ze stravy. Tímto se však dle odpovědí obézní neřídí, neboť tato jídla si všichni obézní respondenti, tedy celých 100 %, dopřává denně, vícekrát či jedenkrát za týden. Tento fakt lze vnímat jako alarmující ve srovnání s lidmi s normální váhou, kde největší zastoupení mají ti, kteří tyto potraviny konzumují občas (38,5 %). U lidí s nadváhou převládala konzumace zhruba jedenkrát za týden (36,4 %).

Názory na minimální denní příjem tekutin se v knihách zabývající se správným stravováním shodují. Stejně tak Hainer (10) ve své knize uvádí jako úplné minimum tekutin za den 1,5 litru, v lepším případě však optimum 2-3 litry za den. Většina všech respondentů (35,1 %) vypije denně průměrně 1-1,5 litru. Ze skupiny obézních největší procento respondentů vypije dokonce méně než 1 litr tekutin denně (41 %) ve srovnání s respondenty s normální váhou, kde převažuje konzumace 1,5 až 2 litrů tekutin za den (35,9 %) a respondenty s nadváhou, kde převažuje odpověď 1 až 1,5 litru (45,4 %). Prostřednictvím vyhodnocení otázky 11 bylo zjištěno, že obézní jedinci se touto radou ve většině případů neřídí. Otázka 12 navazovala na předchozí a cílem zde bylo zjistit, jaké tekutiny respondenti preferují. Podle Marbera (20) je ideální volbou čistá, pokud možno nesycená voda. Čaj a káva vzhledem k obsahu kofeinu odvodňují, limonády také nejsou vhodné, a to ať slazené cukrem či umělým sladidlem. Stejně tak je tomu u většiny džusů. Konkrétně u obézních převládaly ovocné džusy a to z 27,3 %, zatímco vodu, jak již bylo zmíněno nejlepší variantu, označilo pouze 13,6 % obézních jedinců.

Překvapující jsou výsledky respondentů trpících nadváhou, u kterých právě voda převažovala (36,4 %). O první místo v nejčastěji konzumované tekutině u celkového vzorku respondentů se téměř stejnou měrou dělily hned 3 možnosti – voda, ochucená minerální voda a čaje. Skutečnost lze porovnat s výsledky Jílkové z r. 2006 (13), kdy u žen převládala konzumace čaje a u mužů piva. Po výsledcích na tyto 2 otázky týkající se konzumace tekutin byl prokázán rozdíl mezi množstvím a druhem denního příjmu tekutin.

Otázka č. 13 se týkala vztahu k alkoholickým nápojům. Jak již bylo v teoretické části zmiňováno, alkohol má velmi vysoký energetický obsah, a proto není jeho častá konzumace žádaná. Hainer (11) uvádí, že obézní by měli v redukční dietě požívání alkoholu v jakékoli formě zcela vypustit! Odpovědi obézní populace na tuto otázku jsou zarážející. 86,4 % respondentů patřící do této výzkumné skupiny totiž alkohol konzumuje asi jedenkrát týdně nebo vícekrát týdně. Toto číslo je vnímáno jako opravdu vysoké. Výsledky lze srovnat s normální populací, kde tyto 2 varianty označila přesně třetina (33,3 %) respondentů. Pouze 4,5 % obézních alkohol konzumuje příležitostně a 9 % téměř vůbec. Alkohol je tedy obézní výzkumnou skupinou preferován v mnohem větší míře ve srovnání s jedinci s normální váhou.

Otázka č. 14 a otázka č. 15 se týkaly konzumace syrové zeleniny a ovoce, které by měl být ve vyvážené stravě dostatek, a to zejména vzhledem k vysokému množství vlákniny, kterou obsahují. Největší počet z celkového počtu respondentů udal u obou otázek možnost, že syrové ovoce či zeleninu konzumují několikrát týdně. Denně nekonzumuje syrovou zeleninu z obézních nikdo, u ovoce je to 18,2 %. U normální populace denní konzumaci (jedenkrát či vícekrát denně) zeleniny označilo 15,4 % a u ovoce dokonce téměř polovina (43,6 %). Odpovědi obézních se zcela odlišují od normální populace.

Zjistit, nakolik se lidé zajímají o množství kalorií v potravě, kterou konzumují, bylo cílem 16. otázky. Předpokladem bylo, že pro většinu respondentů (obézních, ale i lidí s nadváhou a normální váhou) je při výběru jídla stěžejní spíše chuť, popřípadě cena potravin. Toto se potvrdilo, neboť pravidelně nesleduje denní příjem kalorií z respondentů nikdo. Občas zajímá množství kalorií pouhých 13,6 % ze skupiny

obézních ve srovnání s lidmi s nadváhou, kde je to téměř třetina (30,3 %) a lidmi s normální váhou, kde občas kalorie sleduje překvapivě méně jedinců než s normální váhou (23 %). Zbytek respondentů množství kalorií v potravě vůbec nesleduje. Výsledky lze přirovnat k výsledkům výzkumu Jílkové (13) z r. 2006, kdy autorka došla k závěru, že o údaje na potravinách se většina respondentů nezajímá, ačkoliv složení potravin by pro nás mělo být rozhodující.

V knize Obezita je realita (18) je uvedeno, že alespoň jednou za život drží dietu 70,9 % žen. Z výsledků dotazníku vyplynulo, že z celkového počtu respondentek drží či někdy v minulosti drželo dietu „pouhých“ 60 %. Poměrně malá odchylka může být podle mého názoru způsobena tím, že větší počet dotazovaných patří do nižších věkových kategorií. Prostřednictvím otázky č. 17 byla zjištěna skutečnost, že z celkového počtu respondentů nikdy nedrželo dietu 42,6 %. Z těch, kteří ji někdy drželi, byl nejčastěji uváděn důvod vlastní nespokojenost s tělem. Obézní jako skupina nejčastěji zmiňovali taktéž důvod vlastní nespokojenosti. Zarážejícím faktem je druhá nejčastěji uváděná odpověď obézních na tuto otázku a to ta, že 40,1 % z nich nikdy dietu nedrželo, ačkoli k tomu byl zdravotní důvod, ve srovnání s jedinci s normální váhou, kde tuto možnost označil pouze 1 respondent (2,6 %). Postoj k existenci zdravotních komplikací a dietě jako možnému prostředku k jejich odstranění se u těchto dvou výzkumných skupin liší.

Podle Kohouta (14) pravidelná fyzická aktivita omezuje vytváření tukové tkáně a pomáhá redukovat tukovou tkáň již vzniklou. Denní fyzická aktivita by měla dosáhnout délky alespoň 30 minut. V dotazníku v 18. otázce 10,6 % dotázaných uvedlo, že téměř vůbec nevykonávají fyzickou aktivitu. Toto procento bylo zhruba stejnou mírou zastoupenou lidmi obézními, lidmi s nadváhou i obézními. Více než polovina (54,5 %) obézních vykonává sport či jinou intenzivní fyzickou aktivitu jedenkrát za měsíc. Možnost jednou týdně, několikrát týdně nebo denně nezvolil nikdo z obézních na rozdíl od lidí s nadváhou, kde 9 % respondentů sportuje denně a více než polovina (57,6 %) sportuje jednou či několikrát za týden. Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že fyzická aktivita obézních je ve srovnání s lidmi s normální váhou zcela nedostačující.

Otázka č.19 byla zaměřena na zdravotní problémy respondentů. 100 % obézních má alespoň jeden zdravotní problém, ve srovnání s nadváhou, kde 9,1 % respondentů nemá žádné zdravotní problémy a především s lidmi s normální váhou, kde skupinu bez zdravotních problémů tvoří 15,4 %. Nejčastějším zdravotním problémem obézních je dýchavičnost, kterou označily téměř tři čtvrtiny z nich. Další nejčastější zdravotní problémy obézních je kloubní onemocnění (50 %), hypertenze (45,5 %), problémy týkající se žláz s vnitřní sekrecí (27,3 %) a onemocnění srdce (22,7 %). Předpoklad toho, že obézní, i přes četné zdravotní komplikace, nejsou příliš motivováni ke změně životního stylu, se potvrdil.

Po celkovém zhodnocení odpovědí na otázky vztahující se k hypotéze H2 lze konstatovat, že tato hypotéza byla na souboru respondentů *potvrzena*.

Otázky č. 20, 26 a 27 se vztahovaly k poslední stanovené hypotéze. : (H3. **Lidé s obezitou se z hlediska spokojenosti se svým tělem neliší od skupiny lidí s nadváhou**).

20. otázka se týkala spokojenosti se svou váhou a tělesnou postavou. Podle knihy SOS nadváha (17) přibývá vlivem dnešního ideálu štíhlé postavy vedle obézních také těch, kteří se obézními pouze cítí být, zatímco jejich váha je zcela v normě. S tímto se lze ztotožnit, neboť ačkoliv z celkového počtu 94 respondentů jich je nejméně obézních (23,4 %) , 35,1 % trpí nadváhou a 41,5 % má normální váhu (BMI do 25,0), téměř třičtvrtě respondentů (71,2 %) je zcela nespokojeno či příliš nespokojeno se svou váhou a tělesnou postavou. Celkem ano či zcela ano je spokojeno 28,8 % respondentů, kde převažují respondenti s normální váhou a nepatrně jsou zde zastoupeni i jedinci s nadváhou. Nejvíce obézních respondentů (68,2 %) je se svou váhou a postavou zcela nespokojeno, stejně jako je tomu u skupiny dotazovaných trpících nadváhou, kde tuto odpověď označilo 60,6 %. Druhá nejčastější odpověď, přílišná nespokojenost, je v zastoupení 31,8 % obézních a 27,3 % jedinců s nadváhou. Až na určité výjimky (12 % z celkového počtu jedinců s nadváhou je zcela nebo celkem spokojeno se svou váhou a tělem), jsou odpovědi respondentů s nadváhou a obezitou na tuto otázku zhruba totožné.

Kolektiv autorů (18) dále uvádí, že časté myšlenky na nespokojenost s vlastním tělem se přenáší i do jiných oblastí osobního života, dochází ke snižování sebevědomí,

úzkostem a pocitu společenské nedostačivosti. 26. otázka zjišťovala, zda respondenti někdy přemýšlejí nad tím, že by chtěli změnit svou váhu. Z celkového počtu dotazovaných někdy myslí na změnu své váhy 89,4 %. Ze skupiny obézních převažovala odpověď „často“ (54,5 %). Téměř třetina obézních (31,8 %) myslí na změnu své váhy denně, což lze považovat za závažnější. Obézní respondenti byli srovnáni s těmi, kteří trpí nadváhou, kde taktéž největší zastoupení jedinců myslí na změnu své váhy často (48,5 %) a denně (30,3 %). Odpovědi těchto dvou výzkumných skupin na otázku se tedy téměř shodují. U jedinců s normální váhou převládaly občasné myšlenky na změnu váhy (48,7 %), což je dle názoru autorů v pořádku. Překvapivý byl fakt, že 7,7 % jedinců s BMI do hodnoty 25 denně myslí na změnu své váhy. Možným vysvětlením však může být to, že tito jedinci by rádi naopak nějaké to kilo přibrali.

Otázka č. 27 byla zaměřena na názory respondentů na jejich požadovanou váhu. Tato otázka posloužila k tomu, aby bylo možno z výšky respondentů a váhy, kterou ke své výšce vnímají jako ideální, vypočítat BMI, kterého by rádi dosáhli. Nejvíce závažným výsledkem u této otázky byl fakt, že 53,8 % jedinců s normální váhou by rádo mělo BMI do 20, což hraničí téměř s podváhou (podváha – BMI menší než 18,5) a dalších 30,8 % BMI do 22. I zde je možno vidět vliv medializace přílišné štíhlosti. Pokud se zaměříme na jedince s nadváhou a obezitou, je zde u obou skupin patrná touha výrazně redukovat svou váhu. Do hranice BMI 24 by rádo patřilo 31,8 % obézních a 27,3 % lidí s nadváhou. BMI 24,1 až 26, kterého by u těchto dvou skupin stále bylo možno dosáhnout výraznou redukcí váhy, touží dosáhnout 40,9 % obézních a 45,4 % těch, kteří momentálně trpí nadváhou. Soubor obézních se v názoru na své ideální BMI výrazně shoduje se souborem jedinců s nadváhou.

Třetí hypotéza (H3) byla na souboru respondentů taktéž *potvrzena*.

6. Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit vnímání ideální tělesné postavy očima lidí s obezitou, ve srovnání s ostatními lidmi. V souvislosti s tím také zmapovat možné příčiny jejich problémů s váhou, které jsou v rozporu s názorem na současný ideál tělesné krásy, kterým je štíhlost. Dalším cílem bylo zjistit rozdílnost vnímání svého těla u lidí, kteří jsou obézní a těch, kteří trpí nadváhou.

V souvislosti s cíli bakalářské práce byly stanoveny 3 hypotézy.

K první hypotéze (*Obézní lidé se neliší z hlediska mentální reprezentace ideální tělesné postavy od běžné populace*) se vztahovaly otázky, které se týkaly především vnímání současného ideálu tělesné krásy, atraktivnosti a kvality života štíhlých a typických povahových vlastností štíhlých a obézních jedinců. Po porovnání odpovědí obézních jedinců s jedinci s normální váhou tato hypotéza nebyla potvrzena.

Druhá hypotéza (*Životní styl obézních nesouvisí s jejich pojetím ideální tělesné postavy*) zjišťovala kvalitu životního stylu obézních respondentů, především stravovací návyky a fyzickou aktivitu. Po srovnání s odpověďmi jedinců s normální váhou lze konstatovat, že hypotéza byla potvrzena.

Třetí hypotéza (*Lidé s obezitou se z hlediska spokojenosti se svým tělem neliší od skupiny lidí s nadváhou*) byla zaměřena na vnímání vlastního těla a spokojenost s ním. Zde byla skupina obézních srovnávána se skupinou jedinců s nadváhou. Poslední hypotéza opět byla potvrzena.

Dle mého názoru byly cíle práce splněny.

Prostřednictvím dnešního ideálu tělesné krásy, kterým je velmi štíhlá postava, je snahou mnoha žen na světě se tomuto, často vzdálenému, ideálu přiblížit. Jak již bylo v práci zmíněno, vedle obézních přibývá také těch, kteří se obézními pouze cítí být. Nespokojenost se svou tělesnou postavou a váhou se často přenáší do kvality psychického zdraví jedince. Dokonce velké procento dospívajících dívek trpí pocitem nadměrné váhy, popřípadě jsou jinak nespokojeny s vlastním tělem.

V práci bylo možno se přesvědčit, že lidé obézní či trpící nadváhou upřednostňují štíhlost jako nezbytnou součást ideální tělesné postavy v mnohem větším

zastoupení než je tomu u lidí s normální váhou. Možným vysvětlením může být to, že štíhlá postava, která je v dnešní době vnímána jako „správná“, je jim často velmi vzdálená. V rozporu s tím, že by obézní, či lidé s nadváhou ve většině případů rádi svou váhu redukovali, jejich životní styl s tímto nekoresponduje.

Tato práce by mohla být použita jako edukační materiál pro studenty Zdravotně sociální fakulty. Dále by mohla sloužit ke zvýšení informovanosti široké veřejnosti o problematice obezity, současně s doporučením ke zdravějšímu životnímu stylu. Lze se domnívat, že vyšší informovanost o příčinách, následcích a možných řešení obezity by měly snížit jak prevalenci obezity, tak incidenci tohoto onemocnění.

7. Seznam použité literatury

- 1) ABBOTT LABORATORIES s.r.o. *Obezita, novodobá epidemie století* [online]. [2007-2-12]. Dostupné z: <http://www.merrylinka.cz/nadvaha-a-obezita/obezita---novodoba-epidemie-stoleti.aspx>
- 2) BANDING KLUB, *Laparoskopická bandáž žaludku* [online]. [2007-3-1]. Dostupné z: <http://www.bandingklub.cz/bandaz-zaludku.phtml>
- 3) BANDING KLUB, *Obezita* [online]. [2007-3-1]. Dostupné z: <http://www.bandingklub.cz/obezita.phtml>
- 4) BLÁHOVÁ, Marie. *Obezita – problém 21. století*. České Budějovice, Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 90 stran. Bakalářská práce. Vedoucí práce Andrea Hudáčková.
- 5) CLAUDE-PIERRE, Peggy. *The Secret Language of Eating Disorders*. Překlad ZDÍK, Dušek. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001. 264 stran. ISBN 80-7205-818-5.
- 6) COOPER, Peter. *Bulimia Nervosa and Binge-Eating: A Guide to Recovery*. Překlad KRCHOVÁ, Jana. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Olomouc: Votobia, 1995. 207 stran. ISBN 80-85885-97-2.
- 7) DIGIDY, *Obezita – příčiny, prevence a léčba* [online]. [2007-2-12]. Dostupné z: <http://www.kardiokohl.cz/info-obezita.php>
- 8) FOŘT, Petr. *Stop dětské obezitě: co vědět, aby nebylo pozdě*. 1 vydání. Praha: Ikar, 2004. 206 stran. ISBN 80-249-0418-7.

- 9) HAINER, Vojtěch – KUNEŠOVÁ, Marie. *Obezita : etiopatogeneze, diagnostika a terapie*. 1. vydání. Praha: Galén 1997. 126 stran. ISBN 80-85824-67-4.
- 10) HAINER, Vojtěch et al. *Základy klinické obezitologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 356 stran. ISBN 80-247-0233-9.
- 11) HAINER, Vojtěch et al. *Tajemství ideální váhy*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1996. 225 stran. ISBN 80-7169-128-3.
- 12) HEALTH & CARE, s.r.o. *Nejčastější zdravotní komplikace obezity* [online]. [2007-2-27]. Dostupné z: http://www.obezita.com/komplikace_obezity.php
- 13) JÍLKOVÁ, Milena. *Obezita – problém 21. století*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 58 stran. Bakalářská práce. Vedoucí práce MUDr. Jitka Pokorná.
- 14) KOHOUT, Pavel – PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. *Obezita*. 1. vydání. Pardubice: Filip trend, 2001. 114 stran. ISBN 80-86282-14-7.
- 15) KRCH, František David – MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha, 2003. 32 stran.
- 16) KRCH, František David. *Bulimie – jak bojovat s přejídáním*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada, 2003. 172 stran. ISBN 80-247-0527-3.
- 17) MÁLKOVÁ, Iva - KRCH, František. *SOS nadváha (průvodce úskalím diet a životního stylu)*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál, 2001. 236 stran. ISBN 80-7178-521-0.

- 18) MÁLKOVÁ, Iva – KUNOVÁ, Václava – KUDRNA, Pavel et.al. *Obezita je realita, aneb, Hubneme s rozumem*. 1. vydání. Praha: Radioservis, 2002. 222 stran. ISBN 80-86212-25-4.
- 19) MANDŽUKOVÁ, Jarmila. *Domácí lékař jinak: výživa jako základ zdraví*. 1. vydání. Praha : Brána, 2006. 183 stran. ISBN 80-7243-298-2.
- 20) MARBER, Ian. *The food doctor diet*. Překlad BRABCOVÁ, Blanka. *Cesta ke štíhlé linii: dieta londýnské kliniky Food doctor*. 1. vydání. Praha: Ikar, 2005. 144 stran. ISBN 80-249-0575-2.
- 21) MARFA a.s. *Téměř polovina Čechů touží zhubnout* [online]. [2007-2-27]. Dostupné z: http://zdravi.idnes.cz/hubnuti.asp?r=hubnuti&c=A050412_203407_hubnuti_pol
- 22) McGRAW, Phillip. *The Ultimate Weight Solution*. Překlad VÁŇA, Milan. *Zbavte se nadváhy jednou pro vždy*. Podkovičky: Pragma, 2006. 318 stran. ISBN 80-7349-000-5.
- 23) MYSLÍKOVÁ, Pavla – STARNOVSKÁ, Tamara. *Diety při onemocnění obezitou (redukční dieta) : recepty, rady lékaře*. Praha: Sdružení MAC, 1999. 31 stran. ISBN 80-86015-47-5.
- 24) PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 stran. ISBN 85121-32-8.
- 25) PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. 109 stran. ISBN 80-85121-81-6.
- 26) ROHEL, Jiří - VODA, Karel, TACH, Rudolf. *Obezita a vy*. 1. vydání. Praha: EM-Effect, 1991. 15 stran. ISBN 80-900566-0-1.

27) ROCHE s.r.o. *Léčba obezity* [online]. [2007-3-1]. Dostupné z:
<http://www.obezita.cz/obezita/lecba/>

28) ROCHE s.r.o. *Příčiny vzniku obezity* [online]. [2007-3-1]. Dostupné z:
<http://www.obezita.cz/obezita/priciny-obezity/>

29) SVAČINA, Štěpán. *Obezita a psychofarmaka*. 1. vydání. Praha: Triton, 2002. 130 stran. ISBN 80-7254-253-2.

30) ZVĚŘINOVÁ, Alena - KLOCOVÁ, Markéta - MÁLKOVÁ, Iva. *S váhou na houpačce: kniha pro vaši duši*. 1. vydání. Praha: Smart Press, 2006. 216 stran. ISBN 80-903642-5-X.

8. Klíčová slova

- ◆ BMI
- ◆ Dieta
- ◆ Energetická bilance
- ◆ Metabolický syndrom
- ◆ Obezita
- ◆ Prevence obezity

9. Přílohy

Příloha 1: Typy otýlosti podle charakteru rozložení tuku

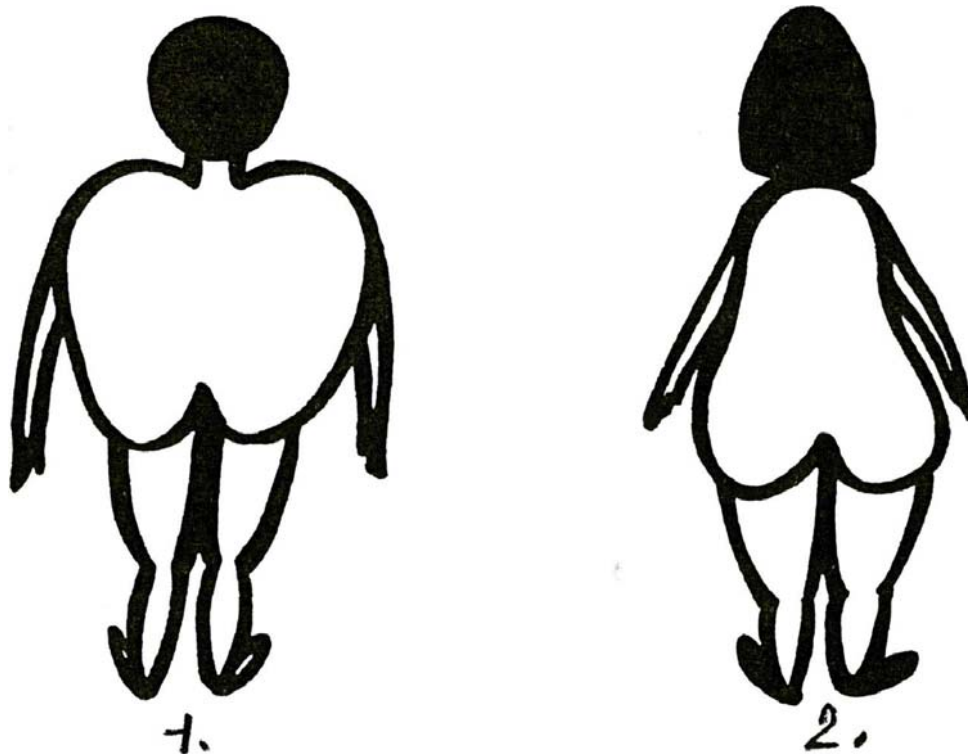
Příloha 2: Energetický obsah živin

Příloha 3: Složky energetického výdeje

Příloha 4: Schéma bandáže žaludku

Příloha 5: Dotazník

Příloha 1



TYPY OTYLOSTI PODLE CHARAKTERU ROZLOŽENÍ TUKU

1. Otylost „tvaru jablka“ neboli mužského typu (androidní)
2. Otylost „tvaru hrušky“ neboli ženského typu (gynoidní)

Zdroj: Tajemství ideální váhy (2)

Příloha 2

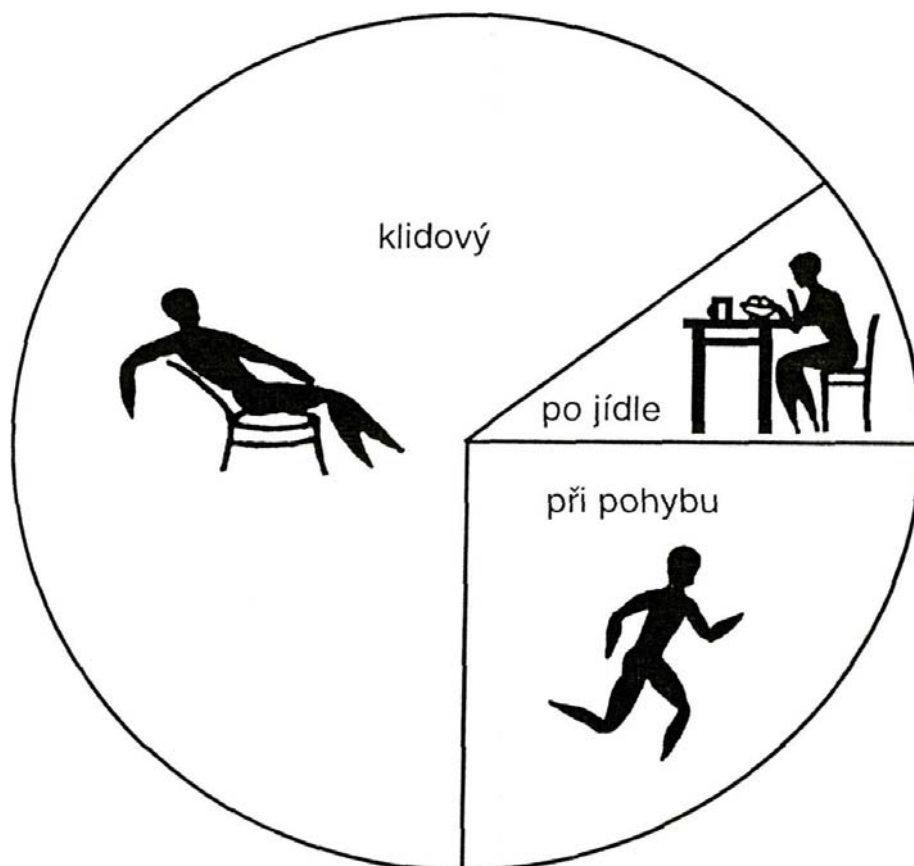
Energetický obsah živin a alkoholu.

<i>Živina</i>	<i>Energetický obsah</i>
Sacharidy	17 kJ/g (4,1 kcal/g)
Bílkoviny	17 kJ/g (4,1 kcal/g)
Tuky	38 kJ/g (9,3 kcal/g)
Alkohol	29 kJ/g (7,2 kcal/g)

ENERGETICKÝ OBSAH ŽIVIN (srovnání s energetickou výtěžností alkoholu)

Zdroj: Tajemství ideální váhy (2)

Příloha 3



SLOŽKY ENERGETICKÉHO VÝDEJE

- klidový energetický výdej (55-70 %)
- energetický výdej po jídle (8-12 %)
- energetický výdej při pohybové aktivitě (20-40 %)

Zdroj: Tajemství ideální váhy (2)

Příloha 4

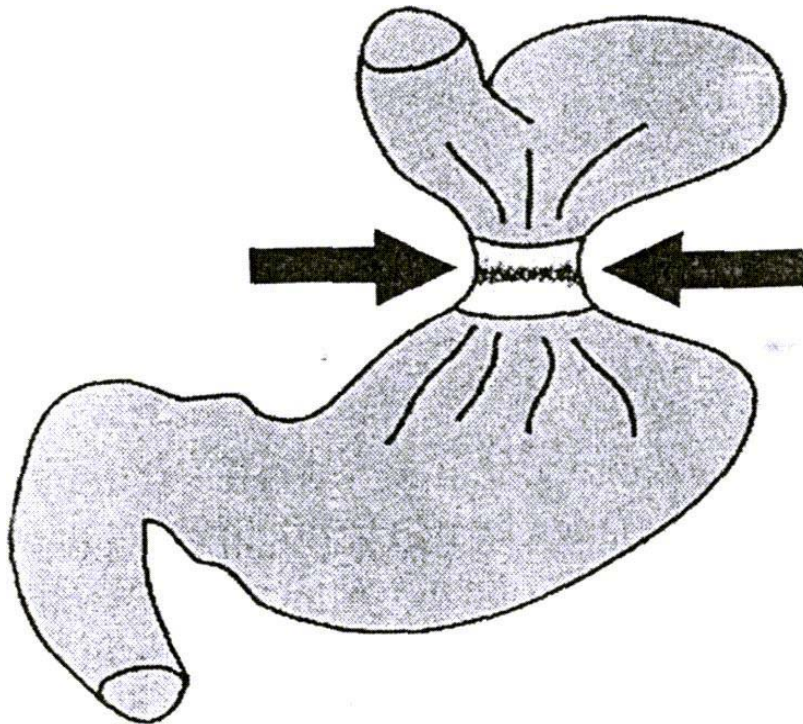


SCHÉMA BANDÁŽE ŽALUDKU

Zdroj: Základy klinické obezitologie (3)

Příloha 5

Dotazník

Dobrý den.

Jmenuji se Iveta Fryšová a jsem studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku. Jednotlivé položky se vztahují k různým aspektům jídelního chování. Dotazník je zcela anonymní. Informace, které prostřednictvím něj získám, použiji ve své bakalářské práci.

Správnou odpověď zakroužkujte. Zvolte vždy jednu možnost.

Děkuji Vám za ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Iveta Fryšová

1. Jaké je Vaše pohlaví?

a) muž

b) žena

2. Kolik je Vám let?

..... let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) základní

b) střední s výučním listem

c) střední s maturitou

d) vysoké

e) stále studuji

4. Jaká je Vaše výška?

..... cm

5. Jaká je Vaše váha?

..... kg

6. Kolikrát denně zpravidla jíte?

a) jednou až dvakrát

b) třikrát (snídaně, oběd, večeře)

c) čtyřikrát až pětkrát

d) šestkrát a více

7. Kdy obvykle konzumujete největší množství potravy?

- a) ráno
- b) v poledne
- c) večer, popřípadě i v noci
- d) průběžně celý den

8. Jakým způsobem upravené jídlo konzumujete nejčastěji?

- a) vařené či dušené
- b) pečené či grilované
- c) smažené

9. Kde se zpravidla stravujete?

- a) doma, popřípadě konzumujete doma připravenou stravu
- b) ve školní či zaměstnanecké jídelně
- c) v restauracích
- d) ve fastfoodech

10. Jak velký podíl z konzumované potravy u Vás tvoří jídla smažená, přílišně kořeněná, slaná či sladká?

- a) téměř je nekonzumuji
- b) čas od času neodolám
- c) konzumuji je asi jedenkrát týdně
- d) konzumuji je několikrát týdně
- e) konzumuji je denně

11. Kolik tekutin denně přibližně vypijete?

- a) méně než 1 litr
- b) 1-1,5 litru
- c) 1,5-2 litry
- d) 2-2,5 litru
- e) více než 2,5 litru

12. Který typ tekutin převažuje ve Vašem denním příjmu?

- a) perlivá či neperlivá voda
- b) minerální voda s příchutí
- c) čaje
- d) ovocné džusy
- e) cola, fanta, sprite a podobné nápoje
- f) jiné

13. Jaký je Váš vztah k alkoholickým nápojům?

- a) téměř nekonzumuji alkohol
- b) konzumuji jej příležitostně, asi jedenkrát za měsíc
- c) konzumuji jej asi jedenkrát týdně
- d) konzumuji jej několikrát týdně
- e) konzumuji jej denně

14. Jak často konzumujete syrovou zeleninu?

- a) téměř vůbec
- b) asi jedenkrát týdně
- c) několikrát týdně
- d) jednou denně
- e) vícekrát za den

15. Jak často konzumujete ovoce?

- a) téměř vůbec
- b) asi jedenkrát týdně
- c) několikrát týdně
- d) jednou denně
- e) vícekrát za den

16. Sledujete svůj denní příjem kalorií?

- a) pravidelně jej sleduji, popřípadě si také zaznamenávám kalorické hodnoty konzumovaných potravin
- b) někdy jej sleduji
- c) nesleduji

17. Jaký je Váš vztah k dietám?

- a) nikdy jsem ji nedržel/a, neviděl/a jsem důvod
- b) nikdy jsem ji nedržel/a, i přesto, že k tomu je/byl důvod (zdravotní problémy a jiné)
- c) držím ji, popřípadě držel/a jsem ji, a to z důvodu zdravotních komplikací
- d) držím ji, popřípadě držel/a jsem ji, a to z důvodu vlastní nespokojenosti se svou váhou
- e) držím ji, popřípadě držel/a jsem ji, dieta je/byla reakcí na poznámky okolí k mé váze

18. Jak často sportujete či vykonáváte intenzivní fyzickou aktivitu (např. procházky, chůze do práce atd.)?

- a) téměř vůbec
- b) nárazově, zhruba jedenkrát za měsíc
- c) asi jedenkrát týdně
- d) několikrát týdně
- e) denně

19. Zaškrtněte, prosím, zdravotní problémy, které se Vás týkají

- a) diabetes mellitus (cukrovka)
- b) problémy, které se týkají žláz s vnitřní sekrecí (např. štítná žláza)
- c) neplodnost či jiné gynekologické komplikace
- d) onemocnění srdce
- e) hypertenze (vysoký krevní tlak)
- f) dýchavičnost
- g) kloubní onemocnění
- h) nádorové onemocnění
- i) kožní problémy (ekzémy, mykózy, strie, celulitida...)
- j) deprese
- k) jiné

20. Jste spokojen/a se svou váhou a tělesnou postavou?

- a) v žádném případě
- b) příliš ne, ale mohlo by to být i horší
- c) celkem ano
- d) ano

21. Myslíte si, že jsou štíhlí lidé pro okolí atraktivnější?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne

22. Myslíte si, že štíhlí lidé mají celkově jednodušší život?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne

23. Jaký ideál tělesné krásy lidé podle Vašeho názoru upřednostňují?

.....
.....
.....
.....

24. Jak podle Vás vypadá ideální muž z hlediska tělesné postavy a váhy?

.....
.....
.....
.....

25. Jak podle Vašeho názoru vypadá ideální žena z hlediska tělesné postavy a váhy?

.....
.....
.....
.....

26. Napadá Vás někdy, že byste měl/a změnit svou váhu?

- a) denně
- b) často ano
- c) občas
- e) nikdy

27. Jaká si myslíte, že by byla Vaše ideální váha?

..... kg

28. Jaké jsou podle Vás typické povahové vlastnosti obézních lidí?

.....
.....
.....

29. Jaké jsou podle Vás typické povahové vlastnosti štíhlých lidí?

.....
.....
.....