



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Pedagogická fakulta**  
**Katedra pedagogiky a psychologie**

**Bakalářská práce**

**Problematika obezity ve vztahu k sebepojetí  
a kvalitě života**

**Vypracovala: Aneta Rychová**  
**Vedoucí práce: Ram Thein, Ph.D.**  
**České Budějovice 2014**

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 29. dubna 2014,

---

Aneta Rychová.

## **Abstrakt práce**

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Název práce:</b>   | Problematika obezity ve vztahu k sebepojetí a kvalitě života |
| <b>Autor práce:</b>   | Aneta Rychová  |
| <b>Vedoucí práce:</b> | Ram Thein, Ph.D.   |
| <b>Počet stran:</b>   | 68   |
| <b>Počet zdrojů:</b>  | 102  |

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou obezity a jejími důsledky na sebepojetí a kvalitu života dospělých jedinců. V teoretické části jsou shrnuty základní poznatky ohledně těchto tří fenoménů, je objasněna relevance problému obezity z pohledu celosvětových i tuzemských analýz a též jsou zde rozpracovány některé dostupné studie týkající se vlivu obezity na psychiku člověka.

V empirické části bylo zkoumáno, zda je přítomnost obezity spojena se sebepojetím, tělesným sebepojetím a kvalitou života u dospělých. Dále byla u jednotlivých skupin sledována tělesná nespokojenost a vztah tělesné nespokojenosti či Body Mass Indexu s tělesným sebepojetím. Byl realizován kvantitativní výzkum formou srovnávací a korelační studie u obézních jedinců a jedinců s hmotnostní normou. Pro sběr dat byly využity Physical Self - Description Questionnaire, Stunkard Figure Rating Scale a Škála spokojenosti se životem. Celkem bylo stanoveno šest hlavních i doplňujících hypotéz, přičemž všechny byly potvrzeny. O možných omezeních výsledků je pojednáváno v diskuzi.

### **Klíčová slova**

Obezita, hmotnostní norma, BMI, sebepojetí, tělesné sebepojetí, kvalita života.

# Abstract

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Title:</b>                | The problem of obesity in relation to self - concept and quality of life |
| <b>Author:</b>               | Aneta Rychová  |
| <b>Supervisor:</b>           | Ram Thein, Ph.D.   |
| <b>Number of pages:</b>      | 68   |
| <b>Number of references:</b> | 102  |

This thesis deals with the problem of obesity and its consequences for the self - concept and the quality of life among adults. The theoretical section summarizes basic knowledge on these three phenomens; it includes relevance of obesity problems from the perspective of global and domestic analyses and it also elaborate on some of the available studies relating to the effect of obesity on the human psyche.

The empirical part examines whether the presence of obesity relates to self- concept, physical self - concept and quality of life among adults. Further, it studies body dissatisfaction and its relation to body dissatisfaction or Body Mass Index with physical self - concept. This quantitative research was carried out as a comparative and correlative study with obese subjects and with subjects with a normal weight. For data collection was used Physical Self - Description Questionnaire, Stunkard Figure Rating Scale and the Satisfaction with Life Scale. In total, six main and supplementary hypotheses were tested, all of which were validated. Possible limitations of the results are discussed in the discussion.

## **Key words**

Obesity, normal weight, BMI, self - concept, physical self - concept, quality of life.

*Věnuji mým drahým a milovaným rodičům a prarodičům.*

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Ram Theinovi, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných rad, podporu, trpělivost a za jeho vstřícný přístup. Mé poděkování též patří MUDr. Aleně Váchové, Bc. Andree Trajkové a Bc. Michale Mikuláškové za umožnění výzkumu, laskavost a podporu, kterou mi svým zájmem poskytovaly. Za umožnění výzkumu a vstřícnost děkuji též Martině Zachové, Petře Bartuškové a Mgr. Alexandře Tilpové. Také děkuji všem respondentům, bez jejichž ochoty by tato práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě děkuji svému dobrému příteli Cyrilu Kunštovi za vlídnost a pomoc při statistickém zpracování.

# Obsah

|       |  |    |
|-------|--|----|
| I     | Úvod.....                                  | 7  |
| II    | Teoretická část.....                       | 8  |
| 1     | Obezita.....                               | 8  |
| 1.1   | Definice obezity.....                      | 8  |
| 1.2   | Klasifikace obezity.....                   | 8  |
| 1.3   | Typy obezity.....                          | 9  |
| 1.4   | Epidemiologie a prevalence obezity.....    | 10 |
| 1.5   | Etiopatogeneze obezity.....                | 11 |
| 1.6   | Léčba obezity.....                         | 12 |
| 1.7   | Obezita a stigma.....                      | 13 |
| 1.8   | Psychologické koreláty obezity.....        | 14 |
| 2     | Sebepojetí.....                            | 16 |
| 2.1   | Současný pohled na sebepojetí.....         | 16 |
| 2.2   | Definice sebepojetí.....                   | 16 |
| 2.3   | Aspekty sebepojetí.....                    | 17 |
| 2.4   | Vývoj sebepojetí.....                      | 18 |
| 2.5   | Úkoly sebepojetí.....                      | 20 |
| 2.6   | Sebehodnocení.....                         | 20 |
| 2.6.1 | Definice sebehodnocení.....                | 20 |
| 2.6.2 | Utváření sebehodnocení a jeho aspekty..... | 21 |
| 2.6.3 | Globální sebehodnocení.....                | 21 |
| 2.7   | Tělesné sebepojetí.....                    | 22 |
| 2.7.1 | Body image.....                            | 22 |
| 2.7.2 | Komponenty tělesného sebepojetí.....       | 23 |
| 2.7.3 | Základní složky tělesného sebepojetí.....  | 24 |
| 2.7.4 | Tělesné sebepojetí muže a ženy.....        | 25 |
| 2.8   | Aktuální a ideální Já.....                 | 25 |
| 3     | Kvalita života.....                        | 26 |
| 3.1   | Definice kvality života.....               | 26 |
| 3.2   | Dimenze kvality života.....                | 27 |
| 3.3   | Rozsah pojetí kvality života.....          | 28 |
| 3.4   | Zkoumání kvality života.....               | 28 |
| 3.4.1 | Měření kvality života.....                 | 29 |
| 3.5   | Osobní pohoda.....                         | 29 |
| 3.6   | Determinanty kvality života.....           | 30 |
| 3.7   | Kvalita života a obezita.....              | 30 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 3.7.1 | Vliv redukce hmotnosti na kvalitu života .....        | 31 |
| 3.8   | Vztah obezity s tělesným sebepojetím .....            | 31 |
| III   | Empirická část.....                                   | 33 |
| 1     | Vymezení cíle výzkumu a výzkumného problému .....     | 33 |
| 1.1   | Výzkumný problém.....                                 | 33 |
| 1.2   | Cíl výzkumu.....                                      | 34 |
| 2     | Hypotézy.....   | 35 |
| 3     | Metodika.....   | 36 |
| 3.1   | Typ výzkumu .....                                     | 36 |
| 3.2   | Metody sběru dat.....                                 | 36 |
| 3.3   | Metody výzkumu .....                                  | 36 |
| 3.3.1 | Body Mass Index - BMI .....                           | 36 |
| 3.3.2 | Physical Self - Description Questionnaire - PSDQ..... | 37 |
| 3.3.3 | Stunkard Figure Rating Scale – FRS .....              | 38 |
| 3.3.4 | Škála spokojenosti se životem - SSŽ.....              | 39 |
| 3.4   | Administrace dotazníkových baterií .....              | 39 |
| 3.5   | Analýza dat a jejich zpracování.....                  | 41 |
| 3.6   | Etická hlediska .....                                 | 41 |
| 4     | Výzkumný soubor.....                                  | 41 |
| 4.1   | Kritéria výběru .....                                 | 41 |
| 4.2   | Charakteristika výzkumného souboru .....              | 43 |
| 4.2.1 | Sociodemografické údaje .....                         | 43 |
| 4.3   | Specifikace výzkumných proměnných .....               | 46 |
| 5     | Použité statistické metody.....                       | 47 |
| 5.1   | Studentův <i>t</i> -test .....                        | 47 |
| 5.2   | Pearsonův korelační test.....                         | 47 |
| 6     | Výsledky .....  | 48 |
| 7     | Diskuze.....  | 51 |
| 8     | Závěry.....   | 57 |
| IV    | Souhrn.....   | 58 |
| V     | Seznam použitých zdrojů a literatury.....             | 59 |
| VI    | Seznam grafů, obrázků, tabulek a příloh .....         | 68 |

# I Úvod

Obezita je bezesporu velmi aktuálním a často diskutovaným tématem odbornou i laickou veřejností a lze ji charakterizovat jako abnormální hromadění tuku v organismu (World Health Organization, 2013). Jak ukazují výsledky mnohých celosvětových analýz, prevalence obezity neustále stoupá a její výskyt dosahuje epidemických až pandemických rozměrů. Obezita však není pouhým kosmetickým nedostatkem, nýbrž závažným onemocněním, které je uvedeno v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN - 10 (World Health Organization, 2008).

Obezita je omezujícím faktorem v rovině zdravotní i sociální. Zejména dopad obezity na zdravotní stav člověka je poměrně známou a často zmiňovanou tematikou, o které je povědomí široké veřejnosti více než uspokojující. Podstatně méně pozornosti je však věnováno samotným obézním. Tlak dnešní společnosti je neúprosný a všeobecně přijímanému ideálu štíhlého těla, které je spojováno s mnoha pozitivními atributy, se obézní vymykají. Obezita je zpravidla vnímána negativně a někdy mohou obézní čelit různým společenským omezením, předsudkům až stigmatizaci.

Sumarizujeme - li základní poznatky o negativních důsledcích obezity, je tedy důležité se ptát, zda a popřípadě nakolik se obézní člověk cítí těmito negativními důsledky „oklíštěn“, jak svoji nadměrnou hmotnost vnímá, jak je se svým tělem spokojen či nespokojen a zda má nadměrná hmotnost vztah s prožíváním sebe sama, svého těla či kvalitou života. Tato bakalářská práce si vzala za cíl odpovědět právě na některé z těchto otázek.

Teoretická část je rozdělena do třech hlavních pilířů, zabývajících se obezitou, sebepojetím a kvalitou života. Autorka též rozpracovává několik studií zabývajících se psychologickými korelátami obezity a vlivem obezity na kýžené fenomény. Fundamentem bakalářské práce jsou výsledná zjištění kvantitativního výzkumu, který podává odpovědi na to, zda má obezita skutečně vztah se sebepojetím, tělesným sebepojetím, tělesnou nespokojeností a vnímáním kvality života dospělého člověka. Výslednými poznatky se autorka snaží alespoň částečně přispět k dosavadnímu povědomí o této aktuální problematice.



## II Teoretická část

### 1 Obezita

V důsledku pozitivní energetické bilance (neustále se zvyšující energetický příjem a snižující se výdej), ve kterou vyústila změna životního stylu, se obezita stala na přelomu tisíciletí nejčastější metabolickou chorobou. Obezita však není pouze úkazem nového tisíciletí. Nálezy některých prehistorických sošek, například Věstonické venuše, ale i další umění dokládají, že obezita lidstvo provází po celou dobu jeho existence a to již od pravěkých dob (Hainer, 2004b).

#### 1.1 Definice obezity

Pro obezitu lze nalézt velké množství definic. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO), dále jen WHO, je obezita definována jako „*abnormální nebo nadměrné hromadění tuku, které může poškodit zdraví*“ (World Health Organization, 2013, odst. 2). Též WHO nadváhu a obezitu u dospělých definuje dle Body mass indexu (BMI) a to na základě kritérií:

V případě, že je „*BMI větší než nebo rovno 25 a menší než 30, jedná se o nadváhu*“

V případě, že je „*BMI větší než nebo rovno 30, jedná se o obezitu*“

(World Health Organization, 2013, odst. 4).

Pelikánová (2003, 105) definuje obezitu jako „*zmnožení tuku v organismu*“. Podrobněji obezitu formulují Svačina a Bretšnajdrová (2008) a to jako nadměrné uložení tuku v organismu, přičemž normální podíl tukové tkáně se vyskytuje u mužů do 20 – 25 % a u žen do 25 - 30% tělesné hmotnosti. Souhrnně řečeno je obezita závažné chronické metabolické onemocnění se zvýšeným podílem tuku v těle a současným vzestupem hmotnosti nad hranici normy. Zároveň je obezita rizikovým faktorem, který se podílí na vzniku dalších onemocnění. Je tedy nutné obezitu chápat jako nemoc, která vyžaduje komplexní, dlouhodobě kontrolovaný, diagnostický a terapeutický přístup (Hainer, Kunešová, Hlubík, & Býma, 2005).

#### 1.2 Klasifikace obezity

V klasifikaci nadváhy a obezity se v posledních letech upustilo od klasického Brocova indexu [hmotnost v kg/ (výška v cm - 100)], jelikož byl shledán jako nevhodný kvůli své přílišné ovlivnitelnosti výškou a tím pádem jako nehodící se pro klasifikaci malých nebo naopak vysokých jedinců (Svačina, & Bretšnajdrová, 2008).

Podíl tukové tkáně v těle lze detekovat mnoha způsoby. Měří se např. bioelektrickou impedancí (průchod elektrického proudu tělem na základě stanovení odporu těla), hydrodensitometrií (vážení pod vodou), počítačovou/ computerovou tomografií (CT), pletysmografií (stanovení objemu těla v hermeticky uzavřeném prostoru) atd. Tyto metody jsou velmi přesné, bohužel však ekonomicky a svojí dostupností náročné a pro použití na měření široké populace (např. v rámci kvantitativních výzkumů) téměř nemožné. Dalšími metodami jsou např. antropometrické měření tloušťky kožních řas, měření obvodu pasu apod. (Svačina, Müllerová, & Bretšnajdrová 2013; Svačina, & Bretšnajdrová, 2008; Kunešová, 2004). Dnes je obezita (a hmotnost celkově) nejčastěji posuzována dle Body mass indexu (BMI), též známého jako Queteletův index. Body mass index, dále jen BMI, poskytuje mnohem užitečnější měření nadváhy a obezity, protože je stejný pro obě pohlaví, všechny věkové skupiny dospělé populace a na klasifikaci nenáročný. Nicméně by měl být stále považován za hrubé vodítko, jelikož má přes své celosvětové užití několik nevýhod.

1. Normy nejsou platné pro dětskou populaci, protože BMI nekalkuluje s nedokončeným růstem tělesné výšky.
2. BMI nepočítá s procentuálním zastoupením tělesného tuku a svalové hmoty v těle, nýbrž pouze s tělesnou váhou a nedokáže určit rozložení tělesného tuku.

Důsledkem takovýchto nedostatků může např. být, že aktivní kulturista bude dle BMI mylně hodnocen v pásmu nadváhy či mírné obezity (Adámková, 2009; World Health Organization, nedat.a).

BMI je počítáno vzorcem:

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

Klasifikace podváhy, nadváhy a obezity u dospělých podle BMI viz příloha 1.

### 1.3 Typy obezity

Na obezitu je standardně nahlíženo z kvantitativního a kvalitativního pohledu. Z pohledu kvantitativního je obezita nejčastěji klasifikována pomocí výše zmíněného BMI na obezitu I., II. a III. stupně, někdy označovanou jako mírnou, střední a morbidní.

Kvalitativní měřítko obezitu dělí podle distribuce tělesného tuku a to na androidní a gynooidní. Androidní obezitou je označována obezita mužského typu (obezita viscerální, typ jablko - *apple shape*), kdy je největší kumulace tuku soustředěna do břišní oblasti. Za gynooidní

obezitu se považuje obezita ženského typu (typ hruška - *pear shape*), u které se tuk kumuluje především do oblasti hýždí a končetin (Svačina et al., 2013).

Pro klasifikaci tohoto rozdělení obezity se řadu let užíval index poměru pasu a boků, tzv. *waist to hip ratio* (WHR). Dnes se již tento způsob měření prakticky nepoužívá. Inovací je měření samotného pasu, které nejlépe koreluje s množstvím intraabdominálního tuku. Riziko metabolických komplikací je úměrné obvodu pasu a jeho výskyt je znázorněn v následující tabulce (Svačina et al., 2013).

**Tab. 1:** Metabolické riziko dle obvodu pasu (Bretšnajdrová, Müllerová, & Svačina, 2013)

|             | <b>Mírné riziko</b> | <b>Výrazné riziko</b> |
|-------------|---------------------|-----------------------|
| <b>Ženy</b> | >80 cm              | >88cm                 |
| <b>Muži</b> | >94 cm              | >102cm                |

## 1.4 Epidemiologie a prevalence obezity

Nejnovější analýza World Obesity Federation z r. 2010 odhaduje, že v rámci celosvětového měřítka má v současné době 1 miliarda dospělých nadváhu a 475 milionů je obézních. S uvážením specifického BMI pro asijské země narůstá počet obézních celosvětově na 600 milionů. V rámci dětské populace je odhadováno 40 – 50 milionů obézních a v celkovém součtu 200 milionů dětí s nadváhou či obezitou. WHO udává obdobné údaje, a tedy, že 1,4 miliardy dospělých jedinců (avšak od 20 let) má nadváhu a 500 milionů obezitu. Podrobnější analýzy nadváhy a obezity viz příloha 2, 3, 4 (World Obesity Federation, 2014; World Health Organization, 2013).

Je odhadováno, že více než polovina evropské populace má nadváhu či obezitu, přičemž nadváha se častěji vyskytuje u mužů, obezita pak u žen. Ve většině zemí Evropy má obezita vzestupnou tendenci a takto je tomu i v České republice. To potvrzuje i výzkumné šetření České obezitologické společnosti (2006), které uvádí nárůst populace s nadměrnou hmotností od posledního šetření (tj. 2000 – 2001) o 3%. Dle WHO se celkový počet obézních v časovém rozmezí 1980 - 2006 zvýšil téměř o polovinu a to u mužů z 4,8% na 9,8% a u žen z 7,9% na 13,8%. (Hainer, 2004a; Kunešová, 2004). Dle průzkumu Všeobecné zdravotní pojišťovny z r. 2010 je v České republice celkem 55% lidí s nadváhou či obezitou (nadváha 34%, obezita 21%), přičemž problémy s nadváhou a obezitou mají především lidé žijících v malých obcích do dvou tisíc obyvatel (Všeobecná zdravotní pojišťovna, 2011).

Obezita, která již získala charakter epidemie (v roce 1997 WHO vyhlásila obezitu celosvětovou epidemií), je nejrozšířenějším metabolickým onemocněním nejen dospělých, ale i dětí a mladistvých (v České republice žije až 300 tis. dětí s nadměrnou hmotností, tj. 15% populace do 18 let). Stejně tak z důvodu přejímání „západního životního stylu“, stravovacích zvyklostí, sedavého způsobu života a automobilismu dnes obezita není jen problémem rozvinutých, ale i rozvojových zemí, ve kterých se dříve téměř nevyskytovala. V tomto ohledu se týká zejména městské populace, u které tzv. „westernizace životního stylu“ probíhá rychleji. Přesto je stále v rozvojových zemích prevalence obezity nízká, i když fakt rychlého vzestupu je nezanedbatelný (Kunešová, 2004; Hainer, 2004a; Pařízková, & Lisá, 2007; Tsigos et al., 2008).

## 1.5 Etiopatogeneze obezity

U obezity jakožto multifaktoriálně podmíněné metabolické poruchy s těžko identifikovatelnou patogenezí je důležité brát v potaz významný podíl genetických dispozic (vrozené dispozice k určitému jídelnímu chování, metabolickým dějům, fyzické aktivitě apod.) Pouhá genetická podmíněnost však vznik obezity zdaleka plně nevystihuje. Ke genetickým faktorům se připojují faktory vycházející z prostředí (zvyklosti rodiny, vývojové, kulturní, výchovné vlivy), dlouhodobé nesprávné jídelní návyky, nesprávné vyrovnávání se s bolestivými situacemi, negativní vztah k sobě samému a spousta dalších faktorů, které povšechně vedou k pozitivní energetické bilanci a tím pádem ke vzniku obezity (Hainer, & Bendlová, 2004).

Obezita je minimálně z 50% zapříčiněna vnějšími faktory. Zbýlých cca 50% je způsobeno polygenními genetickými faktory (Svačina et al., 2013). Dle Hainera a Bendlové (2004) na určování tělesné hmotnosti genetickým faktorům připadá 40 % a zevním 60%. I když se někteří autoři odhadem podílu genetických a vnějších faktorů na vzniku obezity liší, převážná většina se shoduje na výše uvedeném vyváženém poměru.

Je zřejmé, že genetické predispozice tak markantního a rychlého nárůstu obezity v posledních letech nejsou příčinou. Klíčovými jsou spíše změny v energetické bilanci, tedy konzumace více kalorií, než je vydáváno a nízká fyzická aktivita. Nadměrné přijímání energie či nedostatečný energetický výdej jsou však předmětem diskuzí. Některé studie přičítají vinu zvýšení celkové fyzické inaktivity, zatímco jiné studie více poukazují na energetickou spotřebu. Bleich, Cutler, Murray a Adams (2008) se na základě výsledků

své studie analyzující situaci v mnoha zemích, která byla též porovnáována s ostatními výzkumy, spíše přiklání ke zvýšení energetického příjmu, který je způsoben zejména měnícími se technologickými inovacemi a sociodemografickými faktory.

WHO (2013) za globální příčiny nadváhy a obezity považuje především celkové zvýšení příjmu energeticky vydatných potravin s vysokým obsahem tuku, zvýšení fyzické inaktivity v důsledku sedavé povahy mnoha forem práce, měnící se způsob dopravy a zvyšující se urbanizaci. Všechny tyto aspekty jsou v těsné souvislosti s environmentálními a společenskými změnami spojenými s vývojem a nedostatkem podpůrných politik.

Zvýšení energetického příjmu v posledních letech potvrzuje i studie Duffey a Popkin (2011), kteří za sledované období 29 - ti let zjistili u americké populace, která zaujímá jedno z předních míst v prevalenci obezity, signifikantní nárůst kalorického příjmu. Největší nárůst energetického příjmu byl zaznamenán v posledním desetiletí. Jako hlavní příčiny byly zjištěny zvýšení četnosti příjmu jídla, tekutin, stravovacích příležitostí a zvětšení velikosti porcí. Obdobné závěry uvádí i WHO, podle které průměrný denní energetický příjem ve sledovaných desetiletích stále stoupá (Hainer, & Bendlová, 2004).

## **1.6 Léčba obezity**

V současné době je obezita léčena zpravidla pěti způsoby a to:

- dietoterapií
- psychoterapií
- farmakoterapií
- fyzickou aktivitou
- chirurgickými zákroky

Při léčbě obezity jsou tyto metody často kombinovány. Nutným předpokladem k úspěchu v boji s kilogramy je komplexní změna životního stylu, která vede ke zdárnému a trvalému váhovému úbytku (Svačina, & Bretšnajdrová, 2008). V posledních letech je v terapii obezity (stejně jako u ostatních návykových problémů) velmi efektivní kognitivně behaviorální terapie, dále jen KBT. Prakticky u nás metodik KBT využívá společnost STOB - Stop Obezitě (Málková, 2009).

## 1.7 Obezita a stigma

Obézní člověk je ve svém životě vystavován různým nepříjemným situacím v důsledku negativních postojů, stereotypů a společenských předsudků. Obezita je zesměšňována v masových médiích, fyzické vzezření je spojováno s hodnotou osobnosti a osobnostními vlastnostmi. Obézní jedinec je pak vnímán jako líný, neinteligentní, neúspěšný, jako člověk se slabou vůlí a neschopný sebekázně. Vyhublost je i přes snahu některých společností o intervenci proti tomuto trendu stále vyzdvihována jakožto ideál především pro ženské pohlaví. Stále se snižující ideál tělesné hmotnosti je v kontrastu se stále se zvyšující hmotností populace. Ideální míry a váhy však splňuje pouze malé procento jedinců, kdežto přiblížit se mu chtějí miliony. Tlak na redukci hmotnosti je tedy vysoký. Někdy se obézní člověk může cítit až stigmatizován a diskriminován (Drapela, 2003; Hayesová, 2003; Málková, 2008; Schafer, & Ferraro, 2011).

Puhl a Heuer (2010) konstatují, že stigmatizace a diskriminace obézních osob jsou všudypřítomné a představují mnohé důsledky na jejich psychické i fyzické zdraví. Obézní člověk je viněn za svoji nadměrnou hmotnost, je vnímán nikoliv jako oběť, ale jako „architekt“ svého špatného zdravotního stavu a osobně zodpovědný za své problémy s nadměrnou hmotností. Některé osoby dokonce stigmatizaci obézních pokládají za oprávněnou v důsledku toho, že je údajně může motivovat k přijetí zdravějších návyků. Důvod stigmatizace pravděpodobně spočívá v mylném předpokladu, že obezita je způsobena faktory, které má jedinec ve své osobní kontrole. Tato „osobní odpovědnost“ hraje klíčovou roli v této problematice a poskytuje ospravedlnění stigmatu jako akceptovatelnou společenskou odezvu. Předpojatost vůči obézním se prakticky projevuje ve všech oblastech života - v zaměstnání, ve škole, v zájmových aktivitách atd. Negativní postoje a stereotypy vůči obézním byly hlášeny u zaměstnavatelů, spolupracovníků, učitelů, rodinných příslušníků, přátel, ale i u zdravotních sester, lékařů, psychologů či dětí již od předškolního věku (Puhl, & Heuer, 2010).

Dle Málkové (2008) existují výzkumy, které ukazují, že předškolní děti mají raději děti tělesně postižené, než děti obézní. V hodnocení série obrázků handicapovaných dětí podle sympatičnosti 10 až 11 letými dětmi bylo obézní dítě hodnoceno jako nejméně sympatické. Studie realizované v Severní Americe ukazují, že v prevalence diskriminace hmotnosti se za posledních 14 let zvýšila o 66% a je srovnatelná s prevalencí rasové

diskriminace. Je však důležité zmínit, že stigmatizace obézních se může v jednotlivých kulturách lišit, na což také některé výzkumy poukazují. Puhl a Heuer (2010) dále upozorňují na fakt, že diskriminace obézních je často zpochybňována, její dopad na emocionální a fyzické zdraví je povšechně ignorován. Stigmatu hmotnosti je zřídka, pokud vůbec, poskytnuto stejného uznání a intervence jako ostatním druhům stigmat. Stigmatizace vede k prožívanému distresu, úzkosti, studu, obavám, též může vést ke komplexu méněcennosti a negativnímu přístupu až nenávisti k vlastnímu tělu. Způsobuje celkové zhoršení psychického i fyzického zdraví a v extrémních případech může vést až k sociální izolaci. Veškerá tato zjištění odkazují na zásadní problematiku sociální nespravedlnosti a nutnost zabývání se tímto tématem v rámci veřejného zdraví (Puhl, & Heuer, 2010; Obesity society, nedat.).

## 1.8 Psychologické koreláty obezity

Zhruba od 80. let 20. století bylo realizováno několik studií zaměřených na zjištění rizikových faktorů při vzniku obezity. Mezi významné studie patří např. studie Maddi, Khoshaba, Persico, Bleecker a VanArsdall (1997), kteří zjistili několik psychologických korelátů obezity u velkého národního vzorku morbidně obézních jedinců. Výsledky ukázaly neočekávané vysoké procento jedinců, kteří vykazovali vyšší procento anxiety, depresivních poruch a somatizačních rysů. Dále autoři upozorňují na dysfunkční původní rodiny. Jedinec z dysfunkčních rodin může být často predisponován ke vzniku obezity v důsledku nezralých strategií zvládnání stresu (např. řešení stresu přejídáním). U více než 50% zkoumaných jedinců byly prokázány tendence k návykovým látkám, přičemž nejvyšší frekvence dosahovalo užívání tabáku a alkoholu. Další zjištění dokládají, že téměř 36% morbidně obézních probandů bylo v původní rodině nějak zneužíváno, nejčastěji sexuálně. U většiny probandů byl nejvyšší rozvoj obezity v dětství a následně v adolescenci.

Na další psychologické koreláty poukázal Mills (1995), který u morbidně obézních mužů a mužů závislých na alkoholu zjistil společnou zvýšenou interpersonální závislost. Konkrétně se jednalo o zvýšenou závislost ve vztazích. Dále byla zjištěna spojitost mezi negativními emočními stavy a jídelním chováním, resp. přejídáním.

Na spojitost mezi přejídáním a negativními emočními stavy je poukazováno i v dalších studiích, přičemž u žen bývá tento vztah významnější. Walfish a Brown (2009) označili 40% respondentek jako přímé *emotional eaters*, tzv. „emoční jedlíky“. Ty podléhaly přejídání zejména ve stresových situacích, dále ve stavech nudy, deprese, úzkosti, zlosti či únavy.

Dalších 38% zkoumaných žen však tyto faktory označilo za nepodstatné. Muži podléhali přejídání ryze v důsledku negativních emočních stavů podstatně méně a to pouze v 18%. Tato skupina přisuzovala jedení podobným stavům jako ženy s tou výjimkou, že u mužského vzorku nejvyššího skóre dosahovalo jedení ve stavech nudy. Autoři považují za podnětnou identifikaci „emočních jedlíků“ a při léčbě a terapii obezity stanovení vhodných postupů s ohledem na tuto charakteristiku (Walfish, & Brown, 2009).

Další výzkumy uvádějí, že obézní klienti udávají horší zdravotní stav a méně pozitivních emočních stavů, než jedinci s normální váhou. Spojení poruch příjmu potravy a obezity lze kvantifikovat až na 40 - 70%, přičemž nejčastěji se objevuje psychogenní přejídání (53%) a bulimia neurosa (20,6%) (Toman, 2010).

Fabricatore a Wadden (2004) ve svém přehledu studií psychologických aspektů obezity dokládají souvislost obezity s psychickými a emocionálními komplikacemi. Spojitost mezi obezitou a psychopatologickými poruchami nepotvrzují. Nicméně bylo zjištěno, že někteří obézní jedinci jsou vystaveni většímu riziku psychiatrických poruch, zejména depresi.

Toman (2010) uvádí, že po váhovém úbytku zejména u morbidně obézních jedinců dochází ke změnám psychopatologických projevů a zlepšení kvality života nezávisle na tom, jakým způsobem bylo redukce hmotnosti dosaženo. Bylo zaznamenáno snížení úzkosti, deprese, zlepšení stravovacích návyků a postupné zlepšení kvality života.

V rámci psychologických korelátů a psychických komplikací spojených s obezitou je třeba zvážit fakt, že pravděpodobnost jejich výskytu stoupá se stupněm obezity. Nezanedbatelným faktorem je i tělesné složení, distribuce tělesného tuku a svalové hmoty. Dále zůstává nezodpovězenou otázkou, do jaké míry psychické poruchy obezitě předcházejí nebo zda jsou až jejími následky (Toman, 2010).



## 2 Sebepojetí

### 2.1 Současný pohled na sebepojetí

Od samotného vzniku psychologie jako vědy se tematikou Já a Jáství zabývalo velké množství psychologů, např. James, Freud, Allport a další. V minulosti bylo sebepojetí vnímáno jako globální a celistvá představa sebe sama, která je konzistentní v čase a situacích. V současnosti je zdůrazňována jeho „*multifacetová, hierarchicky uspořádaná struktura a dynamika fungování*“, která je podřízena tzv. Já – motivům a závislá na situačním kontextu (Blatný, & Plháková, 2003, 97). Tento přístup však není radikálně nový, ale odvíjí se od práce Williama Jamese, který takovouto představu sebepojetí prezentoval již před více než sto lety. James teoreticky rozlišil dva aspekty Já vystihující dualitu vědomí. Já jako subjekt duševní činnosti, poznávací Já ( *self - as - knower/ I - self*) a Já jako objekt duševní činnosti, obraz Já neboli já empirické (*empirical self/ self - as - known/ Me - self*). Toto empirické Já je v dnešní psychologii označováno jako sebepojetí. Jelikož tyto dvě modalities Já lze rozlišit pouze na teoretické a nikoliv na praktické úrovni, je možné výsledky zkoumání vztáhnout jak k sebepojetí, tak k Já obecně (Blatný, & Plháková, 2003; Balcar, 1983, in Blatný, Osecká, & Macek, 1993).

Kvůli četnosti teoretických východisek s sebou terminologie Já nese spoustu nejednoznačných pojmů, které se od sebe často liší pouze v nuancích či se navzájem překrývají. Vzhledem k tématu a zaměření této práce budou rozpracovány především termíny: sebepojetí (*self - concept*), sebehodnocení (*self - esteem* či *self - evaluation*) a tělesné sebepojetí (též některými autory označováno jako *body image*).

### 2.2 Definice sebepojetí

V dostupné literatuře je možné nalézt mnoho definic sebepojetí, které se mnohdy z důvodu spekulativních teoretických a metodologických přístupů liší.

Pojmu sebepojetí v angličtině odpovídá termín *self concept* nebo i občas užívaný termín *self* (Blatný, & Plháková, 2003).

Dle Plhákové a Blatného (2003) je sebepojetí souhrnem představ a hodnotících soudů, které o sobě člověk má. Hartl a Hartlová (2009) vymezují sebepojetí obdobně, a to jako představu o sobě samém, tedy to, jak člověk sám sebe vidí.

Dle Macka (2008) je sebepojetí jakýmsi hypotetickým konstruktem, kterým se člověk snaží popsat obsah vědomí vztahující se k vlastnímu Já.

Papica (1985, in Blatný, & Plháková, 2003) definuje sebepojetí jako:

*Složitý konstrukt implikující kognitivní strukturu, ač ne výlučně, pozůstávající z verbálně nebo sémanticky zakódovaných generalizací, do nichž se integrují nové údaje a snad také pro subjekt specificky důležité behaviorální vzorky. Tato zevšeobecnění zahrnují vlastnosti, schopnosti, vědomosti, hodnoty, postoje a sociální role, všechno, čím se subjekt definuje a zhodnocuje. Jedná se především o ty charakteristiky, které jsou pokládány za profilující (92).*

Jak uvádí Blatný, Osecká a Macek (1993), současná kognitivně orientovaná psychologie pokládá sebepojetí za mentální reprezentaci Já, která je jako kognitivní struktura uložena v paměti a je utvářena interakcí člověka s prostředím. Zpravidla se jedná o percepci sebe samého a celkový postoj k vlastní osobě.

Vymětal (1996) formuluje sebepojetí jako relativně stálý, ucelený, avšak i současně se měnící hypotetický konstrukt a vztah člověka k sobě samému a k subjektivně signifikantním skutečnostem života.

Na sebepojetí je tedy dle různých směrů nahlíženo různě a zpravidla je vnímáno ze dvou různých pohledů. Empiricky orientovaný pohled, který je dominantou kognitivní a sociální psychologie, na sebepojetí nazírá jako na produkt procesu sebeuvědomování a osvojování si zkušeností. Z teoretického pohledu existenciální, humanistické psychologie či ego - psychologie je sebepojetí vnímáno jako komplexní prožitek hodnocení, sebeuvědomování a definování Já (Blatný, 2001; Van Der Werff, 1990, in Čačka, 1997). Macek (2008) v tomto ohledu dodává, že ačkoli je sociálně - psychologické pojetí zaměřeno na zkoumání Jáství z toho či onoho pohledu, v posledních dvaceti letech roste počet prací, které se do svých výzkumů a teorií snaží zahrnout oba výše zmíněné pohledy.

### **2.3 Aspekty sebepojetí**

Jelikož je podle některých teorií na sebepojetí nahlíženo jako na postoj k sobě samému, lze ho dle Blatného a Plhákové (2003) právě jako postoj charakterizovat aspektem kognitivním, afektivním a konativním. Tyto aspekty sebepojetí existují pouze na teoretické úrovni a projevují se komplexně a neizolovaně.

### **1. Kognitivní aspekt**

Kognitivní aspekt sebepojetí se týká jeho obsahu a struktury. Souhrn znalostí o sobě (obsah sebepojetí) je specificky kognitivně zorganizován (struktura sebepojetí). Zde jsou zahrnuty pojmy jako sebepoznání, sebekontrola aj. (Blatný, & Plháková, 2003; Fialová, 2001).

### **2. Afektivní (emoční) aspekt**

Afektivní neboli emoční aspekt sebepojetí vyjadřuje emocionální vztah k vlastní osobě a poukazuje na fakt, že sebepojetí není pouhým souhrnem představ o sobě, nýbrž smysluplně organizovaný soubor představ, ve kterém je vyjádřen vztah k sobě emocionálními prožitky Já. Tento vztah se uskutečňuje v rámci dimenzí hodnocení pozitivivity a negativity. Afektivní složka sebepojetí obsahuje pojmy jako sebehodnocení, sebeúcta, sebedůvěra, sebevědomí aj. (Blatný, & Plháková, 2003; Fialová, 2001).

### **3. Konativní aspekt**

Konativní aspekt sebepojetí je též nazýván aspektem činnostně regulativním, motivačním či behaviorálním. Vyjadřuje, že představa sebe, ať z pohledu přítomnosti (aktuálního Já) nebo z hlediska možné budoucnosti (ideálního Já) se v průběhu vývoje stává hlavním psychickým regulátorem chování. Zahrnuje pojmy jako sebesprosažení, sebekontrola, sebeuplatnění apod., tedy úsilí pro seberealizaci. (Blatný, & Plháková, 2003; Fialová, 2001).

## **2.4 Vývoj sebepojetí**

Sebepojetí se vyvíjí ve spojitosti se socializací člověka. Je postupně formováno již od raného dětství prostřednictvím interakce s významnými druhými a dalšími, pro daného jedince důležitými osobami (tedy primárně s rodiči, sourozenci, vrstevníky aj.). Právě v rodinném prostředí, které člověka nejvíce ovlivňuje, získává první informace o svém zevnějšku (Čáp, 1993). Tyto zkušenosti s nejbližšími lidmi, kteří k člověku zaujímají určitý hodnotící postoj, mu pomáhají ono sebepojetí utvářet.

Jedinec může být ovlivňován společenskými stereotypy v závislosti na tom, za koho je pokládán a co se od něj vzhledem k pohlaví, věku, povolání, zevnějšku, rasové příslušnosti a jiných parametrů očekává. Ačkoliv je obraz o sobě relativně stálý, nově přichozí zkušenosti podávající nové informace o tom, jak nás druzí vidí, mohou část sebepojetí i významně pozměnit (Fialová, 2001; Gillernová, 2000).

Vágnerová (1997) a Fialová (2001) charakterizují vývoj sebepojetí podle Eriksona do následujících období:

- batolecí věk – „Jsem to, co mohu svobodně dělat“
- předškolní věk – „Jsem to, co učiním“
- školní věk – „Jsem to, co dovedu“
- období dospívání – „Jsem to, čemu věřím“
- věk mladé dospělosti – „Jsem to, co miluji“
- střední věk – „Jsem to, co poskytuji“
- zralý věk – „Jsem to, co po mně zůstane“

Souhrnně řečeno se „*sebe*pojetí vyvíjí v interakci se světem na základě zkušenosti sám se sebou“ (Fialová, 2001, 31). I přes relativní stálost některých charakteristik se sebepojetí zpravidla utváří po celý život člověka (Gillernová, 2000).

Jak bylo již naznačeno, sebepojetí v průběhu života různě, ač nepatrně či viditelněji, kolísá. V rámci zaměření práce bude zmíněno přirozené kolísání sebepojetí od věku stanoveného pro dospělost, tj. od 18 let. Prvním specifickým obdobím pro sebepojetí je adolescence, kterou Vágnerová (2008) datuje přibližně do 20 a Říčan (2006) až do 22 let. Macek (1999) v tomto ohledu poznamenává, že kognitivní a emocionální změny charakteristické pro adolescenci, např. zvýšená sebereflexe a emoční kolísavost, mají důsledek na sebepojetí. V adolescenci může také docházet k velké diskrepanci mezi aktuálním a ideálním Já, což se následně promítá i do sebepojetí člověka. V rámci křivky sebepojetí je důležité zmínit i poměrně mladý koncept, jehož autorem je Jefferey Arnett (2000, 2007). Ten hovoří o tzv. časně dospělosti neboli *emerging adulthood*, což je specifické období, datované cca od 18 do 25 let, kdy se jedinci již necítí jako dospívající adolescenti, avšak též ne jako plně dospělí. Toto období se vyznačuje jistou instabilitou, velkým zaměřením na sebe sama, utvářením identity a jakýmsi pocitem „bytí někde mezi“, což může mít též přirozený důsledek na sebepojetí jedince (Arnett, 2000, 2007). Dle Robins a Trzesniewski (2005) sebepojetí nabývá největších rozměrů právě v dospělosti, což autoři přisuzují nabývání společenského postavení prostřednictvím pracovních pozic apod.

K poklesu úrovně sebehodnocení (a tedy rovněž sebepojetí) poté dochází v období stáří. Člověk je v této věkové etapě vystavován různým ztrátám na poli fyzickém, duševním i sociálním. Dle Říčana (2006) mohou být někteří jedinci po padesátém roce života citově

zranitelnější, hůře zvládat stres a mohou propadat až pocitům méněcennosti. K vývojově klesající úrovni sebepojetí ve stáří se vyjadřují i Robins a Trzesniewski (2005). Tento fakt je však velmi variabilní a individuální, jelikož někteří lidé mohou být ve výborné psychické kondici až do velmi vysokého věku. Též je nutné podotknout, že uvedená vývojová specifika sebepojetí nejsou dogmatická a ve výsledku záleží především na individualitě člověka.

## 2.5 Úkoly sebepojetí

Sebepojetí má v životě člověka 2 základní úkoly:

### 1. Nástroj orientace v životě

Sebepojetí nám pomáhá v základní orientaci v různých vztazích, které nás každodenně doprovází, řídíme jím naše očekávání a chování (duševně zdravý člověk zná své možnosti, rozumí svým motivům, reaguje přiměřeně atd.) (Fialová, 2001).

### 2. Stabilizátor činnosti

Sebepojetí má tendenci ke stálosti, jednotě a odpírání změn. Vjemy vztažené k vlastní osobě jsou poměrně stálé (Fialová, 2001).

## 2.6 Sebehodnocení

### 2.6.1 Definice sebehodnocení

Anglickým ekvivalentem pro sebehodnocení je *self - esteem*, *self - evaluation* či *self - worth* (sebeúcta). Blatný (2010) sebehodnocení definuje jako mentální reprezentaci emočního vztahu k sobě. Sebehodnocením se tedy rozumí představa sebe sama z hlediska vlastní hodnoty a kompetence, ať už v oblasti morální, výkonové či sociální. Sebehodnocení mimo své hodnotící složky obsahuje i složku deskriptivních znalostí o sobě samém. Lze ho chápat jako dynamickou strukturu v situacích i v čase, která závisí na vnitřních i vnějších podmínkách, přičemž různé mentální reprezentace koncepcí Já mohou nabývat různých stupňů subjektivní důležitosti pro daného jedince (Watkins, & Dhawan, 1989, in Blatný, 2010; Blatný, 2010). V minulosti bylo sebehodnocení v důsledku různých teoretických přístupů pojímáno dvěma způsoby. Jedna skupina autorů považovala sebehodnocení za synonymní k pojmu sebepojetí, druhá skupina sebehodnocení považovala za aspekt sebepojetí (Blatný, 2010). Tato rozporuplnost se v jisté míře objevuje dodnes, k čemuž Fialová (2001) dodává, že jednoznačnou strukturalizaci není možné s ohledem na velké množství teoretických východisek, zaměřujících se na sebepojetí, očekávat.

Přestože je sebehodnocení specifičtěji definovatelné jako afektivní aspekt sebepojetí, je toto dělení možné pouze na teoretické úrovni. Na praktické úrovni jsou tyto dva termíny neodlučitelné

a není tedy možné zkoumat sebehodnocení, abychom se nedozvěděli něco o sebepojetí a naopak. S uvážením nejednoznačnosti „Já – terminologie“ a výše uvedených důvodů bude v této práci vycházeno ze synonymie obou termínů.

### **2.6.2 Utváření sebehodnocení a jeho aspekty**

Na utváření sebehodnocení se podílejí různé psychické procesy (kognitivní, volní i emocionální) (Fialová, 2001). Sebehodnocení je výsledkem sociálního srovnávání a sebezposuzování na základě pozorování vlastní činnosti. Důležité je především posílení z prostředí, zejména od významných druhých (Shavelton, Hubner, & Stanton, 1976, in Blatný, 2010).

Základními aspekty sebehodnocení jsou:

- pozitivita – negativita
- stabilita sebehodnocení (Blatný, 2010)

Pozitivní a negativní afektivita jsou dispozice k určitému druhu prožívání a zastávají důležitou roli v prožívání osobní pohody (*well – being*). Pozitivní hodnocení sebe sama je významným prediktorem životní spokojenosti. Současné poznatky též poukazují na větší význam stability sebehodnocení, než je jeho výška (Blatný, 2003; 2010).

### **2.6.3 Globální sebehodnocení**

Globálním, celkovým či všeobecným sebehodnocením (*global self – esteem*) se tradičně rozumí jednodimenzionální konstrukt, který vyjadřuje generalizovanou a poměrně stálou percepci hodnoty vlastního Já (Rosenberg, 1965, in Blatný, 2010). Dle Čačky (1997) celkové sebehodnocení tvoří subjektivně zobecněný přístup k sobě. Proti výše zmíněnému tradičnímu pohledu je v poslední době prosazováno hledisko, podle kterého globální hodnocení obsahuje dvě komponenty a to kompetentnost (*self – competence*) a sebepřijetí (*self – liking*). Kompetentnost se týká hodnocení schopnosti dosahovat výsledků, zatímco sebepřijetí je vymezováno jako internalizovaný citový vztah druhých k vlastní osobě (Blatný, 2010). Jak již bylo poznamenáno výše, v této práci je vycházeno ze synonymie sebepojetí a sebehodnocení. Tuto definici lze tedy povšechně aplikovat i na termín globální sebepojetí.

## 2.7 Tělesné sebepojetí

Tělesné sebepojetí (*physical self*) sehrává v životě člověka velmi důležitou roli. Lze ho vymezit jako emocionálně afektivní hodnocení vlastního těla, které zahrnuje jak osobní stanovisko (opírá se o vlastní zkušenost), tak i význam okolí (je ovlivňováno i míněním ostatních). Tělesné sebepojetí je tedy to, jak člověk vnímá a přemýšlí o svém těle a stejně jako sebepojetí ho charakterizují kognitivní, afektivní (emocionální) i konativní aspekty (Fialová, 2001; Grogan, 2000).

To, jak sami sebe vnímáme a hodnotíme, ovlivňuje naše prožívání a chování. Tělo je prostředkem interakce s okolím, sebevnímání a sebezpochopení. Současná doba začíná stále více prosazovat trend štíhlého, opáleného, pohledně a zdravě vypadajícího těla. Tělo bývá předváděno jako symbol úspěchu, objekt, do kterého musí být investováno a stává se tak jakýmsi „designérským produktem“. Někteří lidé se při posuzování člověka omezují pouze na to, jak vypadá. Určité požadavky na *image* a tělesnou podobu jedince má i spousta pracovních pozic na trhu práce. Každodenně jsme konfrontováni s „ideály“ vzhledu a tělesných proporcí, které se stávají symbolem neomezených kompetencí, úspěchu a štěstí. Společenský tlak na jedince je obrovský. Člověka neustále obklopují informace o tom, že pokud bude chtít a vyvine dostatečnou snahu, může tohoto ideálu dosáhnout. Je tedy zřejmé, že na lidské tělo jsou kladeny čím dál větší nároky a případné neúspěchy ve snaze o dosažení ideálu mohou mít negativní dopad na psychiku jedince. Z těchto a dalších důvodů je tělesné sebepojetí jednou z nejvýznamnějších složek celkového (globálního) sebepojetí (Fialová, 2001; Hátlová, 2005).

### 2.7.1 Body image

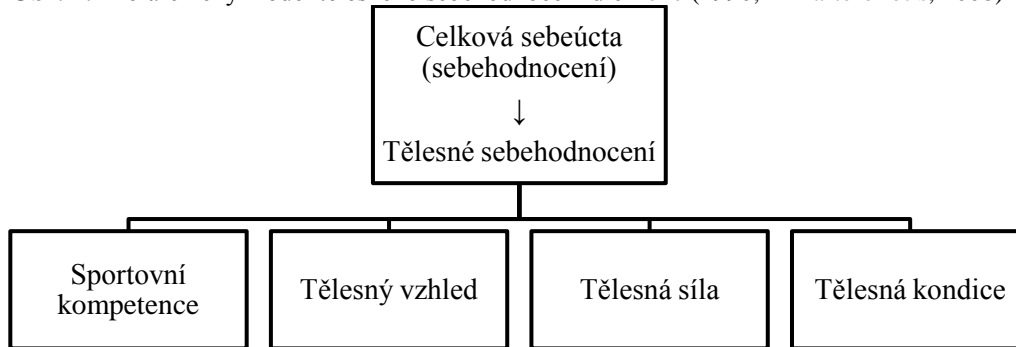
V rámci tělesného sebepojetí je považováno za signifikantní zmínění termínu *body image*. Dle Grogan (2001, 11) je *body image* „způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí“. Pojmy vztahující se k Já jsou, jak bylo již uvedeno, užívány nejednotně. Někteří autoři užívají stejné termíny pro různé obsahy, někteří mezi nimi naopak diferencují. To může mít za následek ztížené pochopení, orientaci v této problematice a v neposledním případě i obtížnou aplikaci výsledků výzkumných šetření. Termín *body image* je většinou překládán jako tělové schéma či tělesné sebepojetí a většina autorů vnímá *body image* jako synonymní k tělesnému sebepojetí. Stackeová (2007) mezi oběma pojmy vidí jisté nuance. Tělesné schéma (neboli *body image*), chápe jako pojem blízký zdravotnickým oborům,

protože se mj. zabývá neurofyziologickými a kineziologickými složkami vnímání těla. Naopak tělesné sebepojetí popisuje jako pojem, který je vhodný užívat v psychologickém a sociologickém kontextu a ve vztahu k celkovému sebepojetí. V souhlasu se Stackeovou (2007) bude používán termín z psychologického hlediska, tedy tělesné sebepojetí.

### 2.7.2 Komponenty tělesného sebepojetí

Tělesné sebepojetí je ovlivněno vývojem, osobnostní strukturou, tělesnými zkušenostmi, fyzickými parametry, ale i hodnocením druhých. Vnímání vlastního těla se vztahuje k několika tělesným komponentám, jejichž výčet se u jednotlivých autorů může lišit, nicméně v zásadních atributech jsou jednotlivé hierarchie obdobné (Fialová, 2001; Hátlová, 2005). Hypotetické znázornění tělesného sebehodnocení prezentuje následující obrázek.

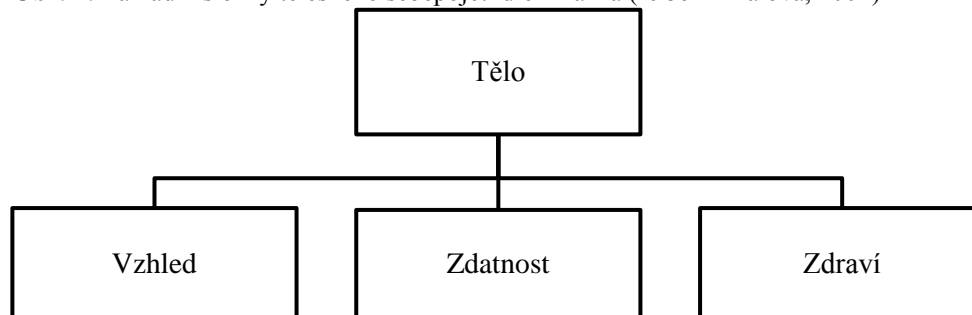
**Obr. 1:** Hierarchický model tělesného sebehodnocení dle Foxe (1990, in Karteroliotis, 2008)



Tato hierarchie v percepci vlastního těla zohledňuje sportovní kompetence, tělesný vzhled, tělesnou sílu a tělesnou kondici (Fialová, 2001; Hátlová, 2005). Další znázornění přináší Mrazek (1986, in Fialová, 2001), který mezi základní složky tělesného sebepojetí zahrnuje vzhled, zdatnost a zdraví, přičemž význam jednotlivých složek závisí na pohlaví a s věkem se mění. Ze všech uvedených prvků tělesného sebepojetí má tělesný vzhled největší vliv na celkové sebepojetí (Mrazek, 1986, in Fialová, 2001).



Obr. 2: Základní složky tělesného sebezpečení dle Mrazka (1986 in Fialová, 2001)



### 2.7.3 Základní složky tělesného sebezpečení

#### Vzhled

Na celkové sebezpečení má vzhled výrazný vliv. Představy o vlastním těle jsou důležitou součástí individuálního přijímání skutečnosti. Lze říci, že vzhled je naší vizitkou a jeho praktické projevy lze detekovat v mnoha oblastech každodenního života. Např. řada profesí má dnes speciální nároky na to, jak by měl člověk vypadat. Všeobecně je možné konstatovat, že vzhled je významnější spíše pro ženy, než pro muže, přesto i muži vzhledu a módním prvkům podléhají mnohdy víc, než by sami řekli (Fialová, 2001; Málková, 2008).

#### Zdatnost

Celková zdatnost je pojmána v celé své komplexitě jako zdatnost duševní, sociální, emocionální a tělesná. V rámci tělesného sebezpečení se již jedná pouze o tělesnou část. Zdatností se rozumí schopnost těla optimálně, hospodárně a efektivně fungovat. Zdatnost neboli tělesná kondice vyjadřuje dosažení harmonie těla i ducha. Člověk, který se cítí fit, je zpravidla spokojenější. Dobrá fyzická kondice předurčuje lepší odolnost vůči nemocem, možnost zvýšení tělesné zátěže a vede k psychické vyrovnanosti a atraktivnímu vzhledu, což má logický vliv na dobré duševní zdraví člověka (Fialová, 2001). Machová a Kubátová (2009) mezi základní složky zdatnosti řadí svalovou sílu, koordinaci, kloubní, šlachovou a vazovou pohyblivost a vytrvalost. Další pohled na specifikaci tělesné zdatnosti přináší např. Měkota a Cuberek (2007), kteří ji dělí na zdravotně orientovanou zdatnost (flexibilita, tělesné složení, vytrvalost, svalová síla apod.) a zdatnost výkonnostní, zahrnující všechny potřebné elementy pro podání adekvátního pracovního a sportovního výkonu.

#### Zdraví

Jak definuje WHO, zdraví je „stav komplexní fyzické, mentální a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné vady“. (World Health Organization, nedat.b, odst. 1). Zdraví je chápáno jak z objektivního, tak i subjektivního hlediska. Objektivní hledisko je dáno

názorem druhých lidí, u nás dominuje především názor lékaře. Ze subjektivního hlediska se jedná zejména o vnitřní pocity a vlastní mínění každého člověka o jeho zdravotním stavu. Fyzické zdraví velmi úzce souvisí se zdravím psychickým. Špatný tělesný stav tedy může přivodit psychické komplikace a naopak chatrné duševní zdraví může být příčinou tělesného onemocnění (Fialová, 2001).

#### **2.7.4 Tělesné sebepojetí muže a ženy**

Tělesné sebepojetí ženy a muže se vyznačuje určitými rozdíly. Ženy jsou svým tělem všeobecně více determinovány, záleží jim především na tělesné stavbě, přičemž je preferována štíhlost a celková atraktivní podoba zevnějšku. U mužů je nejvíce upřednostňována středně velká (mezomorfni) a alespoň mírně svalnatá postava s dobře vyvinutými svaly na hrudi, ramenou a pažích, dále štíhlý pas a boky. V případě nespokojenosti s tělem si ženy většinou přejí zeštíhlet, na rozdíl od mužů, kteří si přejí být ve stejné míře štíhlejší i mohutnější (Grogan, 2000; Fialová, 2001).

### **2.8 Aktuální a ideální Já**

Rogers (nedat., in Drapela, 2003; srov. Hayesová, 2007) se v rámci problematiky sebepojetí zabývá tzv. reálným Já (aktuální Já), které vyjadřuje přesvědčení jedince o tom, jaký si myslí, že je a ideálním Já, které reprezentuje představu jedince, jakým doufá, že se stane. Přílišnou diskrepanci mezi reálným a ideálním Já Rogers vnímá jako patologickou.

Negativní následky diskrepance mezi složkami aktuálního a ideálního Já předpovídá i ve své teorii diskrepance v sebepojetí Higgins (1987), který se mimo těchto dvou složek zmiňuje i o tzv. požadovaném Já, které reprezentuje ty atributy, u kterých se člověk domnívá, že by je měl mít (ve smyslu povinností, odpovědnosti, úkolů apod.). Dle Higginse vede diskrepance mezi aktuálním a ideálním Já k absenci pozitivních pocitů, ke sklíčenosti a k negativním závěrům o sobě. Člověk je potom náchylný k depresivně laděným emocím, jako je nespokojenost, zklamání, smutek, může prožívat neklid a napětí. Jak konstatuje Fialová (2001), rozpor mezi oběma představami Já se mohou týkat jakýchkoliv vlastností, které jedinec pokládá za důležité (vzhledových, charakterových i výkonových) a na druhou stranu představy ideálního Já mohou působit motivačně a být zdrojem sebezdokonalování. (Blatný, 2010; Fialová, 2001; Higgins, 1987).

### 3 Kvalita života

Termín „kvalita života“ byl poprvé zmíněn ve 20. letech 20. století, avšak tematika kvality života je obsažena ve všech filosofických systémech prakticky od samotného počátku dějin filosofie. Kvalita života (*quality of life*) je komplexní multidimenzionální a interdisciplinární pojem, který je často v rámci různých vědních odvětví, teoretických přístupů i jednotlivých autorů odlišně definován i strukturován (Heřmanová, 2012; Hnilicová, 2005; Hoganová, 2001). Jak tvrdí Heřmanová (2012), obtížná uchopitelnost vychází zejména z komplexity a komplikovanosti života jako takového, který je utvářen nepřeborným množstvím vnějších i vnitřních faktorů, činností a interakcí v kontextu překrývajících se zájmů, sociálních skupin a mnoha dalších činitelů, v neposlední řadě i náhod.

V posledních dvou desetiletích kvalita života a její zkoumání zažívá jistý *boom* a do této problematiky se zapojilo mnoho odborníků z různých vědních disciplín, přičemž největší zastoupení je nalézáno zejména u psychologie, medicíny, sociologie, kulturní antropologie a ekonomie. V této práci bude rozpracována kvalita života především z psychologického hlediska (Hnilica, 2005; Hnilicová, 2005; Ludíková, 2012).

K termínu kvalita života mají blízko pojmy osobní pohoda (*well being*), životní spokojenost (*life satisfaction*), štěstí (*happiness*), požitek blaha (*welfare*) či tělesná pohoda (*wellness, fitness*) (Hnilicová, 2005; Šolcová, & Kebza, 2004).

#### 3.1 Definice kvality života

V nejobecnějším slova smyslu lze kvalitu života označit jako určitou úroveň dimenzí života, které jsou více či méně konsenzuálně definovány a vyjadřují důležité společenské cíle a hodnoty (Fallowield, 2009; Land, 2001).

WHO v rámci WHOQOL - World Health Organization Quality of Life (1997) kvalitu života formuluje jako individuální vnímání jedince vlastní pozice v životě v kontextu kultury, hodnotového systému, ve vztahu ke svým očekáváním, cílům, normám a obavám. Je to rozsáhlý koncept zahrnující fyzické zdraví, psychický stav člověka, sociální vztahy, míru nezávislosti, osobní přesvědčení a jejich vztah k prostředí.

Vymětal (2003, 198) kvalitu života formuluje ze dvou přístupů, objektivního a subjektivního, o kterých bude pojednáno níže. V rámci objektivního přístupu vnímá kvalitu života jako „výsledek sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek

ovlivňujících rozvoj lidí“ a zároveň jako „stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života“. V rámci subjektivního přístupu je kvalita života to, jak člověk vnímá a hodnotí svoji pozici ve světě ve vztahu ke svým očekáváním, cílům, zájmům a to vše v souvislosti s hodnotovými systémy a kulturou, ve které žije. Dále podotýká, že konečná spokojenost či nespokojenost je ovlivněna objektivním zdravotním stavem, interpersonálními vztahy a celkovou životní smysluplností.

## 3.2 Dimenze kvality života

Ke konceptu kvality života lze zpravidla přistupovat ze dvou východisek:

- subjektivní kvalita života
- objektivní kvalita života

Subjektivní kvalita života se týká emocionality člověka a všeobecné životní spokojenosti tak, jak je člověk hodnotí ze svého pohledu, kdežto objektivní kvalita života se týká splnění potřeb ohledně sociálních a materiálních životních podmínek, sociálního statusu a tělesného zdraví. Subjektivní kvalita života je též některými autory označována jako *subjective well being* či *psychological well - being* (Hnilica, 2005; Hnilicová, 2005; Vymětal, 2003).

Jiný náhled na koncept kvality života přináší model vyvinutý Centrem pro podporu zdraví Univerzity v Torontu. Zdůrazňuje fyzické, psychické i duchovní fungování jednotlivců a sestává ze tří životních domén.

### 1. Být (*being*)

Tato doména se týká osobních charakteristik jedince a zahrnuje fyzické, psychické a spirituální bytí.

### 2. Někam patřit (*belonging*)

Tato doména je charakterizována fyzickým (domov, škola, pracoviště), sociálním (rodina, přátelé) a komunitním (rekreační a společenské aktivity, finanční příjmy, vzdělávací možnosti apod.) prostředím.

### 3. Realizovat se (*becoming*)

Tato doména je vyjádřena praktickou (práce, aktivity, sociální začleňování), růstovou (rozvoj znalostí, dovedností) a volnočasovou realizací (Ludíková, 2012; University of Toronto, nedat.).

### 3.3 Rozsah pojetí kvality života

Křivohlavý (2002) vymezuje čtyři roviny kvality života podle Engela a Bergsmy (1988). K důležitosti těchto rovin podotýká, že pokud se zabýváme touto problematikou, měli bychom mít ujasněné, ve které rovině o kvalitě života smýšlíme.

- **Makro - rovina** - Jedná se o nejhlubší zamyšlení nad otázkami kvality života z hlediska velkých společenských celků, např. země, kontinentu apod., kdy se nad kvalitou života uvažuje z pohledu absolutního smyslu života. Kvalita života je v tomto případě např. tématem politických úvah (otázky hladomoru, epidemií, terorismu apod.).
- **Mezo - rovina** - V této rovině se kvalita života měří v malých sociálních skupinách, např. ve škole, nemocnici, podniku apod. Mimo základního respektu k morální hodnotě člověka jsou sledovány otázky ohledně primárních potřeb jedince, mezilidských vztahů, sociálního klimatu, sdílení hodnot atd.
- **Personální (osobní) rovina** - Zde se jedná o člověka samotného, kvalita života je zaměřena na subjektivní hodnocení jedince, tedy na jeho spokojenost, zdravotní stav atd. Do hodnocení se promítají i individuální hodnoty člověka, jako jsou naděje, přesvědčení, očekávání apod.
- **Rovina fyzické existence** - V této rovině jde o fyzickou existenci a chování druhých, které je měřitelné, pozorovatelné a porovnatelné, např. jak kdo chodí.

### 3.4 Zkoumání kvality života

Psychologie i většina vědních disciplín se dnes přiklání k subjektivnímu hodnocení kvality života, které je pojímáno jako stěžejní a určující v životě člověka (Mühlpachr, 2005).

Současné zkoumání subjektivní kvality života se zaměřuje na:

- Celkovou spokojenost se životem.
- Spokojenost s dílčími oblastmi života.
- Hledání nejdůležitějších faktorů podmiňujících vznik subjektivního pocitu kvality a smysluplnosti života (Heřmanová, 2012).

### 3.4.1 Měření kvality života

Jak konstatuje Ludíková (2012, 36), „*přesné, spolehlivé a teoreticky ucelené měření kvality života, na němž by se shodla převážná část odborné veřejnosti, prozatím bohužel neexistuje*“. Metody měření kvality života doposud nejčastěji pracují s kognitivní dimenzí prožívané subjektivní pohody. Ta vyjadřuje subjektivní hodnocení vlastního života (jak svůj život hodnotíme celkově či v rámci jeho jednotlivých aspektů, s čím jsme spokojeni, s čím naopak ne apod.). Druhá, emocionální dimenze reprezentuje citové prožívání a převažující emoční naladění.

### 3.5 Osobní pohoda

S kvalitou života souvisí termín osobní pohoda (*well – being*), přičemž tyto dva pojmy bývají většinou vnímány jako synonymní. Šolcová a Kebza (2004) v tomto ohledu upozorňují na neúplný, avšak vcelku ustálený překlad *well - being* jako „duševní pohodu“. Duševní pohoda však tento termín zcela nevystihuje, protože *well - being* má dimenzi nejen duševní, ale i tělesnou a sociální. Proto se autoři přiklánějí k českému ekvivalentu „osobní pohoda“. Někteří autoři zmíněnou synonymii nepodporují a osobní pohodu od kvality života odlišují.

Dle Šolcové a Kebzy (2004, 21) je osobní pohoda „*dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem*“. Autoři dále uvádějí, že osobní pohoda je zejména celkovým hodnocením kvality života. Pro úplnost definování osobní pohody je signifikantní zmínit, že osobní pohoda není jen absencí negativních pocitů, deprese a distresu, jelikož nízká hladina negativních pocitů v žádném případě nepředznamenává vysokou úroveň osobní pohody. Osobní pohoda tedy musí zahrnovat i pocity štěstí, sebeúcty, vyrovnanosti atd. Ač jsou tyto termíny vnímány jako rozdílné či nikoliv, prakticky se s ohledem na pojetí mnoha autorů i obecně vědních disciplín jedná o menší odlišnosti a oba dva termíny jsou velmi úzce spojeny a navzájem se doplňují. Sheldon a Schmuck (2001, in Šolcová, & Kebza, 2004) konstatují, že pro osobní pohodu člověka je důležitý soulad se sebou samým. Vzhledem k přílišné rozporuplnosti teoretických přístupů budou v této práci termíny kvalita života a osobní pohoda vnímány jako synonymní.

### **3.6 Determinanty kvality života**

Šolcová a Kebza (2004) uvádějí několik determinant dle Levina a Chattersové (1998) ovlivňujících osobní pohodu (či kvalitu života). Mezi nejvýznamnější determinanty byly zařazeny zdravotní stav, objektivní indikátory činnosti a tělesných funkcí, subjektivní posouzení zdraví, socioekonomický status, věk, víra, etnicita, sociální opora, sebeúcta. Dánští autoři Ventegodt, Madsen, Andersen a Merrick (2008) ve své studii zjišťující determinanty kvality života, zdraví a schopností došli k závěru, že největší vliv na kvalitu života má celkový pohled jedince na život, vztah k sobě, dobré vztahy s druhými, především s partnerem a přáteli a různé faktory zdraví jedince. Objektivní faktory, jako je věk, pohlaví, peníze, práce či hmotnost nebo faktory životního stylu, jako je cvičení, držení diet, ale i užívání tabáku, alkoholu nebo drog neměly na kvalitu života zásadní vliv.

### **3.7 Kvalita života a obezita**

Jak tvrdí Hainer a Bendlová (2004), obezita negativně ovlivňuje kvalitu života z pohledu fyzických i mentálních charakteristik. V komparaci s předchozí studií je důležité zmínit, že míra ovlivnění kvality života závisí především na stupni nadváhy či obezity, dle Hainera a Bendlové (2004) i na věku a pohlaví. U morbidně obézních jedinců či u jedinců s vyšším stupněm obezity vzhledem k mnoha negativně působícím faktorům s obezitou spojených lze očekávat jisté zhoršení kvality života. Též je možné uvažovat, že u mírně obézních jedinců tato zhoršení nemusí být zdaleka tak významná. Z hlediska percepce obezity jsou ženy oproti mužům více zatíženy estetickým hlediskem. Obézní žena v západní kultuře na rozdíl od muže zpravidla pocítuje vyšší míru diskriminace, a to například v zaměstnání či partnerských vztazích. U mužů má obezita negativní dopad především na fyzické funkce a subjektivní pocit zdraví. V případě morbidní obezity jsou již ovlivněny všechny aspekty kvality života nehledě na pohlaví jedince (Hainer, & Bendlová, 2004).

V rámci výzkumného projektu Životní styl a obezita České lékařské společnosti ČSL JEP a České obezitologické společnosti (2006) bylo zjištěno, že lidé s normální hmotností dosahují celkově vyšší průměrné kvality života, přičemž největší rozdíl mezi obézními a neobézními jedinci byl zaznamenán u celkového fyzického zdraví. Index kvality života poté klesá s věkem člověka. Výsledky studií týkajících se vztahu obezity s kvalitou života jsou však různé, což dokládá např. výzkum Ventegodt et al. (2008), viz výše, kteří nepotvrdili, že by obezita mohla mít s vnímáním kvality života signifikantní vztah.

### **3.7.1 Vliv redukce hmotnosti na kvalitu života**

Studie 200 probandů dospělé populace, kteří podstoupili gastrický (žaludeční) bypass a v průběhu 92 týdnů snížili svoji hmotnost o 39%, dokázala významná zlepšení v kvalitě života související s celkovým zlepšením fyzického a duševního zdraví. Dále bylo zjištěno významné zvýšení tělesného sebepojetí ve srovnání s předoperačním měřením. Je tedy možné usuzovat, že větší ztráta hmotnosti je u obézních pacientů spojena se zlepšením kvality života, tělesným sebepojetím i celkovým tělesným a duševním zdravím (Sarver et al., 2010).

V tomto případě je opět dobré mít na paměti, že v případě gastrického bypassu se jedná o jedince s BMI  $\geq 40$ , tedy v pásmu III. stupně (morbidní) obezity či u jedinců s BMI  $\geq 35$ , čili v pásmu II. stupně obezity, s rizikem přidružených chorob (Braunerová, & Hainer, 2010). Na základě uvedených poznatků lze tedy souhrnně říci, že obezita s největší pravděpodobností negativně souvisí s kvalitou života. Tato souvislost však významně závisí na stupni nadměrné hmotnosti.

### **3.8 Vztah obezity s tělesným sebepojetím**

Výsledky výzkumů zabývajících se vztahem BMI s tělesným sebepojetím se v jednotlivých kulturách liší. Agarwal, Bhalla, Kaur a Babbar (2013), zkoumající mj. vliv vysokého BMI (v kategorii obezity) na tělesné sebepojetí vysokoškolských studentů v severní Indii, neprokázali statisticky významné korelace mezi vysokým BMI a tělesným sebepojetím jedince. Výsledky ukázaly, že obezita nemá společensky nežádoucí význam pro indickou mládež. Agarwal et al. (2013) se na základě porovnání s dalšími obdobnými studiemi domnívají, že míra stigmatu spojeného s obezitou může být v různých kulturách odlišná (dle autorů studie prováděné u čínských studentů došly k podobným závěrům). Oproti tomu výzkumy realizované v Severní Americe ukázaly výrazně nižší sebepojetí obézních dětí a adolescentů.

Autoři dále poukazují na výzkumy prováděné u adolescentních dívek ve třech různě „westernizovaných“ a urbanizovaných čínských lokalitách, přičemž touha po nejnižší hmotnosti byla zaznamenána u dívek žijících v nejmodernějším městě. Je tedy možné, že dopad nadměrné hmotnosti na psychiku jedince se může odlišovat ve stupni „západní orientace“ a modernizace, mezi jednotlivými rasami, v kulturních rozdílech ideálu tělesné podoby a ve výši stigmatizace obezity (Agarwal et al., 2013).



U nás se vztahem obezity s tělesným sebepojetím a globálním sebehodnocením zabývala např. ve své disertační práci Janyšková (2011). Výzkumu se podrobilo 90 obézních pacientů obezitologického centra, kteří byli sledováni v průběhu redukční léčby. Po šesti měsících redukční léčby bylo zjištěno eminentní zvýšení globálního sebehodnocení a taktéž tomu bylo i u tělesného sebepojetí.

Zajímavým zjištěním např. bylo, že mezi tělesným sebepojetím a globálním sebehodnocením byl prokázán statisticky signifikantní vztah pouze u žen. U obou pohlaví byla v nejtěsnějším vztahu s globálním sebehodnocením fyzická síla a lze tedy předpokládat, že právě fyzická síla (popř. kompetence fyzické mobility) je pro úroveň globálního sebehodnocení velmi důležitým faktorem. Dále bylo zjištěno, že po snížení tělesné hmotnosti došlo u žen k zeštíhlení aktuálního Já, avšak zároveň i k posunu ideálního Já ke štíhlejší postavě. Oproti tomu u mužů se ideální Já vzhledem k testování před redukcí hmotnosti nezměnilo a došlo tedy ke snížení tělesné diskrepance a snížení subjektivní nespokojenosti s tělem. Mezi BMI, globálním sebehodnocením a tělesným sebepojetím nebyl nalezen statisticky významný vztah. Ten se prokázal až u obézních, kterým se podařilo snížit svoji hmotnost o více než 10%. (Janyšková, 2011). Tento fakt však mohl být způsoben tzv. „efektem stropu“, kdy výsledné hodnoty mohly být u všech obézních vysoké, nemusela se tedy objevit variance, což mohlo mít za důsledek neexistenci vztahu mezi proměnnými.

### III Empirická část

## 1 Vymezení cíle výzkumu a výzkumného problému

### 1.1 Výzkumný problém

Obezita je chronické metabolické onemocnění, které je definováno BMI větším či rovným 30 (Hainer, 2004b; World Health Organization, 2013). Jedná se o celosvětovou epidemii, jejíž prevalence má stále vzestupnou tendenci a takto je tomu i u nás. V České republice se s obezitou potýká 21% dospělé populace (Všeobecná zdravotní pojišťovna, 2010; Hainer, 2004a). Dopad obezity na fyzické zdraví člověka je všeobecně znám a poznatky v této problematice jsou neustále prohlubovány mnoha novými studiemi. Méně četné jsou však studie zjišťující působení obezity na psychický stav člověka.

S ohledem na aktuálnost tématu, rizika, které obezita přináší a stoupající podíl obézní populace, je detailnější a četnější bádání v této oblasti téměř nutností. Některé výzkumné studie poukazují na vztah obezity, zejména jejích vyšších stupňů, s psychickým zdravím a kvalitou života člověka. Například Maddi et al. (1997) nalézají u obézních jedinců vyšší procento anxiety, deprese či vyšší sklon k závislostem. Fabricatore a Wadden (2004) poukazují na souvislost obezity s psychickými a emocionálními komplikacemi. Sarver et al. (2010) ve své studii dokládají, že obezita má určitý vliv na kvalitu života, tělesné sebepojetí a celkové fyzické a psychické zdraví. Komplikace možného dopadu obezity na psychický stav jedince může zvyšovat fakt, že obézní člověk se ve svém životě může potýkat se stigmatizací a diskriminací, což má též logický důsledek na jeho psychické zdraví (Puhl, & Heuer, 2010; Schafer, & Ferraro, 2011). Pro komplexitu je však nutné uvést, že ne všechny výzkumy vliv obezity na sebepojetí jedince a vnímání kvality života potvrzují, viz např. studie Agarwal et al. (2013) či Ventegodt et al. (2008).

Vztah obezity se sebepojetím člověka či její determinace subjektivního vnímání kvality života jsou zkoumány především v zahraničí. V České republice se touto tematikou mnoho autorů nezabývá a psychologické zkoumání v tomto odvětví má u nás stále malé zázemí. Zejména podrobnější zkoumání vztahu obezity s aspekty sebepojetí, spokojenost s tělem a její souvislost s tělesným sebepojetím či podrobnější rozpracování vztahu BMI, sebepojetí a kvality života je u nás dosud nepříliš probádaným tématem.

Problematiku tělesného sebepojetí a globálního sebehodnocení obézních jedinců rozpracovává například Janyšková (2011), která přinesla podnětná zjištění ohledně změn mnohých proměnných u obézních jedinců v průběhu redukční léčby.

Tato bakalářská práce volně navazuje na uvedená teoretická východiska a výsledky výzkumných studií, přičemž se snaží o pojetí této problematiky z jiného úhlu, než v kontextu redukční skupiny. Dosavadní zjištění, zejména u zahraničních studií, nejsou jednoznačná. V návaznosti na tento fakt se autorka snaží zjistit, zda je obezita pro zkoumaný vzorek české populace důležitým faktorem pro sebepojetí, vnímání kvality života a další zkoumané proměnné.

## **1.2 Cíl výzkumu**

Cílem výzkumu je porovnání dvou skupin lidí, skupiny obézních jedinců se skupinou jedinců s hmotností v normě a studovat tak vztah obezity se sebepojetím a kvalitou života u českého vzorku dospělé populace. Za cíl je kladeno zjištění případných rozdílů ve zkoumaných proměnných mezi oběma skupinami, a tedy detekce možného vztahu nadměrné hmotnosti se sebepojetím a kvalitou života jedince. Dále je cílem studovat vztah mezi nespokojeností s tělem a tělesným sebepojetím. Též je za cíl kladeno zjištění možného vztahu mezi BMI a tělesným sebepojetím.

## 2 Hypotézy

**H1:** Obézní jedinci dosahují v globálním sebepojetí celkově nižších skóre, než jedinci s váhou v normě.

**H1<sub>a</sub>:** Obézní jedinci vykazují v tělesném sebepojetí celkově nižší skóre, než jedinci s váhou v normě.

**H1<sub>b</sub>:** Se stoupajícím BMI klesá úroveň tělesného sebepojetí.

**H2:** Indikátor nespokojenosti s tělem je vyšší u obézních jedinců.

**H2<sub>a</sub>:** Indikátor nespokojenosti s tělem je v negativním vztahu s tělesným sebepojetím.

**H3:** Obézní jedinci vykazují ve Škále spokojenosti se životem celkově nižší skóre, než jedinci s váhovou normou.

## 3 Metodika

### 3.1 Typ výzkumu

Pro výzkum byl zvolen kvantitativní přístup získání dat za pomoci kvantitativní diagnostické metody dotazníkového šetření, přičemž bylo užito neexperimentálních výzkumných projektů a to kombinace korelační a srovnávací studie. Primárním cílem korelační studie není popis komplexního jevu, ale zjišťování souvislostí a vztahů mezi proměnnými (Ferjenčík, 2010; Jeřábek, 1992). Srovnávací studie je zaměřena na srovnání jednotlivých souborů na základě určených charakteristik (Jeřábek, 1992). Pomocí korelační studie byl zjišťován vztah mezi tělesným sebepojetím a indikátorem nespokojenosti s tělem a souvislost mezi tělesným sebepojetím a výškou BMI. Za pomoci srovnávací studie byly porovnány výsledky testů výzkumné a kontrolní skupiny, tedy obézních jedinců a jedinců s hmotností v normě.

### 3.2 Metody sběru dat

Data byla sebrána formou dotazníkové baterie.

### 3.3 Metody výzkumu

#### 3.3.1 Body Mass Index - BMI

Pro zařazení do kategorií tělesné hmotnosti byl použit index BMI. BMI je metoda, která na základě tělesné výšky a tělesné hmotnosti identifikuje podváhu, normální váhu, nadváhu a obezitu u dospělých jedinců. BMI je počítáno na základě vzorce **hmotnost (kg)/ výška (m<sup>2</sup>)** (World Health Organization, nedat.a). Dle WHO (nedat.a) jsou hmotnostní kategorie stanoveny následovně: BMI < 18.50 je podváha, BMI ≥ 18.50 a zároveň ≤ 24.99 je normální váha, BMI ≥ 25.00 a zároveň ≤ 29.99 je nadváha a BMI ≥ 30.00 je obezita. Všechny tyto kategorie jsou též rozdělovány do podrobnějších podkategorií. BMI je celosvětově nejužívanější metodou nejen pro detekci nadváhy a obezity u dospělé populace a to zejména kvůli své použitelnosti pro obě pohlaví, finanční i časové nenáročnosti a možnosti užití u velkého vzorku populace.

### 3.3.2 Physical Self - Description Questionnaire - PSDQ

Pro zjištění globálního (celkového) sebepojetí a tělesného sebepojetí byl použit Physical Self - Description Questionnaire autora Marsh (1999). Physical Self – Description Questionnaire, dále jen PSDQ, je multidimenzionální nástroj (původně v anglické verzi), který vychází ze širšího pojetí sebepercepce a je určen pro použití u všech věkových kategorií (Marsh, Martin, & Jackson, 2009). Jedná se o 70 - ti položkový dotazník, který se skládá z 11 - ti subškál a to z 9 subškál měřících faktory tělesného sebepojetí, jedné sebehodnotící škály, zjišťující globální vztah k sobě a jedné škály měřící globální tělesné sebepojetí. Na každou položku respondent odpovídá na šestibodové škále, přičemž 1 odpovídá výroku „zcela nesouhlasí“ a 6 „zcela souhlasí“.

PSDQ byl standardizován v Austrálii prostřednictvím Self - concept Enhancement and Learning Facilitation Research Centre a byl ověřen mnoha studiemi v Austrálii a v několika evropských zemích (Peart, Marsh, & Richards, 2005). Pro českou populaci standardizace dosud nebyla provedena. Původní anglická verze dotazníku byla autorkou přeložena a následně předložena ke korektuře jazykovému expertovi.

Dle Schipke a Freund (2012), kteří provedli rozsáhlou metaanalýzu posuzující spolehlivost dotazníku, dosahuje PSDQ na základě empirických důkazů dobré vnitřní konzistence (průměrný odhad spolehlivosti je ve všech škálách je vyšší než  $\alpha = 0,8$ ), má dobrou test - retestovou reliabilitu, přičemž po 3 měsících od testování její hodnota dosáhla 0,83 a v po 14 měsících 0,69. Nejnižšího odhadu reliability dosahuje faktor zdraví ( $\alpha = 0,823$ ) a nejvyššího faktor tělesného tuku ( $\alpha = 0,943$ ). Dotazník PSDQ je tedy psychometricky silným nástrojem. Dále se autoři shodují, že použitím přeložených verzí dotazníku se koeficient reliability snižuje. Celkovou dobrou reliabilitu a zobecnitelnost prokázaly i další studie, např. Famose, Guérin a Marsh (2004; srov. Fu et al, 2013; Hentati, & Elloumi, 2013). Ke zjištění tělesného sebepojetí bylo použito 9 subškál měřících faktory tělesného sebepojetí. Globální sebepojetí bylo zjišťováno za pomoci dvou globálních subškál dotazníku PSDQ.

O měření sebepojetí pojednávají Blatný a Plháková (2003), podle nichž je ke zkoumání sebepojetí využíváno mj. i strukturovaných dotazníků, sebesposuzovacích a sebehodnotících škál. Sebehodnotící škály zjišťují globální, resp. celkový vztah k sobě samému. Možnost použití sebehodnotících škál pro zjišťování sebepojetí potvrzuje i Hadj Moussová (2009).

### 3.3.3 Stunkard Figure Rating Scale - FRS

Ke zjištění stupně subjektivní nespokojenosti s vlastním tělem (indikátoru tělesné nespokojenosti) byla využita nestandardizovaná metoda, přesto však hojně používaná technika siluet Stunkarda, Schulingera a Sorensena (1983, in Lynch, 2009; Grogan, 2000). Techniky siluet jsou základní metody sloužící k posouzení nespokojenosti s vlastním tělem. Tyto metody užívají schematických obrazů či siluet postupně se zvětšujících velikostí. Použitím této techniky je možné zjišťovat subjektivní vnímání jak vlastního, tak i cizího těla včetně emocionálně kognitivních aspektů v rámci tělesné spokojenosti (Fialová, 2001; Lynch et al., 2009). Jelikož jsou překlady této techniky nejednotné, bude užíváno původního anglického znění Stunkard Figure Rating Scale.

Stunkard Figure Rating Scale sestává z devíti mužských i ženských schematických postav, které jsou postupně seřazeny od velmi hubené až po velmi obézní. Úkolem probanda je na základě vlastního hodnocení vybrat tu siluetu, o které si myslí, že nejlépe vystihuje jeho aktuální postavu. Dále vybírá takovou postavu, kterou subjektivně vnímá jako ideální (a přál by si tak vypadat) a popř. i postavu, která je podle probanda společensky nejžádanější. Míra diskrepance mezi odhadem aktuální a ideální postavy je indikátorem stupně nespokojenosti s vlastním tělem. Respektive čím větší je rozdíl mezi oběma odhady, tím vyšší je i míra nespokojenosti (Fialová, 2001). Jelikož tato metoda není standardizována, metodika k jejímu vyhodnocení není vytvořena. Při jejím užití je možné vycházet z pojetí Léblové (2009), která spokojenost s tělem ve své diplomové práci podrobně rozpracovává.

Siluetu zahrnují všechny váhové kategorie. Bhuiyan, Gustat, Srinivasan a Berenson (2003) a Lynch et al. (2009) je pro lepší orientaci rozdělují následovně: 1. a 2. silueta představuje podváhu, 3. a 4. silueta normální váhu, 5., 6. a 7. silueta nadváhu a 8. a 9. silueta je ukazatelem obezity. Na základě dobré test - retestové reliability a mírných korelací s dalšími metodami zjišťujícími míru tělesné nespokojenosti, poruchy příjmu potravy a celkové sebehodnocení byla tato metoda uznána jako vhodný nástroj pro měření tělesného sebepojetí (Thompson, 1991). Dostupné studie, užívající tuto metodu, udávají dobrou validitu a reliability. Např. Lo, Ho, Mak a Lam (2012), testující Stunkard Figure Rating Scale u čínských studentů, konstatují, že test - retestová reliability převyšuje 0,70. Dále popisují silné korelace této metody s naměřeným BMI. K totožným závěrům dochází i Wertheim, Paxton a Tilgner (2004).

### 3.3.4 Škála spokojenosti se životem - SSŽ

Ke zjištění subjektivního vnímání kvality života byla použita Škála spokojenosti se životem. Škála spokojenosti se životem, dále jen SSŽ, byla převzata od Heleny Hnilicové (2004). Škála byla jako dotazníková technika použita k explorativní studii společenských změn v letech 1990 – 2000 a ovlivnění kvality života těmito změnami. Studie byla provedena Ústavem pro humanitní studia v medicíně a byla jedním z výstupů řešení výzkumného záměru 1. LF UK v Praze „Cíle medicíny a kvality života“ (Hnilicová, 2004). SSŽ je z části původním dílem autorky a kolektivu spoluautorů; Hnilica, Janečková, Křížová, Payne a Schwarz. Dle Valjenta a Flemra (2010) je SSŽ mimo dalších metod jednou z nejpoužívanějších k měření subjektivní kvality života. I přes tato zjištění nebyly dosud informace o standardizaci a psychometrických údajích nalezeny.

SSŽ sestává ze čtrnácti položek týkajících se spokojenosti s jednotlivými oblastmi života, např. se svým vzhledem, tělesnou váhou, přáteli, volným časem apod. V rámci dotazníku byly na základě pilotní studie, která prokázala nejasnost některých položek, provedeny dvě drobné úpravy. U otázky „Jsem spokojený/á se svojí osobní autonomií“ bylo v rámci lepší srozumitelnosti k pojmu „autonomie“ připojeno slovo analogického významu „svoboda“. Dále byl u položky dotazující se na spokojenost s životním partnerem připojen dodatek pro respondenty, kteří v současné době nemají partnera. Dodatková instrukce zněla, aby hodnotili svoji spokojenost se současným stavem „nezadaný/á“.

## 3.4 Administrace dotazníkových baterií

Dotazníková baterie sestávala z dotazníku PSDQ (Physical Self - Description Questionnaire), FRS (Stunkard Figure Rating Scale) a SSŽ (Škála spokojenosti se životem), k nimž byl připojen úvodní anamnestický dotazník, zjišťující základní sociodemografické údaje a údaje o tělesné hmotnosti a výšce.

Po sestavení dotazníkových baterií byla provedena pilotní studie, zahrnující 15 probandů, na základě které byly položky, označené jako méně srozumitelné či nepřesné, poupraveny či opatřeny upřesňujícím dodatkem. Též byla na základě pilotní studie odhadnuta časová dotace vyplnění dotazníku na 30 - 35 minut.

Pro výzkumnou skupinu bylo osloveno 27 dostupných organizací, osob či různých institucí zabývajících se snižováním nadváhy a obezity. Z celkového počtu všech oslovených na žádost o spolupráci reagovalo 10 pracovišť, přičemž s aktivní spoluprací jich souhlasilo 5.



Jednalo se o zařízení situovaná v Českých Budějovicích a to o obezitologickou ambulanci, rekondiční centrum pro osoby s nadváhou či obezitou a výživová poradenství. Po konzultacích s vedoucími pracovníky výše zmíněných zařízení byla dotazníková baterie administrována klasickou formou tužka - papír. Též bylo po domluvě s vedoucími pracovníky rozhodnuto, že tyto dotazníkové baterie budou předány klientům přímo obezitologem, výživovými poradci či jinými zaměstnanci, podílejícími se na poradenství, administraci či rekondičním tréninku. Dotazníky byly klientům předávány přímo při návštěvě a sezeních s odborníky či při návštěvě rekondičního centra. Bylo tak učiněno zejména pro většinovou nemožnost osobního kontaktu s klienty, jelikož jim je v těchto centrech zajišťována naprostá anonymita a právě ubezpečení o anonymitě (v rámci povědomí o privátnosti údajů poskytovaných klienty, např. tělesná hmotnost) obsahovaly i předkládané dotazníkové baterie. Pro zvýšení motivace k vyplnění bylo respondentům v případě jejich zájmu nabídnuto možné zaslání výsledků výzkumu.

Z celkového počtu 135 rozdaných dotazníkových baterií návratnost činila 47,4 % a po vyloučení 11 neúplně vyplněných dotazníků či dotazníků neodpovídajících kritériím bylo finálně použito 53 dotazníků. Na základě splnění stanovených kritérií bylo do výzkumné skupiny přidáno dalších 13 dotazníků, původně administrovaných kontrolní skupině. Celkový počet použitých dotazníků pro výzkumnou skupinu tedy činil 66.

Pro kontrolní skupinu byli kvůli maximální možné porovnatelnosti skupin zvoleni jedinci navštěvující fitness centra, sportovní centra, posilovny či obdobná zařízení. Pro zajištění co možná největší návratnosti a zjištění optimálního způsobu distribuce dotazníků byla vytvořena online anketa, rozeslaná po sociálních sítích, která se cílové skupiny dotazovala, jakým způsobem by nejspíše vyplnili dotazník. Na tuto anketu odpovědělo 226 jedinců, přičemž 71 % dotázaných odpovědělo, že by dotazník nejspíše vyplnilo přes internet. Přimo ve sportovním zařízení by dotazník vyplnilo 15%, 9 % by dotazník vyplnilo doma a 5% označilo možnost „jiné“. Na základě této ankety byl pro cílovou skupinu vytvořen elektronický dotazník, který byl následně rozeslán emailem a po sociálních sítích. Z původního vzorku 289 vyplněných dotazníků bylo 101 vyloučeno kvůli nevyhovujícím kritériím. Pro kontrolní skupinu bylo tedy celkem použito 188 dotazníků. V případě elektronické verze dotazníkové baterie návratnost nelze zjistit.

## 3.5 Analýza dat a jejich zpracování

Získaná data byla převedena do elektronické podoby v programu Microsoft Excel 2010, ve kterém byly provedeny potřebné úpravy, jako např. převedení reverzních položek, výpočet skóru či věková selekce. Jádrou operací byl také výpočet BMI, na základě kterého byl mj. prováděn výběr subjektů. Dotazníky z kontrolní skupiny s motivací neodpovídající kritériím byly vyloučeny před zanesením skóru do tabulky. Taktéž tomu bylo s neúplně vyplněnými dotazníky. Po potřebných úpravách a výpočtech byli respondenti rozděleni do dvou skupin; obézní respondenti (= skup. 0) a respondenti s hmotností v normě (= skup. 1). Následná analýza dat byla provedena ve statistickém programu SPSS 21 za použití Studentova *t*-testu a Pearsonova korelačního testu.

## 3.6 Etická hlediska

Obezňámení respondentů s etickými aspekty práce bylo součástí všech administrovaných dotazníků. Všichni respondenti byli s etickými aspekty obeznámeni na úvodní straně dotazníku, která mimo představení dotazníku a objasnění jeho účelu obsahovala oznámení o naprosté anonymitě vyplňování a použití veškerých informací pouze ke studijním účelům. V rámci dotazníků administrovaných formou tužka - papír bylo celé prohlášení ztvrzeno vlastnoručním podpisem autorky. Anonymita respondentů výzkumné skupiny a zachování co možná největší diskrétnosti byly též podpořeny předáním dotazníků přímo obezitologem, výživovými poradci či vedoucími pracovníky cílových pracovišť při jednotlivých návštěvách či sezeních. V případě online verze dotazníků byla anonymita zaručena samotným způsobem online vyplňování.

# 4 Výzkumný soubor

## 4.1 Kritéria výběru

Mezi sledovaná kritéria pro obě skupiny byl věk (20+), motivace a docházení do kýžených zařízení. Jako další kritérium bylo pro výzkumnou skupinu stanoveno dosažení BMI odpovídající kategorii obezity a pro kontrolní skupinu dosažení BMI hmotnostní normy. Níže budou tato kritéria specifikována.

Pro výzkumnou skupinu byl použit příležitostný účelový výběr. V rámci příležitostného výběru se jedná o typ nepravděpodobnostního výběru založeného na dostupnosti subjektů a jejich ochotě na výzkumu participovat. Základem účelového (kritériálního, záměrného)

výběru je výběr respondentů realizován podle kritérií stanovených výzkumníkem (Toušek, 2012). Respondenti pro výzkumnou skupinu byli rekrutováni z institucí zabývajících se snižováním nadváhy a obezity zejména z ohledu na etická hlediska, samotný fakt privátnosti obezity, která může být pro některé jedince velmi osobním tématem, nutně primární detekce obezity a v neposlední řadě z důvodu obtížného získání většího počtu obézních respondentů mimo tato zařízení. V rámci výše zmíněných institucí byli respondenti s uvážením těchto aspektů a po konzultacích s vedoucími pracovníky oslovováni zprostředkovaně právě přes tyto zaměstnance.

Prvním kritériem pro výběr vzorku výzkumné skupiny bylo tedy docházení do obezitologických a rekondičních center či výživových poradenství. Limitující při výběru do výzkumné skupiny nebylo ani navštěvování fitness či obdobně zacílených center, jelikož i zde mají klienti většinou možnost využít služeb výživového poradce či trenéra a tímto způsobem dosahovat váhového úbytku. Druhým a jádrovým kritériem bylo pro výzkumnou skupinu dosažení minimálních hodnot BMI pro obezitu, kterou WHO vymezuje jako hodnotu BMI větší nebo rovnou 30 (World Health Organization, 2013).

Do výzkumné skupiny, jak již bylo naznačeno, byli též zařazeni jedinci navštěvující fitness, sportovní či obdobná centra, pakliže splňovali kritérium obezity a jako svoji motivaci k docházení do těchto zařízení uvedli mj. váhový úbytek, čímž byla kritéria pro zařazení do výzkumné skupiny splněna. Motivaci respondentů k docházení do obezitologické ambulance či nutričních poradenství nebylo třeba zjišťovat, neboť je zřejmé již ze samotného docházení do těchto zařízení, což potvrdili i nutriční poradci.

V případě výběru respondentů pro kontrolní skupinu se jednalo o kombinaci lavinového a příležitostného účelového výběru. Podstatou lavinového výběru je prvotní kontakt na jednu či více osob zkoumané populace, na základě jejichž doporučení jsou oslovováni a vybíráni další respondenti (Toušek, 2012). Stěžejním kritériem pro kontrolní skupinu bylo u všech respondentů dosažení hodnot BMI určených pro normální váhu. Normální váha je dle WHO vymezena BMI větším či rovným 18,50 a zároveň menším či rovným 24,99 (World Health Organization, nedat.). Sledovaným kritériem bylo též docházení do fitness centra, sportovního centra, posilovny či obdobných zařízení a pro zvýšení porovnatelnosti vzorků byla sledována i motivace respondentů k těmto aktivitám. V rámci motivace byli do kontrolní skupiny zařazeni ti respondenti, kteří k důvodu docházení do těchto zařízení uvedli motivaci ke snížení

tělesné hmotnosti, zpevnění a vytvarování těla, zvýšení atraktivity či dosažení spokojenosti se svým tělem.

V neposlední řadě byl pro lepší porovnatelnost vzorků stanoven minimální věk všech respondentů na 20 let. Tento věk se odvíjel od méně četné výzkumné skupiny, jejíž nejmladší respondent dosahoval právě dvaceti let.

Pilotní výzkum byl realizován formou příležitostného výběru. V tomto případě se jednalo o první praktický vhlad do problematiky, ověření nových metodik a vychytání případných nedostatků (Ferjenčík, 2010).

## **4.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Po zhodnocení všech kritérií a následné selekce dotazníků bylo do výzkumu zahrnuto celkem 254 respondentů, přičemž výzkumná skupina tvořila 26 % a kontrolní skupina byla zastoupena v 74 %. Celkový vzorek tvořilo 47 mužů (18,5%) a 207 žen (81,5%).

Prvním výzkumným vzorkem bylo 66 obézních jedinců. Z celkového počtu obézních respondentů bylo zastoupení mužů 30,3 % (n= 20) a žen 69,7 % (n=46). Druhou skupinu tvořili jedinci s hmotností v normě (n= 188), přičemž muži byli zastoupeni v 14,4% (n=27) a ženy v 85,6% (n=161).

### **4.2.1 Sociodemografické údaje**

Ze základních sociodemografických údajů byl zjišťován věk, vzdělání, bydliště a rodinný stav respondentů. Též byla zařazena otázka na partnerství, která je specifikována níže.

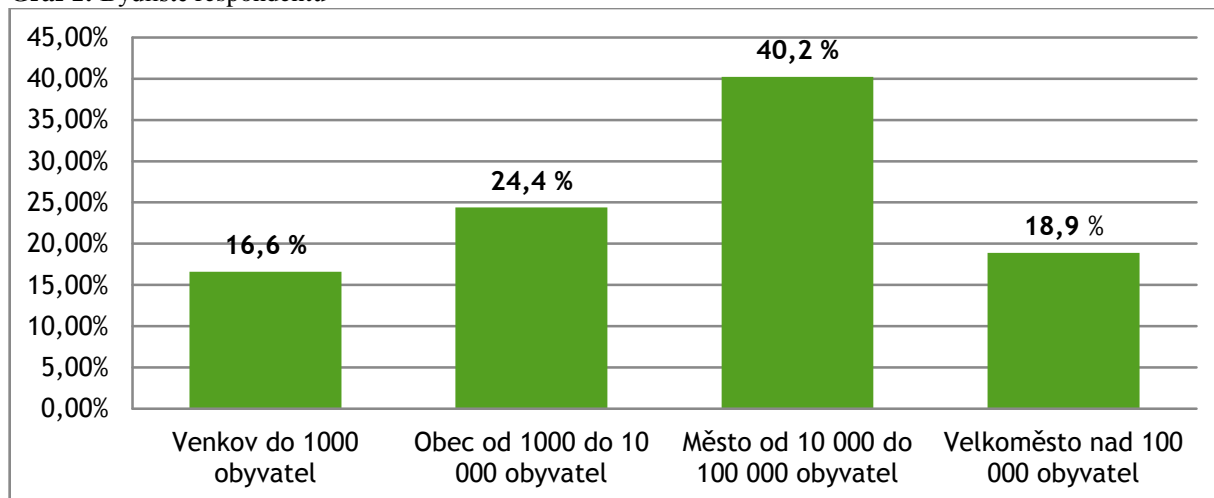
Věkové rozmezí celého vzorku dosahuje rozpětí od 20 do 74 let. Průměrný věk je u výzkumné skupiny 39,6 u a kontrolní skupiny 28,2 let. Průměrný věk celého vzorku je 38,5 let.

Pro detailnější detekci sociodemografického rozložení byla pro položku dotazující se na vzdělání zvolena forma volné odpovědi, přičemž otázka zněla následovně: „Kolik let ukončeného vzdělání máte?“. Jak se ukázalo, tato otázka byla pro mnohé respondenty problematickou. Někteří respondenti např. odpovídali, že se vzdělávají celý život, někteří udávali hodnoty 0; 0,5; 1 apod., což je s ohledem na povinné základní vzdělání nemožné. 6 respondentů tuto otázku nevyplnilo. Tato problematičnost může být vysvětlována jednak neúplným pochopením otázky či nízkou motivací k počítání let vzdělání. Vyšší procento vyplnění s ohledem na tuto skutečnost by v dalším výzkumu mohlo být zajištěno uvedením praktického příkladu pro vyplnění.

Z celkového počtu probandů, kteří tuto otázku zodpověděli, udávalo nejvíce respondentů, 29,8%, 13 let ukončeného vzdělání, což odpovídá střednímu vzdělání s maturitou. 12,1% má 16 let ukončeného vzdělání, odpovídající bakalářskému studiu, a 7,7% uvedlo 18 let ukončeného vzdělání, což se rovná pětiletému magisterskému studiu.

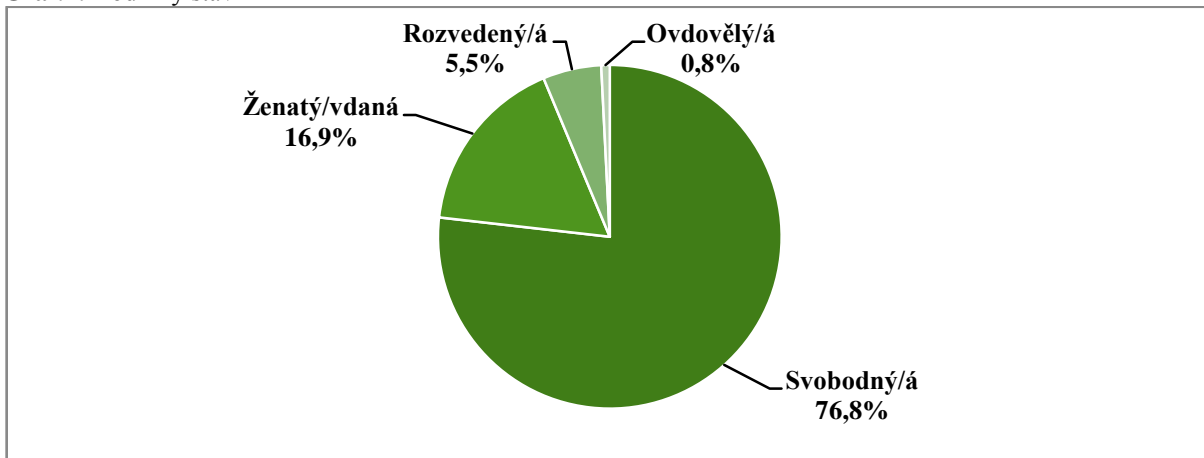
Co se týče místa bydliště, nejvíce respondentů, 40,2%, bydlí ve městě od 10 000 do 100 000 obyvatel. 24,4 % žije v obci od 1000 do 10 000 obyvatel, 18,9 % ve velkoměstě nad 100 000 obyvatel a 16,6% uvádělo jako místo svého bydliště venkov do 1000 obyvatel. Pro přehlednost je procentuální zastoupení znázorněno v následujícím grafu.

**Graf 1:** Bydliště respondentů



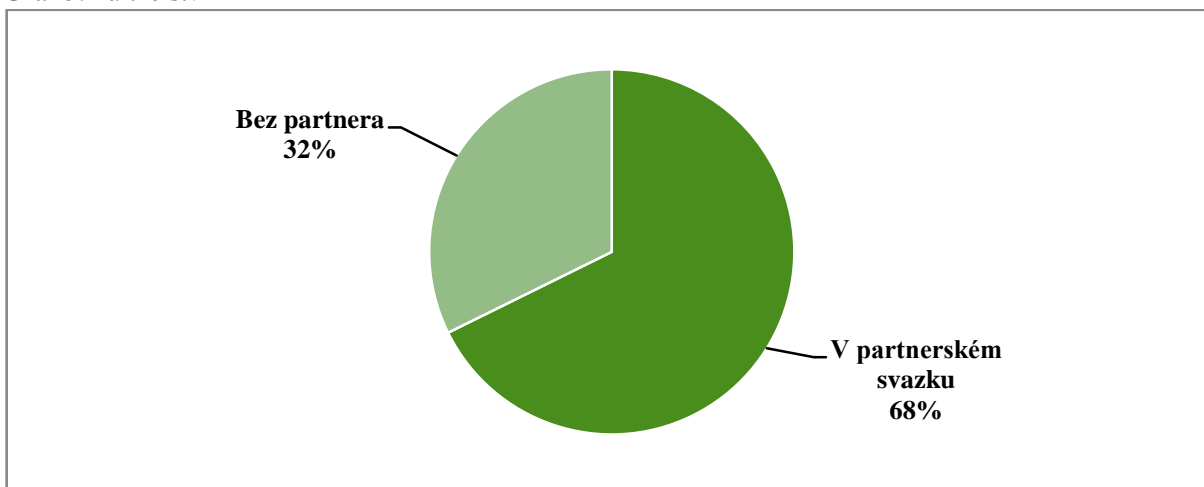
Ohledně rodinného stavu je nejvíce respondentů svobodných (76,8%), ženatých či vdaných je 16,9%, 5,5% respondentů je rozvedených a 0,8 % je ovdovělých. Procentuální zastoupení rodinného stavu znázorňuje následující graf.

**Graf.2:** Rodinný stav



V rámci rodinného stavu byli respondenti též dotazováni na partnerský stav, resp. zda v současné době mají partnera, přičemž 67,7% respondentů je v partnerském svazku a zbylých 32,3% partnera momentálně nemá. Viz graf 3.

**Graf 3:** Partnerství



## 4.3 Specifikace výzkumných proměnných

V teoretické části bylo pojednáno o proměnných, které byly ve výzkumu použity. V následující části jsou uvedeny jejich operacionální definice.

**BMI** je definováno výpočtem ze vzorce **hmotnost (kg) / výška (m<sup>2</sup>)** u respondenta.

**Obezita** je operativně definována jako hodnota BMI respondenta vyšší či rovna 30.

**Váhová norma** je operativně definována jako hodnota BMI respondenta vyšší či rovna 18,50 a zároveň nižší či rovna 24,99.

**Tělesné sebepojetí - PSDQ** je operativně definováno jako výsledné skóre dosažené v subškálách dotazníku PSDQ zjišťujících tělesné sebepojetí.

**Globální sebepojetí - SCPSC** je definováno jako skóre dosažené ve dvou specifických globálních subškálách dotazníku PSDQ a to v sebehodnotící subškále zjišťující globální sebepojetí a subškále zjišťující globální tělesné sebepojetí.

**Indikátor nespokojenosti s tělem – FRS** je definován jako výsledné skóre techniky FRS. Indikátor nespokojenosti s tělem je určen mírou diskrepance mezi postavami, resp. mezi postavou označenou jako aktuální („aktuální tělesné Já“) a postavou označenou jako ideální („ideální tělesné Já“). Výsledná diskrepance nabývá hodnot 1-8.

**Vnímání kvality života – SSŽ** je operativně definováno jako výsledné skóre dosažené ve SSŽ.

## **5 Použité statistické metody**

### **5.1 Studentův *t*-test**

Studentův *t*-test je parametrický test matematické statistiky porovnávající průměry jedné či více proměnných ve dvou nezávislých skupinách, přičemž tyto skupiny mohou mít odlišný počet členů (Hendl, 2012; Kozel, Mynářová, & Svobodová, 2011).

### **5.2 Pearsonův korelační test**

Pearsonův korelační test je parametrická statistická metoda udávající míru závislosti, resp. intenzitu vztahu dvou číselných proměnných (Hendl, 2012; Kozel, Mynářová, & Svobodová, 2011).



## 6 Výsledky

Celkem bylo testováno 254 subjektů. Pro zpracování dat byli respondenti zařazeni do skupin, přičemž skupina 0 byla zastoupena obézními respondenty (n=188) a skupinu 1 reprezentovali respondenti s hmotností v normě (n=66).

V první tabulce je přehled deskriptivní statistiky pro celý vzorek (n=254). Z tabulky je možné vyčíst, že např. maximální dosažený skóre v dotazníku PSDQ byl 398, zatímco minimální skóre dosahoval hodnoty 139. Směrodatná odchylka u dotazníku PSDQ je 56,38 a u SSŽ 13,03. Nejčastějším výsledkem u FRS byla hodnota 1, přičemž nejnižší diskrepance dosahovala hodnoty 0 a nejvyšší hodnoty 5. Dále si je možné prohlédnout, že nejčastějším výsledkem u škál měřících globální sebepojetí - SCPSC byla hodnota 69, přičemž minimální skóre byl 21 a maximální 84. Maximální BMI dosahovalo hodnoty 52,24 a nejnižší hodnota BMI byla v celém vzorku 18,51.

**Tab. 2:** Přehled popisné statistiky pro celý vzorek (n=254)

|              | <b>N</b> | <b>Min</b> | <b>Max</b> | <b>AM</b> | <b>SD</b> | <b>Medián</b> | <b>Modus</b> | <b>Cohenův koeficient <i>d</i></b> |
|--------------|----------|------------|------------|-----------|-----------|---------------|--------------|------------------------------------|
| <b>PSDQ</b>  | 254      | 139        | 398        | 274,3     | 56,38     | 271           | 322          | 1,3                                |
| <b>SCPSC</b> | 254      | 21         | 84         | 56,9      | 12,87     | 58            | 69           | 0,7                                |
| <b>FRS</b>   | 254      | 0          | 5          | 1,5       | 1,13      | 1             | 1            | 1,6                                |
| <b>SSŽ</b>   | 254      | 23         | 95         | 68,7      | 13,03     | 71            | 76           | 0,4                                |
| <b>BMI</b>   | 254      | 18,51      | 52,24      | 25,6      | 7,14      | 23            | 23           | 3,6                                |

**H1:** *Obézní jedinci dosahují v globálním sebepojetí celkově nižších skóre, než jedinci s váhou v normě.* Pro zajištění výsledků této hypotézy byl počítán dvoustranný *t*-test mezi skupinou obézních jedinců a skupinou lidí s hmotností v normě. Výsledky jsou následující:  $t(252) = 4,992, p < 0,05$ . Hypotéza tedy byla podpořena. Viz tabulka 3.

**Tab. 3:** *t*-test pro komparaci skupin

| SCPSC               | <b>AM</b> | <b>SD</b> | <b><i>t</i></b> | <b><i>sv.</i></b> | <b><i>p</i></b> |
|---------------------|-----------|-----------|-----------------|-------------------|-----------------|
| <b>Váhová norma</b> | 59,28     | 12,712    | 4,992           | 252               | ,000            |
| <b>Obezita</b>      | 50,85     | 11,472    |                 |                   |                 |

**H1<sub>a</sub>:** *Obézní jedinci vykazují v tělesném sebepojetí celkově nižší skóry, než jedinci s váhou v normě.* Hypotéza byla opět testována dvoustranným *t*-testem nezávislých skupin, přičemž bylo zjištěno, že skupiny se mezi sebou signifikantně liší:  $t(252) = 9,871$ ,  $p < 0,05$ . Hypotéza byla rovněž podpořena. Pro přehlednost jsou výsledná zjištění zaznamenána v tabulce 4.

**Tab. 4:** *t*-test pro PSDQ

| PSDQ                | <i>AM</i> | <i>SD</i> | <i>t</i> | <i>sv.</i> | <i>p</i> |
|---------------------|-----------|-----------|----------|------------|----------|
| <b>Váhová norma</b> | 290,19    | 52,824    | 9,871    | 252        | ,000     |
| <b>Obezita</b>      | 229,52    | 38,908    |          |            |          |

**H1<sub>b</sub>:** *Se stoupajícím BMI klesá úroveň tělesného sebepojetí.* Pro zjištění výsledků hypotézy bylo třeba provést Pearsonův korelační test a sledovat, jakým směrem se bude korelace ubírat. V tomto případě bylo žádoucí, aby mezi BMI a PSDQ existoval záporný vztah, který se prokázal:  $r(252) = -0,439$ ,  $p < 0,01$ . Zjištění poukazuje na signifikantní záporný vztah mezi položkami a v případě, že skór BMI stoupá, tedy čím větší má jedinec hmotnost, tím více klesá tělesné sebepojetí vyjádřené skórem PSDQ. Hypotéza je tedy spolehlivě podpořena a výsledky jsou k nahlédnutí v tabulce 5.

**Tab. 5:** Korelační matice

|             |                     | PSDQ  | BMI   |
|-------------|---------------------|-------|-------|
| <b>PSDQ</b> | Pearsonova korelace | 1     | -,439 |
|             | <i>p</i>            |       | ,000  |
| <b>BMI</b>  | Pearsonova korelace | -,439 | 1     |
|             | <i>p</i>            | ,000  |       |

**H2:** *Indikátor nespokojenosti s tělem je vyšší u obézních jedinců.* V tomto případě byla zjišťována diskrepance mezi hodnocením vlastní postavy a ideálem, přesněji řečeno bylo zjišťováno, nakolik se skupiny liší a zda je v některé skupině diskrepance vyšší. Výsledky jsou následující:  $t(252) = 10,904$ ,  $p < 0,05$ . Hypotéza byla tedy potvrzena, jelikož kritická hodnota byla několikanásobně překročena.

**Tab. 6:** *t*-test pro tělesnou nespokojenost

| FRS                 | <i>AM</i> | <i>SD</i> | <i>t</i> | <i>sv.</i> | <i>p</i> |
|---------------------|-----------|-----------|----------|------------|----------|
| <b>Váhová norma</b> | 2,61      | ,979      | 10,904   | 252        | ,000     |
| <b>Obezita</b>      | 50,85     | ,882      |          |            |          |

**H<sub>2a</sub>:** *Indikátor nespokojenosti s tělem je v negativním vztahu s tělesným sebepojetím.* Hypotéza byla testována Pearsonovým korelačním testem, kdy bylo nutné zajistit negativní vztah mezi těmito proměnnými. Výsledky jsou takovéto:  $r(252) = -0,572$ ,  $p < 0,01$ . Vztah zde byl zjištěn dostatečně silný pro podpoření hypotézy. Zjištění jsou znázorněna v následující tabulce.

**Tab.7:** Korelační matice pro PSDQ a indikátor nespokojenosti FRS

|             |                     | <b>PSDQ</b> | <b>FRS</b> |
|-------------|---------------------|-------------|------------|
| <b>PSDQ</b> | Pearsonova korelace | 1           | -,572      |
|             | <i>p</i>            |             | ,000       |
| <b>FRS</b>  | Pearsonova korelace | -,572       | 1          |
|             | <i>p</i>            | ,000        |            |

**H<sub>3</sub>:** *Obézní jedinci vykazují ve Škále Spokojenost se životem celkově nižší skóry, než jedinci s váhovou normou.* Poslední hypotéza byla ověřována dvoustranným *t*-testem pro nezávislé skupiny a byla vzhledem k výsledkům potvrzena:  $t(252) = 2,603$ ,  $p < 0,05$ . Pro přehlednost jsou výsledky znázorněny v tabulce.

**Tab. 8:** *t*-test pro vnímání kvality života

| SSŽ                 | <i>AM</i> | <i>SD</i> | <i>t</i> | <i>sv.</i> | <i>p</i> |
|---------------------|-----------|-----------|----------|------------|----------|
| <b>Váhová norma</b> | 70,10     | 12,652    | 2,603    | 252        | ,011     |
| <b>Obezita</b>      | 65,15     | 13,492    |          |            |          |

## 7 Diskuze

Celkem bylo testováno šest hypotéz, ze kterých byly tři hypotézy doplňující. Potvrzeny byly všechny.

H1: *Obézní jedinci dosahují v globálním sebepojetí celkově nižších skóre, než jedinci s váhou v normě.* Porovnávané skupiny se skutečně signifikantně lišily a o výsledném zjištění není pochyb, jelikož kritická hodnota byla spolehlivě překročena a signifikance poukazuje na věrohodnost získaného výsledku. Obézní jedinci tedy sami sebe hodnotí celkově negativněji.

H1<sub>a</sub>: *Obézní jedinci vykazují v tělesném sebepojetí celkově nižší skóre, než jedinci s váhou v normě.* V tomto případě byla hypotéza spolehlivě potvrzena, jelikož kritická hodnota byla překročena hned několikrát a výsledné zjištění se ukazuje jako více než dostatečně signifikantní. Různost skupin se v testu PSDQ prokázala spolehlivě a výsledky naznačují, že obézní jedinci mají výrazně nižší tělesné sebepojetí, než jedinci s váhovou normou.

H1<sub>b</sub>: *Se stoupajícím BMI klesá úroveň tělesného sebepojetí.* Pearsonův korelační test spolehlivě odhalil souvislost mezi měřenými tendencemi a zjištění se ukázala jako signifikantní. Čím je váha, resp. BMI jedince vyšší, tím více klesá tělesné sebepojetí, což vyjádřila negativní korelace. Problematické však může být BMI u mužů, kteří se věnují kulturistice, jelikož ti mají díky svalové hmotě BMI vyšší, ale také mají vyšší tělesné sebepojetí.

H2: *Indikátor nespokojenosti s tělem je vyšší u obézních jedinců.* Lidé, jejichž BMI dosahovalo stupně obezity, častěji vykazovali vyšší diskrepanci mezi vlastní postavou a postavou, jakou subjektivně považují za ideální. Souvisí to také s menší tělesnou spokojeností.

H2<sub>a</sub>: *Indikátor nespokojenosti s tělem je v negativním vztahu s tělesným sebepojetím.* Tato hypotéza byla opět testovaná Pearsonovým korelačním testem a výsledky se ukázaly jako signifikantní. Souvislost se prokazovala mezi měřenou diskrepancí postav a výsledným skórem dotazníku PSDQ, resp. škálami zjišťujícími tělesné sebepojetí. Čím vyšší byla diskrepance, tím nižší se ukazovalo tělesné sebepojetí. O významnosti zjištění není pochyb, jelikož vztah mezi položkami se ukázal jako dostatečně silný.

H3: *Obézní jedinci vykazují ve Škále Spokojenosti se životem celkově nižší skóre, než jedinci s váhovou normou.* Potvrzení hypotézy znamená, že jedinci s nadměrnou hmotností,

dosahující pásma obezity, byli se svým životem méně spokojeni a subjektivně vnímali svůj život jako méně kvalitní, než jedinci s váhovou normou. Signifikance se však ukázala jako nižší, než v případě jiných proměnných, kde byla kritická hodnota několikanásobně překročena. Je tedy možné usuzovat, že obézní jedinci nevnímají kvalitu svého života výrazně rozdílněji, než jedinci s hmotností v normě.

Jako hlavní limitace výzkumu je vnímána nestejná velikost porovnávaných skupin. Ačkoliv lze *t*-test pro nestejně vzorky použít, výsledná zjištění mohou být zkreslena v závislosti na celkové velikosti vzorku. Ve většině případů jsou ale zjištění za pomoci *t*-testu s takovou signifikancí, že o výsledcích není třeba příliš pochybovat. To dokládá i Groninger (1990), který tvrdí, že „*reliabilní výsledky se dají najít i při středním porušení základních předpokladů, specificky s velkými N*“ (Groninger, 1990, 12).

Na tomto místě lze poznamenat, že empirické distribuce bohužel nikdy zcela nepasují do populace, nicméně *t*-test je robustním a dobrým modelem, přestože teoretické předpoklady nejsou uspokojeny. Jako výhoda je vnímán poměrně velký výzkumný vzorek, jelikož čím je vzorek větší, tím více se distribuce chová normálněji (Groninger, 1990). Celkové  $n=254$ , a proto lze usuzovat, že zkreslení bylo minimální.

Omezením může být, že probandi kontrolní skupiny dotazníky vyplňovali online. Mohlo se tedy stát, že někdo mohl položky nesprávně chápat a tím nevědomky zkreslit data. Dále se mohlo stát, že se u respondentů, vyplňujících dotazník online, mohla vytvořit jedinečná skupina, která nemusela reprezentovat průměrného návštěvníka fitness či obdobného centra. Podobné riziko se vztahuje i na online anketu. U online dotazníků je celkovým rizikem, že je oslovena pouze populace využívající internet, což je v jisté míře omezujícím faktorem, jelikož výsledky neposkytují informace o populaci, která tohoto média nevyužívá. Přestože internet dle analýz z r. 2013 využívá 69% populace České republiky (věk 10+) a prezentace online dotazníků vzhledem ke stále zvyšující se „internetové populaci“ nemusí být natolik omezující, je třeba brát zmíněná rizika v úvahu (SPIR NetMonitor, 2013). Nicméně stěžejní kritéria pro kontrolní skupinu byla stanovena a všemi subjekty splněna.

Nesprávné pochopení položek a možné zkreslení dat mohlo nastat i u výzkumné skupiny, jelikož při vyplňování nebyla autorka přítomna. Respondenti výzkumné skupiny totiž dotazníky většinou vyplňovali přímo při sezeních s nutričním poradcem, obezitologem či v rámci návštěvy rekondičního centra. Avšak optimální způsoby administrace byly předem

zjišťovány a právě tyto způsoby byly vyhodnoceny jako nejefektivnější a nejvíce přijatelné. O administraci dotazníků je podrobněji pojednáno v podkapitole 3.4 Administrace dotazníkových baterií. Data též mohla být zkreslena záměrně volbou neodpovídajících možností, avšak to lze označit za statistický šum, což nelze stoprocentně kontrolovat.

Za další limitaci je považována obtížná zobecnitelnost výsledků na širokou populaci. Respondenti výzkumné skupiny byli povětšinou rekrutováni ze zařízení zabývajících se snižováním nadváhy a obezity. Bylo tak učiněno kvůli obtížnému vyhledání a v neposledním případě i oslovení obézních jedinců mimo tato zařízení. Jak již bylo avizováno výše, obezita je onemocnění, které s sebou může přinášet mnoho zdravotních i psychosociálních komplikací. Vyhledání obézních jedinců bylo realizováno zejména prostřednictvím těchto zařízení, jelikož obézní člověk sem dochází právě kvůli tomuto problému, je tedy s obezitou srozuměn a riziko psychické újmy je tedy minimalizováno. Přestože toto omezení bylo zmírněno výběrem takové kontrolní skupiny, která též docházela do zařízení zabývajících se „tělesnou kultivací“, uvedla kýženou motivaci a dosahovala hmotnostní normy, nelze výsledky zobecnit na celou populaci, jelikož tato studie nepřináší informace o obézních jedincích, kteří nikam nedochází.

Za problematické může být také považováno zařazení několika obézních probandů z fitness a sportovních center či jiných obdobně zacílených zařízení do výzkumné skupiny. Důvodem pro zařazení probandů bylo splnění stanovených kritérií pro výzkumnou skupinu. Je příhodné zmínit, že jedinec, docházející do fitness centra, má mj. možnost vyhledat služby výživového poradce či trenéra a touto cestou dosahovat váhového úbytku, obdobně jako je tomu v případě návštěv obezitologických či rekondičních center, která jsou mnohdy propojena. Též je důležité podotknout, že rekondiční centra poskytují podobné služby jako fitness centra, ale jsou uzpůsobeny pro potřeby obézních. Jelikož pro zařazení respondentů bylo rozhodující splnění daných kritérií a navštěvování jiných center zabývajících se „tělesnou kultivací“ nebylo limitující, lze toto omezení považovat za méně podstatné.

Jako zajímavý poznatek se ukázalo, že obézní jedinci, rekrutováni z fitness, sportovních a obdobných center, byli průměrně mladší, než jedinci docházející do nutričních poradenství, obezitologického a rekondičního centra. Je tedy možné uvažovat, že mladší jedinci pro řešení problematiky nadměrné hmotnosti vyhledávají jiná zařízení, než jedinci starší a že osoby staršího věku k řešení tohoto problému spíše vyhledávají odbornou pomoc, např. obezitologa.

Tato tvrzení jsou však stále ve velké míře spekulativní, jelikož zde mohla vstupovat do hry odlišná forma administrace dotazníků u obou skupin apod. Pro více informací a případné ověření tohoto relativního předpokladu by bylo třeba provést výzkumné šetření.

Na výše uvedenou skutečnost navazuje jedna ze zásadních limitací výzkumu a tou je věková variabilita obou porovnávaných skupin. Některými autory popisované vývojové kolísání sebepojetí a kvality života mohlo mít vzhledem k velkému věkovému rozpětí výzkumného vzorku na zkreslení výsledků určitý vliv. Vývojové zvláštnosti sebepojetí v jednotlivých věkových kategoriích jsou více specifikovány v podkapitole 2.4 Vývoj sebepojetí. Pro alespoň částečné vyrušení této limitace byl stanoven minimální věk výzkumného souboru na 20 let, o čemž je více pojednáváno v podkapitole 4.1 Kritéria výběru.

V aplikaci vývojového kolísání sebepojetí na výsledná zjištění se lze domnívat, že „pozdní adolescenti“ k sobě mohli být více kritičtí. Naopak jedinci dospělého věku, zejména ve střední a starší dospělosti, k sobě s takovou kritikou nemuseli přistupovat, jelikož sebepojetí se právě v dospělosti jeví jako nejvyšší (Robins, & Trzesniewski, 2005). Lze tedy spekulovat, že obézní jedinci „středního věku“ nedosahují tak nízkého sebepojetí, jako by tomu bylo u obézních „pozdních adolescentů“. Může to být např. způsobeno tím, že starší jedinci už povětšinou našli partnery, skrze které na sebe pohlížejí, zpravidla mívají rodinu a jejich hodnoty mohou být jiné, než je tomu u mladších jedinců.

Přes tato omezení se výsledky ukázaly jako signifikantní a je tedy možné s jistou opatrností předpokládat, že při porovnání identických věkových skupin by výsledný rozdíl v sebepojetí mohl být ještě vyšší. Tato domněnka je však do jisté míry diskutabilní a na její ověření by bylo třeba realizovat výzkumná šetření. Jelikož kategorie stáří byla zastoupena pouze několika jednotlivci, autorka nepředpokládá, že by vývojové klesání sebepojetí v tomto věkovém období, o čemž pojednávají např. Říčan (2006) nebo Robins a Trzesniewski (2005), či kvality života mělo na zkreslení výsledků zásadní vliv. V neposlední řadě je příhodné zmínit, že vývojové kolísání sebepojetí nemusí být vždy znatelné, jelikož zde významnou měrou závisí na individualitě člověka.

Vnímání kvality života a sebepojetí respondentů mohlo být také ovlivněno působením situačních vlivů, jako je např. nynější sociální situace, rozchod/ rozvod či pouhý momentální emocionální stav člověka při vyplňování. Tyto proměnné jsou však v praxi často obtížně izolovatelné a někdy je zajištění jejich působení téměř nemožné.

Za další limitaci je považována skutečnost, že metody PSDQ a FRS dosud nebyly pro českou populaci standardizovány. Dotazník PSDQ není v České republice příliš znám a používán, avšak vykazuje dobré psychometrické vlastnosti a dle autorů Marsch et al. (2009) je vhodným nástrojem pro měření tělesného sebepojetí. Jistá omezení může vykazovat přeložení dotazníku z původní anglické verze. Přestože autorka využila korektury jazykového odborníka, možná omezení nelze vyloučit. FRS je další nestandardizovanou metodou, nicméně výsledky mnohých studií, např. Lo et al. (2012) či Wertheim et al. (2004), udávají dobré psychometrické vlastnosti a FRS je u nás hojně používaná a osvědčená technika pro určení nespokojenosti s tělem.

Omezením ohledně třetí použité metody, Škály spokojenosti se životem autorky Hnilicové (2004), mohou být nedostupné údaje ohledně standardizace a dalších psychometrických údajů. Avšak všechny tyto limitace jsou vzhledem k cíli práce nepřilíš podstatné, neboť na výsledky bylo nahlíženo relativně. V předmětu zájmu tedy nebyly normy, nýbrž porovnávání výsledků dvou vytyčených skupin na základě stanovených kritérií a studování vztahu mezi obezitou a zkoumanými „komponentami“.

Jako případné omezení může být též vnímána H1. První hypotéza zkoumala globální sebepojetí v rámci jeho komplexity. Výsledné skóry byly tedy získány ze všech (tedy ze dvou) globálních škál sebepojetí v dotazníku PSDQ. Signifikantně vyšší tělesné sebepojetí obézních jedinců, které podpořila H1a, se pravděpodobně promítlo i na škále globálního tělesného sebepojetí, jejíž součet se sebehodnotící škálou mohl mít vliv na celkový výsledek. Nicméně v této hypotéze bylo zkoumáno globální sebepojetí v celé jeho komplexitě, tedy sebepojetí včetně jeho na praktické rovině neoddělitelných součástí, mezi které globální tělesné sebepojetí bezesporu patří.

Výsledky empirické části bakalářské práce se shodují s autory, kteří poukazují na spojitost obezity se sníženým sebepojetím a kvalitou života, např. Hainer a Bendlová (2004), Sarver et al. (2010) a částečně i se zjištěním Janyškové (2011), a tedy že BMI má vztah s tělesným sebepojetím (v případě této studie byl vztah prokázán až u obézních, kteří snížili svoji hmotnost nejméně o 10%). V této práci se statisticky významné negativní korelace mezi BMI a tělesným sebepojetím ukázaly u celého zkoumaného vzorku. Dále se například výsledná zjištění shodují s výsledky výzkumného šetření ČSL JEP a ČOS (2006), jelikož bylo



prokázáno, že obézní jedinci v dotazníku zjišťujícím vnímání kvality života vykazovali celkově nižší skóry, než respondenti s váhovou normou.

V neposlední řadě se výsledná zjištění liší od poznatků indické studie Agarwal et al. (2013), kteří u obézních vysokoškolských studentů nenašli vztah mezi BMI a tělesným sebepojetím. Je tedy možné, že „lidé západní kultury“ na obezitu pohlíží jinak, než je tomu u východních kultur. To může odkazovat na fakt, že ne ve všech kulturách může být obezita vnímána jako natolik komplikující faktor, aby byla spojena s výší tělesného sebepojetí jedince. Přestože je tato úvaha diskutabilní, autorka tuto možnost pokládá za pozoruhodnou. V tomto ohledu by byly jistě velmi zajímavé a přínosné studie, zkoumající tělesné sebepojetí či další obdobné fenomény nejen u různých kultur, ale např. i národností či etnických menšin.

## 8 Závěry

Cílem empirické části bakalářské práce bylo zjistit, zda existuje vztah mezi obezitou, sebepojetím a kvalitou života. Základním předpokladem bylo, že obezita je ve vztahu se všemi zkoumanými fenomény. Výzkum byl proveden u osob docházejících do obezitologického a rekondičního centra, výživových poradenství a dále u osob navštěvujících fitness centra, sportovní centra a další obdobně zacílená zařízení. Výzkumná skupina čítala 66 a kontrolní skupina 188 respondentů. Celkový vzorek tvořilo 254 respondentů. Byly stanoveny tři hlavní a tři doplňující hypotézy, přičemž všechny byly potvrzeny.

Na základě první hypotézy (H1) bylo zjištěno, že obézní jedinci dosahovali v globálním sebepojetí celkově nižších skóre, než jedinci s váhou v normě. Dále byly testovány dvě doplňující hypotézy. První doplňující hypotéza (H1a) prokázala statisticky signifikantní odlišnosti v tělesném sebepojetí obézních jedinců a jedinců s váhovou normou, přičemž obézní jedinci dosahovali v tělesném sebepojetí celkově nižších skóre. Dále byl detekován statisticky významný negativní vztah mezi BMI a tělesným sebepojetím, tedy čím více stoupala hodnota BMI, tím více klesala úroveň tělesného sebepojetí (H1b).

Druhá hypotéza (H2), zaměřující se na nespokojenost s tělem, potvrdila, že obézní respondenti vykazovali větší diskrepance mezi aktuální a ideální postavou a dosahovali tedy vyššího indikátoru tělesné nespokojenosti. Doplňující hypotéza (H2a) prokázala, že existuje signifikantní vztah mezi indikátorem nespokojenosti s tělem a tělesným sebepojetím, přičemž se tento vztah ukázal jako negativní. Tedy čím více se subjektivně zvolená aktuální postava odlišovala od ideálu, tím více klesala úroveň tělesného sebepojetí. Na základě třetí hypotézy (H3) bylo zjištěno, že obézní jedinci subjektivně vnímali kvalitu svého života jako nižší, než jedinci v hmotnostní normě.

Z těchto výsledků vyplývá, že přítomnost obezity je skutečně spojena se sníženým sebepojetím a kvalitou života jedinců zkoumaného vzorku. Tyto závěry by mohly být inspirací pro další psychologické bádání na poli obezitologie, které může v budoucnu přispět k hlubšímu poznání, porozumění a orientaci v této problematice a vést tak ke zvýšení efektivity psychologické pomoci v této oblasti.

## IV Souhrn

Předkládaná bakalářská práce se zaměřuje na problematiku obezity ve vztahu k sebepojetí a kvalitě života dospělého jedince a jejím hlavním cílem byla detekce možného vztahu obezity s těmito kýženými fenomény.

V teoretické části byly rozpracovány mj. základní údaje o obezitě, její etiopatogenezi, prevalenci a epidemiologii, přičemž bylo využito analýz celosvětových organizací i tuzemských společností. Z psychologického pohledu na obezitu se autorka zaměřila na psychologické koreláty obezity a některé studie v této oblasti. Zmínka byla též věnována existenci stigmatu v souvislosti s touto problematikou. Mimo základních charakteristik, vymezení, souvisejících termínů a dílčích aspektů sebepojetí a kvality života byly v teoretické části uvedeny studie zabývající se vztahem obezity se sebepojetím a kvalitou života.

V empirické části si autorka kladla za cíl detekovat možný vztah obezity se sebepojetím a kvalitou života u dospělého člověka české populace. Bylo zjišťováno sebepojetí, tělesné sebepojetí, subjektivní vnímání kvality života a tělesná nespokojenost. Výzkumu se podrobily dvě skupiny respondentů a to jedinci obézní a jedinci s váhovou normou. Výsledky spolehlivě prokázaly, že obézní jedinci dosahovali nižšího globálního a tělesného sebepojetí, než jedinci s váhovou normou. Byla zjištěna negativní korelace mezi BMI a tělesným sebepojetím. V negativním vztahu s tělesným sebepojetím byla též tělesná nespokojenost. Dále bylo potvrzeno, že větší nespokojenost s tělem vykazovali obézní jedinci. Posledním výsledkem, který se ukázal jako statisticky významný, bylo, že obézní respondenti subjektivně vnímali kvalitu svého života jako nižší, než respondenti s hmotností v normě.

V rámci této bakalářské práce se autorka snaží poukázat na obezitu jako celospolečenský problém, ve kterém má psychologie svoji nezastupitelnou roli. Právě psychologické zkoumání této problematiky může přispět k lepšímu porozumění příčinám i důsledkům obezity, poskytnout obézním v případě snižování hmotnosti potřebnou a efektivní oporu a v dlouhodobém časovém horizontu napomáhat ke zvyšování účinnosti a udržení váhového úbytku.

Zpracování této bakalářské práce autorka vnímá jako osobně velmi přínosné jak z hlediska prohloubení teoretických poznatků ohledně problematiky, o kterou se zajímá, tak v rámci realizace výzkumu, který přinesl cenný náhled do psychologické praxe.

## V Seznam použitých zdrojů a literatury

- Adámková, V. (2009). *Obezita- Příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. Brno: Facta Medica.
- Agarwal, S., Bhalla, P., Kaur, S., & Babbar (2013). Effect of body mass index on physical self concept, cognition & academic performance of first year medical students. *Indian Journal of Medical Research*, 138, 515-522. Získáno 4. února 2013 z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3868064/>
- Arnett, J. (2000). Emerging Adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55, 469. doi:10.1037/0003-066X.55.5.469
- Arnett, J. (2007). Emerging Adulthood: What Is It, and What Is It Good For? *Society for Research in Child Development*, 1, 68 - 73. Získáno 1. března 2014 z [http://www.jeffreyarnett.com/articles/ARNETT\\_2007\\_Emerging\\_Adulthood\\_What\\_is\\_it\\_and\\_What.pdf](http://www.jeffreyarnett.com/articles/ARNETT_2007_Emerging_Adulthood_What_is_it_and_What.pdf)
- Bhuiyan, A. R., Gustat, J. R. S., Srinivasan, S. R., & Berenson, G. S. (2003). Differences in Body Shape Representations among Young Adults from a Biracial (Black-White), Semirural Community The Bogalusa Heart Study. *American journal of epidemiology*, 158, 792-797. doi: 10.1093/aje/kwg218
- Blatný, M. (2003). Sebepojetí z pohledu sociálně-kognitivní psychologie. In M. Blatný, & A. Plháková (Eds.). *Temperament, inteligence, sebepojetí. Nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu* (87-131). Brno, Tišnov: Psychologický ústav Akademie věd ČR, Sdružení SCAN.
- Blatný, M. (2010). Sebepojetí z pohledu sociálně-kognitivní psychologie. In M. Blatný, & kol., *Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy* (105-136). Praha: Grada Publishing.
- Blatný, M., Osecká, L., & Macek, P. (1993). Sebepojetí v současné kognitivní a sociální psychologii. *Československá psychologie: Časopis pro psychologickou teorii a praxi*, 37, 444-454.
- Blatný, M., & Plháková, A. (2003). *Temperament, inteligence, sebepojetí: Nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu* (87-131). Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR, Tišnov: Sdružení SCAN.

- Bleich, S., Cutler, D., Murray, C., & Adams, A. (2008). Why is the developed world obese? *Annual Review of Public Health*, 29, 273-295. Získáno 3. února z <http://www.nber.org/papers/w12954.pdf>
- Braunerová, R., & Hainer, V. (2010). Obezita – diagnostika a léčba v praxi. *Medicína pro praxi*, 7(1), 19-22. Získáno 20. ledna 2014 z <http://www.solen.cz/pdfs/med/2010/01/05.pdf>
- Cardinal, T. M., Kaciroti, N., & Lumeng, J. C. (2006). The figure rating scale as an index of weight status of women on videotape. *Obesity*, 14, 2132-2135. doi:10.1038/oby.2006.249
- Čačka, O. (1997). *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika*. Brno: Doplněk.
- Čáp, J. (1993). *Psychologie výchovy a vyučování* (1. vyd.). Praha: Karolinum.
- Česká lékařská společnost ČSL JEP, Česká obezitologická společnost. (2006). *Životní styl a obezita – longitudinální epidemiologická studie prevalence obezity v ČR (Populace 18+)*. Získáno 19. února 2014 z [khsoba.cz/03\\_plneni/files/obezita\\_dospeli.pdf](http://khsoba.cz/03_plneni/files/obezita_dospeli.pdf)
- Drapela, V. (2003). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.
- Duffey, K. J., & Popkin, B. M. (2011). Energy density, portion size, and eating occasions: contributions to increased energy intake in the United States, 1977–2006. *PLoS medicine*, 8(6), e1001050. doi: 10.1371/journal.pmed.1001050
- Fabricatore, A. N., & Wadden, T. A. (2004). Psychological aspects of obesity. *Clinics in dermatology*, 22, 332-337. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2004.01.006>
- Fallowfield, L. (2009). *What is quality of life?* Získáno 26. února 2014 z <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/WhatisQOL.pdf>
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu* (2.vyd.). Praha: Portál.
- Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum.
- Fu, Y., Hou, X., Qin, Q., Meng, H., Xie, P., Huang, Y., ...Ma, X. (2013). Can Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ) Be Used in China? *Scientific research*, 4, 535-540. Získáno 13. března 2014 z [file:///C:/Users/Inspiron/AppData/Local/Google/Chrome/Application/34.0.1847.116/PSYCH\\_2013061117383868.pdf](file:///C:/Users/Inspiron/AppData/Local/Google/Chrome/Application/34.0.1847.116/PSYCH_2013061117383868.pdf)
- Gillernová, I. (2000). *Slovník základních pojmů z psychologie*. Praha: Fortuna.

- Grogan, S. (2000). *Psychologie nespokojenosti s tělem*. Praha: Grada Publishing.
- Groninger, L. D. (1990). *Beginning statistics within a research context*. New York: Harper & Row.
- Hadj Moussová, Z. (2009). *Diagnostika výchovných problémů a poruch chování*. Získáno 13. dubna z <http://turbo.cdv.tul.cz/mod/book/tool/print/index.php?id=3464>
- Hainer, V. (2004a). Epidemiologie a zdravotní rizika obezity. In V. Hainer (Ed.), *Základy klinické obezitologie* (15-32). Praha: Grada Publishing.
- Hainer, V. (2004b). Obezita v historii lidstva. In V. Hainer (Ed.), *Základy klinické obezitologie* (1-14). Praha: Grada Publishing.
- Hainer, V., & Bendlová, B. (2004). Etiopatogeneze obezity. In V. Hainer (Ed.), *Základy klinické obezitologie* (75-104). Praha: Grada Publishing.
- Hainer, V., Kunešová, M., Hlubík, P., & Býma, S. (2005). *Obezita. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Získáno 6. února 2014 z [http://www.svl.cz/Files/nastenka/page\\_4766/Version1/Obezita.pdf](http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4766/Version1/Obezita.pdf)
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hayesová, N. (2007). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Hátlová, B. (2005). Tělesnost. *Moderní babičtví*, 8, 1-4. Získáno 3. března 2014 z <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-8/?pdf=74>
- Hendl, J. (2012). Přehled statistických metod. *Analýza a metaanalýza dat* (4. vyd.). Praha: Portál
- Hentati, A. & Elloumi, A. (2013). Tunisian validation of a measuring instrument: Physical Self-Description Questionnaire (PSDQ). *IOSR Journal Of Humanities And Social Science*, 11, 79-88. Získáno 13. března 2014 z <http://www.iosrjournals.org/iosrjhss/papers/Vol11-issue1/M01117988.pdf>
- Heřmanová, E. (2012). Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. *Sociológia - Slovak Sociological Review*, 44, 478-496. Získáno 7. března 2014 z <https://www.sav.sk/journals/uploads/09101219Hermanova%20%20OK%20upravena%20studia.pdf>

- Higgins, E. T. (1987). Self-Discrepancy: A Theory Relating Self and Affect. *Psychological Review*, 94, 319–340. Získáno 3. března 2014 z <http://www.columbia.edu/cu/psychology/higgins/papers/HIGGINS=PSYCH%20REVIEW%201987.pdf>
- Hnilica, K. (2005). Věk, pohlaví a kvalita života. In J. Payne (Ed.), *Kvalita života a zdraví* (415-441). Praha: TRITON.
- Hnilicová, H. (2004). Dopad společenských změn po roce 1989 na kvalitu života lidí v ČR. In H. Hnilicová (Ed.), *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni* (45-57). Získáno 17. ledna 2013 z file:///C:/Users/Inspiron/Downloads/130%20(10).pdf
- Hnilicová, H. (2005). Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In J. Payne (Ed.), *Kvalita života a zdraví* (205-216). Praha: TRITON.
- Hoganová, A. (2002). *Kvalita života a tělesnost*. Praha: Karolinum.
- Janyšková, A. (2011). *Tělesné sebepojetí a globální sebehodnocení u obézních pacientů v redukční léčbě* (Disertační práce). Získáno 15. března 2013 z [/th/41308/ff\\_d/disertacni\\_prace-Janyskova.pdf](/th/41308/ff_d/disertacni_prace-Janyskova.pdf)
- Jeřábek, H. (1992). *Úvod do sociologického výzkumu*. Získáno 3. dubna 2014 z <https://cent.felk.cvut.cz/predmety/DNUR/lect3/readings/skripta.pdf>
- Karteroliotis, K. (2008). Validation of the physical self-perception profile among college students. *Journal of Education and Human Development*, 1(2), 1-10. Získáno 10. března z <http://www.scientificjournals.org/journals2008/articles/1283.pdf>
- Kozel, R., Mynářová, L., & Svobodová, H. (2011). *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- Kunešová, M. (2004). Vyšetření v obezitologii. In V. Hainer (Ed.), *Základy klinické obezitologie* (135-171). Praha: Grada Publishing.
- Land, K. (2001). Models and Indicators. *Social Force*, 80 (2), 381-410. doi:10.1353/sof.2001.0101
- Lébllová, P. (2009). *Poruchy příjmu potravy: vztah k imaginaci a závislosti na poli* (Diplomová práce). Získáno 20. března 2013 z [/th/144965/ff\\_m/Diplomova\\_prace\\_ke\\_zverejneni.pdf](/th/144965/ff_m/Diplomova_prace_ke_zverejneni.pdf)

- Lo, W. - S., Ho, S. - Y., Mak, K. - K., Lam T. - H. (2012). The Use of Stunkard's Figure Rating Scale to Identify Underweight and Overweight in Chinese Adolescents. *PLoS ONE*, 7, 522-527. doi: 10.1371/journal.pone.0050017
- Ludíková, L. (Ed.). (2012). *Pohledy na kvalitu života osob se senzorickým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Macek, P. (1999). *Adolescence. Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál.
- Macek, P. (2008). Sebesystém, vztah k vlastnímu já. In J. Výrost, & I. Slaměník (Eds.), *Sociální psychologie. 2 přepracované a rozšířené vydání* (89-108). Praha: Grada Publishing, 2008.
- Macek, P., Osecká, L., & Blatný, M. (1993). Semantic structure of adolescents' actual, ideal and unwanted self. *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity. Řada A -jazykovědná*, 1, 111-121. Získáno 3. března 2014 z [http://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/112686/I\\_PaedagogicaPsychologica\\_27-1993-1\\_13.pdf](http://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/112686/I_PaedagogicaPsychologica_27-1993-1_13.pdf)
- Maddi, S. R., Khoshaba, D. M., Persico, M., Bleecker, F., & VanArsdall, G. (1997). Psychosocial correlates of psychopathology in a national sample of the morbidly obese. *Obesity surgery*, 7, 397-404. doi:10.1381/096089297765555377
- Machová, J., Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.
- Málková, I. (srpen, 2008). *Pohled psychologa na obezitu*. Získáno 2. března 2014 z [http://www.hravezijzdrave.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=64&Itemid=73](http://www.hravezijzdrave.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=64&Itemid=73)
- Málková, I. (únor, 2009). *Kognitivně behaviorální terapie obezity*. Získáno 17. února 2014 z <http://www.stob.cz/odborne-clanky-psychotherapie/kognitivne-behavioralni-terapie-obezity>
- Marsh, H. (1999). *PSDQ INSTRUMENT*. Získáno 20. prosince 2013 z [http://samluws.clients.squiz.net/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/362007/PSDQ\\_Instr.pdf](http://samluws.clients.squiz.net/__data/assets/pdf_file/0018/362007/PSDQ_Instr.pdf)
- Marsh, H. W., Martin, J. A., & Jackson, S. (prosinec, 2009). *Introducing a Short Version of the Physical Self Description Questionnaire: New Strategies, Short-Form Evaluative Criteria, and Applications of Factor Analyses*. Získáno 17. prosince 2013 z [file:///C:/Users/Inspiron/Downloads/Marsh\\_Introducing.pdf](file:///C:/Users/Inspiron/Downloads/Marsh_Introducing.pdf)



- Měkota, K., & Cuberek, R. (2007). *Pohybové dovednosti činnosti výkony*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Mills, J. K. (1995). Interpersonal dependency in alcoholic and obese men. *Psychological reports*, 76, 737-738.
- Mühlpachr, P. (2005). Měření kvality života jako metodologická kategorie. In A. Tokárová (Ed.), *Kvalita života a rovnost příležitostí - z aspektu vzdělávání dospělých a sociální práce* (59-70). Prešov: Prešovská univerzita v Prešově.
- Obesity society (nedat.). *Obesity, Bias and Stigmatization*. Získáno 18. února 2014 z <http://www.obesity.org/resources-for/obesity-bias-and-stigmatization.htm>
- Pařízková, J., & Lisá, L. (2007). *Obezita v dětství a dospívání*. Praha: Galén.
- Peart, N. D., Marsh, H. W., & Richards, G. E. (2005). *The Physical Self Description Questionnaire: furthering research linking physical self - concept, physical activity and physical education*. Získáno 17. prosince 2013 z <file:///E:/A.%20V%C3%9DZKUM%20BC/PSDQ%20Short%20version.pdf>
- Pelikánová, T. (2003). *Diabetologie a vybrané kapitoly z metabolismu*. Praha: Triton.
- Puhl, R. M., & Heuer, Ch. A. (2010). Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *American journal of public health*, 100, 1019-102. Získáno 7. března 2014 z [http://www.gatherthepeople.org/Downloads/OBESITY\\_STIGMA.pdf](http://www.gatherthepeople.org/Downloads/OBESITY_STIGMA.pdf)
- Robins, R. W. & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *American Psychological Society*, 14, 158-162. doi:10.1111/j.0963-7214.2005.00353.x
- Říčan, P. (2006). *Cesta životem: vývojová psychologie* (2. vyd.). Praha: Portál.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Moore, R. H., Eisenberg, M. H., Raper, S. E., & Williams, N. N. (2010). Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surgery for obesity and related diseases*, 6, 608-614. Získáno 8. března 2014 z <file:///C:/Users/Inspiron/Downloads/504635267bf4f77594.pdf>
- Schafer, M. H., & Ferraro, K. F. (2011). The Stigma of Obesity Does Perceived Weight Discrimination Affect Identity and Physical Health? *Social Psychology Quarterly*, 74, 76-97. doi:10.1177/0190272511398197
- Schipke, D., & Freund, P. A. (2012). A meta-analytic reliability generalization of the Physical Self-Description Questionnaire (PSDQ). *Psychology of Sport and Exercise*, 13, 789-797. doi: 10.1016/j.psychsport.2012.04.012

- Singh, K. K. (březen, 2013). *The Physical Self Description Questionnaire: Furthering Research Linking Physical Self-Concept, Physical Activity and Physical Education*. Získáno 17. prosince 2013 z <file:///C:/Users/Inspiron/AppData/Local/Google/Chrome/Application/34.0.1847.116/SSRN-id2231989.pdf>
- SPIR NetMonitor (duben, 2013). *Trendy v návštěvnosti internetu. Ročenka 2012. Leden 2011 - únor 2013*. Získáno 20. dubna 2014 [http://www.netmonitor.cz/sites/default/files/iac\\_2013\\_\\_netmonitor\\_rocenka\\_2012\\_0.pdf](http://www.netmonitor.cz/sites/default/files/iac_2013__netmonitor_rocenka_2012_0.pdf)
- Stackeová, D. (2007.). Tělesné sebepojetí v kontextu psychosomatiky a možnosti jeho ovlivnění. *Psych@Som*, 2, 17-24. Získáno 13. března 2014 z [http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2007\\_2/konference\\_stackeova\\_207.htm](http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2007_2/konference_stackeova_207.htm)
- Staff, H. (červenec, 2012). *Body fat distribution*. Získáno 22. února 2014 z <https://myhealth.alberta.ca/health/pages/conditions.aspx?hwid=zm6365>
- Svačina, Š., & Bretšnajdrová, A. (2008). *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Grada Publishing.
- Svačina, Š., Müllerová, D., & Bretšnajdrová, A. (2013) *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty. 2. upravené vydání (2. vyd.)*. Praha: Triton.
- Šolcová, I., & Kebza, V. (2004). Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In H. Hnilicová (Ed.), *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni (21-32)*. Získáno 25. února 2014 z [file:///C:/Users/Inspiron/Downloads/130%20\(10\).pdf](file:///C:/Users/Inspiron/Downloads/130%20(10).pdf)
- Toman, E. (2010) Psychologické koreláty jídelního chování a obezity. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup (281-285)*. Praha: Grada Publishing.
- Toušek, L. (2012). Vybrané aspekty metodologie aplikované antropologie. In T. Hirt a kol., *Vybrané kapitoly z aplikované sociální antropologie (25-106)*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.
- Tsigos C., Hainer V., Basdevant A., Finer N., Fried M., Mathus-Vliegen, ... Zahorska-Markiewicz B.(2008). Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines. *Obesity Facts*. 2008, 1, 106-116. doi: 10.1159/000126822

- University Toronto. (nedat.) *The quality of life model*. Získáno 15. března 2014 z [http://www.utoronto.ca/qol/qol\\_model.htm](http://www.utoronto.ca/qol/qol_model.htm)
- Valjent, Z., & Flemr, L. (2010). Vybrané aspekty kvality života studentů technické univerzity. *Kontakt*, 12, 414- 424. Získáno 10. dubna 2014 z <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120423185224441019.pdf>
- Vágnerová, M. (1997). *Úvod do psychologie*. Praha: UK.
- Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání* (2. vyd.). Praha: Karolinum.
- Ventegodt, S., Madsen, T. F., Andersen, N. J., & Merrick, J. (2008). Which factors determine our quality of life, health and ability? Results from a Danish population sample and the Copenhagen Perinatal Cohort. *J Coll Physicians Surg Pak*, 18, 445-50. doi: 07.2008/JCPSP.445450
- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. (2011). *V České republice je 55 % lidí s nadváhou a obezitou*. Získáno 22. března 2014 z <https://www.vzp.cz/klienti/aktuality/vceske-republice-je-55-lidi-s-nadvahou-a-obezitou>
- Vymětal, J. (1996). *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel.
- Vymětal, J. (2003). *Úvod do psychoterapie, 2. aktualizované vydání* (2. vyd.). Praha: Grada Publishing.
- Walfish, S., & Brown, T. A. (2009). Self-assessed emotional factors contributing to increased weight in presurgical male bariatric patients. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 4(1), 49-52. doi:10.1089/bar.2009.9991
- Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Tilgner, L. (2004). Test - retest reliability and construct validity of Contour Drawing Rating Scale scores in a sample of early adolescent girls. *Body Image*, 1, 199-205. doi:10.1016/S1740-1445(03)00024-X
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL: measuring quality of life*. Získáno 26. února 2014 z [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
- World Health Organization (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 4. 2014*. Získáno 3. března 2014 z [file:///C:/Users/Inspiron/AppData/Local/Google/Chrome/Application/34.0.1847.116/mkn-tabelarni-cast\\_1-4-2014.pdf](file:///C:/Users/Inspiron/AppData/Local/Google/Chrome/Application/34.0.1847.116/mkn-tabelarni-cast_1-4-2014.pdf)

- World Health Organization. (2013). *Obesity and overweight*. Získáno 1. února 2014 z <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- World Health Organization. (nedat.a). *BMI classification*. Získáno 1. prosince 2013 z [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)
- World Health Organization (nedat.b). *WHO definition of Health*. Získáno 11. dubna 2014 z <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- World Obesity Federation. (2012). *About obesity*. Získáno 18. února 2014 z <http://www.worldobesity.org/aboutobesity/>
- World Obesity Federation. (2014a). *Global overweight and obesity in adults*. Získáno 18. února 2014 z [http://www.worldobesity.org/site\\_media/library/resource\\_images/Overweight\\_and\\_obesity\\_in\\_Global\\_Adults\\_v2.pdf](http://www.worldobesity.org/site_media/library/resource_images/Overweight_and_obesity_in_Global_Adults_v2.pdf)
- World Obesity Federation. (2014b). *European Overweight & Obesity in Adults*. Získáno 18. února 2014 z [http://www.worldobesity.org/site\\_media/library/resource\\_images/Overweight\\_and\\_obesity\\_in\\_European\\_Adults.pdf](http://www.worldobesity.org/site_media/library/resource_images/Overweight_and_obesity_in_European_Adults.pdf)
- World Obesity Federation. (2014c) *Obesity the global epidemic*. Získáno 18. února 2014 z <http://www.worldobesity.org/iotf/obesity/obesitytheglobalepidemic/>

## VI Seznam grafů, obrázků, tabulek a příloh

**Graf 1:** Bydliště respondentů

**Graf 2:** Rodinný stav

**Graf 3:** Partnerství

**Obrázek 1:** Hierarchický model tělesného sebehodnocení dle Foxe

**Obrázek 2:** Základní složky tělesného sebepojetí dle Mrazka

**Tabulka 1:** Metabolické riziko dle obvodu pasu

**Tabulka 2:** Přehled popisné statistiky pro celý vzorek

**Tabulka 3:** *t*-test pro komparaci skupin

**Tabulka 4:** *t*-test pro PSDQ

**Tabulka 5:** Korelační matice

**Tabulka 6:** *t*-test pro tělesnou nespokojenost

**Tabulka 7:** Korelační matice pro PSDQ a indikátor nespokojenosti FRS

**Tabulka 8:** *t*-test pro vnímání kvality života

**Příloha 1:** Mezinárodní klasifikace podváhy, nadváhy a obezity u dospělých podle BMI

**Příloha 2:** Počet obézních mužů a mužů s nadváhou v evropských zemích

**Příloha 3:** Počet obézních žen a žen s nadváhou v evropských zemích

**Příloha 4:** Nadváha a obezita u dospělé populace v celosvětově vybraných zemích

**Příloha 5:** Úvodní strana dotazníkové baterie

**Příloha 6:** Stunkard Figure Rating Scale

**Příloha 6:** Škála spokojenosti se životem

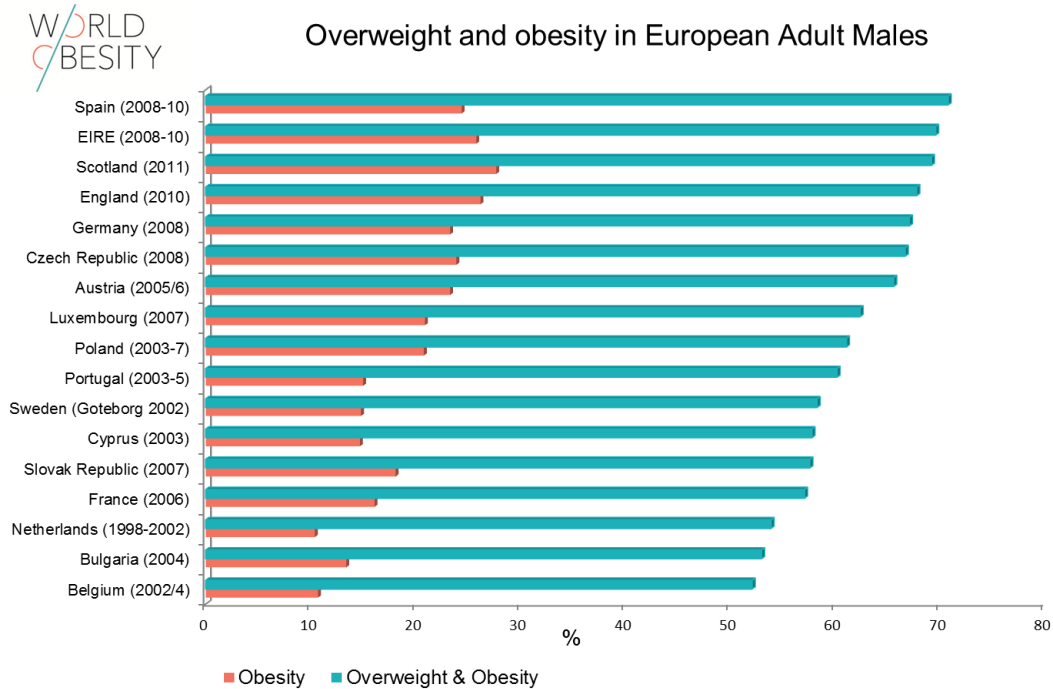
**Příloha 7:** Dotazník PSDQ

## VII Přílohy

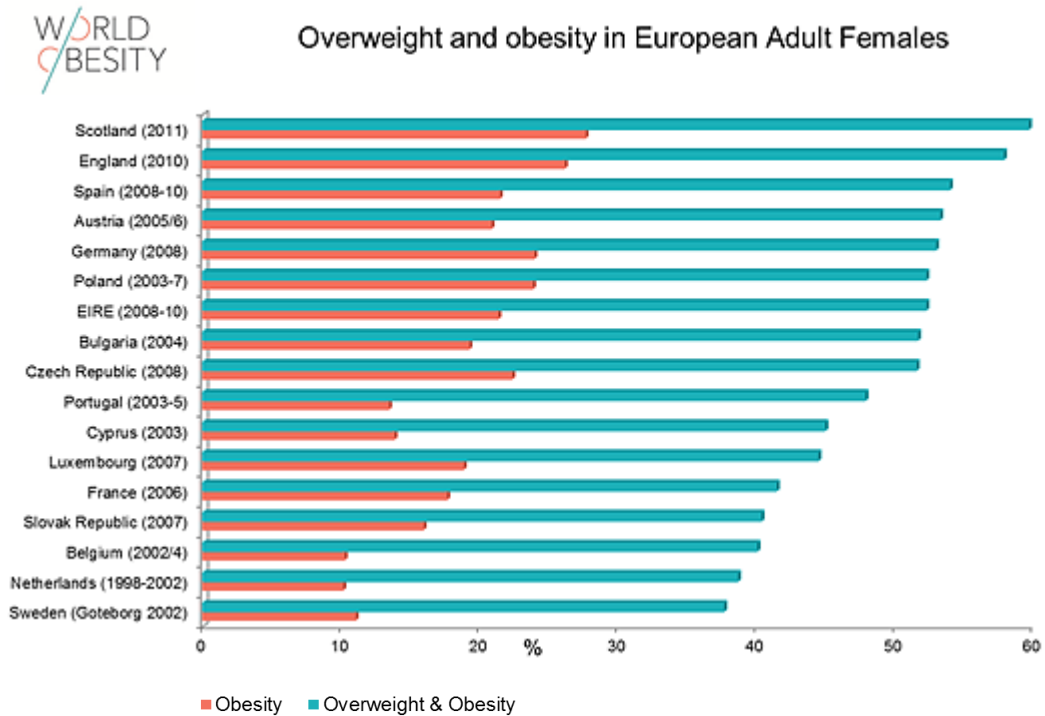
**Příloha 1:** Mezinárodní klasifikace podváhy, nadváhy a obezity u dospělých podle BMI

| Klasifikace dle WHO      | BMI (kg/m <sup>2</sup> ) |                    |
|--------------------------|--------------------------|--------------------|
|                          | Hlavní vymezení          | Doplňkové vymezení |
| <b>Podváha</b>           | <b>&lt; 18,5</b>         | <b>&lt; 18,5</b>   |
| Kritická podváha         | < 16,00                  | < 16,00            |
| Střední podváha          | 16,00 - 16,99            | 16,00 - 16,99      |
| Mírná podváha            | 17,00 - 18,49            | 17,00 - 18,49      |
| <b>Normální váha</b>     | <b>18,50 - 24,99</b>     | 18.50 - 22.99      |
|                          |                          | 23.00 - 24.99      |
| <b>Nadváha</b>           | <b>≥ 25,00</b>           | <b>≥ 25,00</b>     |
| Preoběžní stav (nadváha) | 25,00 - 29,99            | 25.00 - 27.49      |
|                          |                          | 27.50 - 29.99      |
| <b>Obezita</b>           | <b>≥ 30,00</b>           | <b>≥ 30,00</b>     |
| Obezita I. stupně        | 30,00 - 34,99            | 30.00 - 32.49      |
|                          |                          | 32.50 - 34.99      |
| Obezita II. Stupně       | 35,00 - 39,99            | 35.00 - 37.49      |
|                          |                          | 37.50 - 39.99      |
| Obezita III. Stupně      | 40,00 a více             | 40,00 a více       |

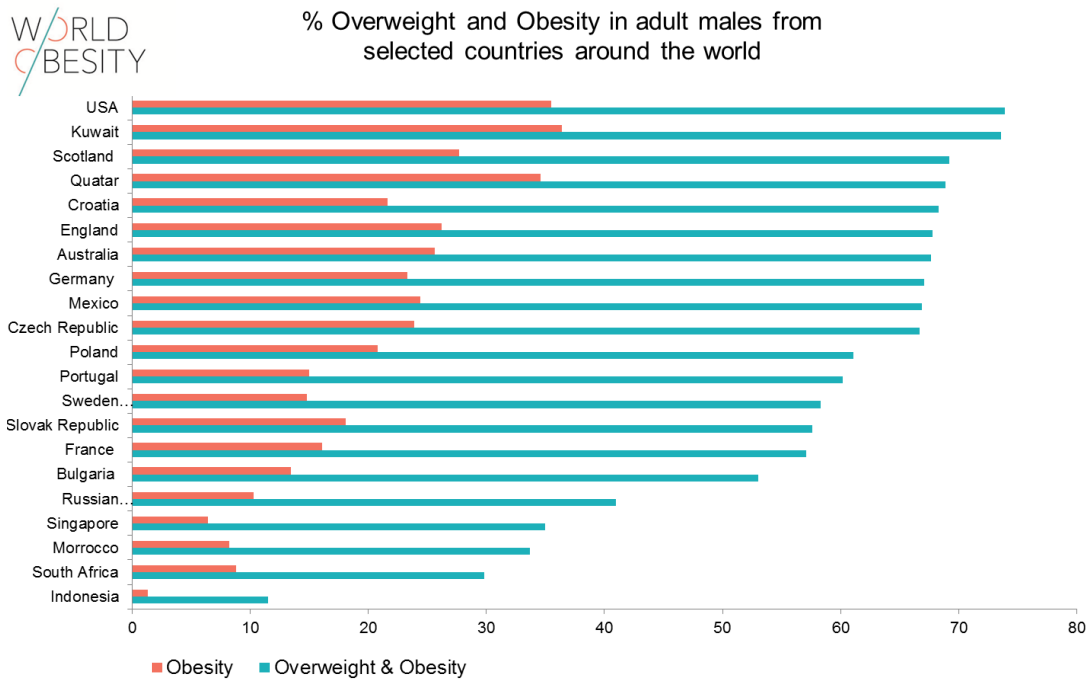
## Příloha 2: Počet obézních mužů a mužů s nadváhou v evropských zemích



## Příloha 3: Počet obézních žen a žen s nadváhou v evropských zemích



#### Příloha 4: Nadváha a obezita u dospělé populace v celosvětově vybraných zemích





## **Příloha 5:** Úvodní strana dotazníkové baterie

Dobrý den,

jsem studentkou psychologie na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích a prosím Vás o spolupráci na mém výzkumu k bakalářské práci, který se týká sebepojetí a kvality života v rámci spektra BMI indexu.

Ráda bych Vás ubezpečila, že získané informace jsou zcela anonymní a budou použity pouze ke studijním účelům.

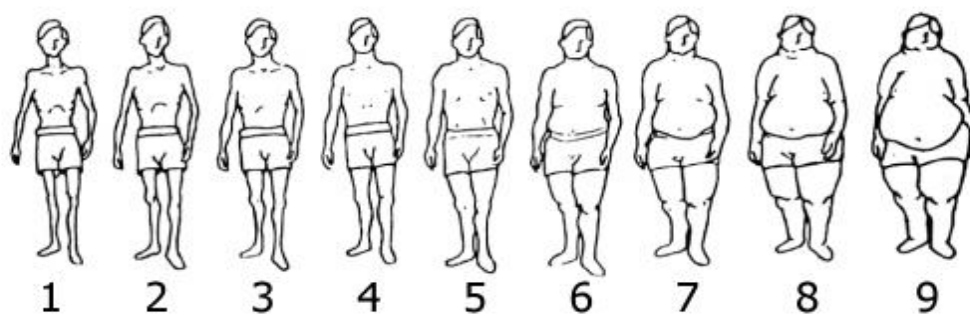
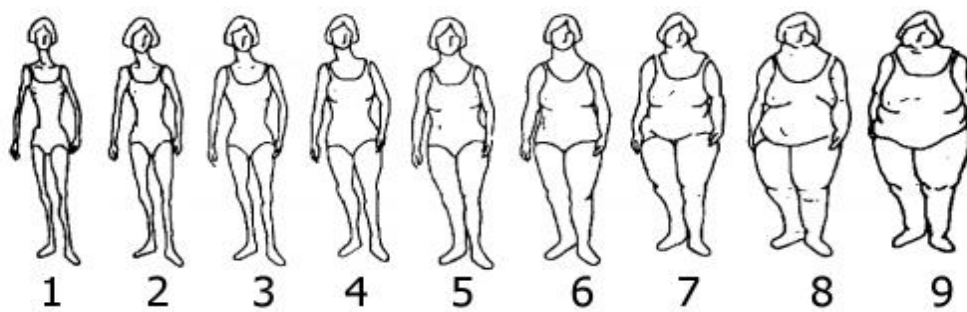
Mnohokrát Vám děkuji za ochotu a za Váš čas.

S pozdravem,

.....

Aneta Rychová

**Příloha 6: Stunkard Figure Rating Scale**



**Příloha 7: Škála spokojenosti se životem**

**Zaškrtněte, prosím, pro každou z následujících oblastí stupeň Vaší spokojenosti, kterou jste prožíval/a v posledním roce.**

| Stupnice   | Vůbec ne | Převážně ne | Spíše ne | Nemohu se rozhodnout | Spíše ano | Převážně ano | Určitě ano |
|--|----------|-------------|----------|----------------------|-----------|--------------|------------|
| 1. Jsem spokojený/á se svým vzhledem.  |          |             |          |                      |           |              |            |
| 2. Jsem spokojený/á se svou tělesnou váhou.  |          |             |          |                      |           |              |            |
| 3. Jsem spokojený/á se svým osobním charakterem.   |          |             |          |                      |           |              |            |
| 4. Jsem spokojený/á s úspěchem a uznáním od ostatních.   |          |             |          |                      |           |              |            |
| 5. Jsem spokojený/á se svojí osobní autonomií (svobodou).  |          |             |          |                      |           |              |            |
| 6. Jsem spokojený/á se svým životním partnerem. <i>*pokud nemáte partnera, hodnoťte svoji spokojenost se stavem „nezadaný/á“</i> |          |             |          |                      |           |              |            |
| 7. Jsem spokojený/á se svým sexuálním životem.   |          |             |          |                      |           |              |            |
| 8. Jsem spokojený/á se svým rodinným životem.  |          |             |          |                      |           |              |            |
| 9. Jsem spokojený/á se svými přáteli a známými.  |          |             |          |                      |           |              |            |
| 10. Jsem spokojený/á se svou prací.  |          |             |          |                      |           |              |            |
| 11. Jsem spokojený/á se svou finanční situací.   |          |             |          |                      |           |              |            |
| 12. Jsem spokojený/á se svou bytovou situací.  |          |             |          |                      |           |              |            |
| 13. Jsem spokojený/á se svým volným časem.   |          |             |          |                      |           |              |            |
| 15. Jsem spokojený/á s celkovou kvalitou svého života.   |          |             |          |                      |           |              |            |

## Příloha 8: Dotazník PSDQ

**Zakroužkujte, prosím, tvrzení, které Vás nejvíce vystihuje.**

|     | Stupnice  | Zcela nesouhlasí | Převážně nesouhlasí | Spíše nesouhlasí | Spíše souhlasí | Převážně souhlasí | Zcela souhlasí |
|-----|---|------------------|---------------------|------------------|----------------|-------------------|----------------|
| 1.  | Když jsem nemocný/á, cítím se tak špatně, že dokonce ani nemohu vstát z postele   | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 2.  | Cítím se jistě, když se pohybuji koordinovaně                                     | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 3.  | Několikrát týdně si zacvičím nebo provozuji takovou aktivitu, u které se zadýchám | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 4.  | Jsem příliš tlustý/á  | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 5.  | Ostatní lidé si myslí, že jsem dobrý/á ve sportech                                | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 6.  | Fyzicky jsem se sebou spokojen/a takový/á, jaký/á jsem                            | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 7.  | Jsem na svůj věk atraktivní   | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 8.  | Jsem fyzicky silný člověk   | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 9.  | V ohýbání, „nakrucování“ a otáčení mým tělem jsem vcelku dobrý/á                  | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 10. | Mohu běžet dlouhou trasu bez zastavení  | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 11. | Celkově lze říci, že většina věcí, které dělám, dopadají dobře                    | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 12. | Obvykle chytím každou nemoc (chřipku, virus, rýmu atd.), která se kolem mihne     | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 13. | Ovládání pohybů mého těla mi jde snadno   | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 14. | Často cvičím nebo se věnuji takovým aktivitám, u kterých se zadýchám              | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 15. | Mám příliš široký pas   | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 16. | Jsem dobrý/á ve většině sportů  | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 17. | Jsem šťastný/á za svoji fyzickou podobu   | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 18. | Mám hezký obličej   | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 19. | Mám ve svém těle hodně energie (síly)   | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 20. | Mé tělo je pružné   | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |
| 21. | V testu fyzické odolnosti a vytrvalosti bych si vedl/a dobře                      | 1                | 2                   | 3                | 4              | 5                 | 6              |

|     |   |   |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| 22. | Nemám toho moc, na co být hrdý/á  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. | Jsem tak často nemocný/á, že nemohu dělat všechno, co bych chtěl/a  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. | Jsem dobrý/á v koordinaci svých pohybů  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. | Třikrát nebo čtyřikrát týdně si zacvičím nebo provozuji takovou aktivitu, u které se zadýchám a která trvá nejméně 30 minut | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. | Mám na těle příliš mnoho tuku   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. | Většina sportů je pro mě snadná   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. | Z toho, jak vypadám a co fyzicky dokážu, mám dobrý pocit  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. | Vypadám lépe, než většina mých přátel   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. | Jsem silnější, než většina lidí mého věku   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. | Mé tělo je ztuhlé a neohebné  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. | Mohl/a bych uběhnout 5 kilometrů bez zastavení  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33. | Cítím, že můj život není příliš užitečný  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34. | Málokdy se nachladím nebo onemocním   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 35. | Mohu vykonávat plynulé pohyby ve většině fyzických aktivit  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 36. | Jsem fyzicky aktivní (např. jogging, tanec, jízda na kole, aerobic, posilovna, plavání apod.) alespoň třikrát týdně         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 37. | Mám nadváhu   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 38. | Jsem sportovně nadaný/á   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 39. | Ohledně mého fyzického vzezření se cítím dobře  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 40. | Jsem ošklivý/á  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 41. | Jsem slabý/á a nemám žádné svaly  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 42. | Části mého těla se ve většině směrů dobře hýbou i ohýbají   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 43. | Myslím, že bych mohl/a dlouho běžet bez toho, abych se unavil/a   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 44. | Celkově jsem k ničemu   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 45. | Jsem často nemocný/á  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 46. | Koordinaci pohybů mé tělo zvládá s lehkostí   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 47. | Dělám mnoho sportů (tancuji, chodím do posilovny/fitness centra nebo vykonávám jiné fyzické aktivity)                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 48. | Mám příliš velký žaludek  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 49. | Jsem lepší ve sportu než většina mých přátel  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 50. | Cítím se dobře z toho, kým jsem a co jsem schopný/á fyzicky vykonat   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 51. | Jsem pohledný/á   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

|     |   |   |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| 52. | V silovém testu bych si vedl/a dobře  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 53. | Myslím, že jsem dostatečně přizpůsobivý/á k vykonávání většiny sportů   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 54. | Mohu být fyzicky aktivní dlouhou dobu bez toho, abych se unavil/a   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 55. | Většinu věcí, které dělám, dělám dobře  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 56. | Když onemocním, trvá mi dlouho, než se můj stav zlepší  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 57. | Při sportu nebo jiných aktivitách jsou mé pohyby ladné a koordinované   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 58. | Téměř každý den sportuji, cvičím, tančím nebo vykonávám jiné fyzické aktivity   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 59. | Ostatní lidé si myslí, že jsem tlustý/á   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 60. | Jsem dobrý/á ve sportu  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 61. | Cítím se dobře takový/á, jaký/á jsem po fyzické stránce   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 62. | Všichni si myslí, že nejsem hezký/á   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 63. | Jsem dobrý/á ve zvedání těžkých předmětů  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 64. | Myslím, že bych dobře uspěl/a v testu pružnosti (ohebnosti)   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 65. | Jsem dobrý/á ve vytrvalostních aktivitách jako je běh na dlouhou trať, aerobic, jízda na kole, plavání nebo běžkování | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 66. | Celkově toho mám hodně, na co mohu být hrdý/á   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 67. | Musím docházet k lékaři kvůli nemoci častěji než většina lidí v mém věku  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 68. | Celkově jsem neúspěšný/á  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 69. | Obvykle zůstanu zdravý/á, i když moji přátelé onemocní  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 70. | Zdá se, že vše, co dělám, nedopadá dobře  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |