

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



FILOZOFICKÁ FAKULTA
UNIVERZITY KARLOVY
V PRAZE

Bakalářská práce

Barbora Pešková

Psychologické aspekty obezity v dospívání

The psychological aspects of obesity in adolescence

Praha 2014

Vedoucí práce: PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce PhDr. Tamaře Hrachovinové, CSc. za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích.

Dále bych chtěla poděkovat PhDr. Ivě Štětovské, Ph.D., doc. PhDr. Slávce Fraňkové, DrSc., Mgr. Janě Divoké a MUDr. Zlatko Marinovi za jejich ochotu a čas, který mi věnovali.

Poděkování patří i těm, kteří mi byli při práci oporou a podělili se se mnou o své cenné zkušenosti.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 28. 7. 2014

.....

Barbora Pešková

Abstrakt:

Bakalářská práce se věnuje obezitě u dospívající populace a jejím psychologickým aspektům. Nejprve se zabývá obezitou z medicínského pohledu. Uvádí diagnostiku, epidemiologii a etiologii obezity. Navazující kapitoly popisují komplikace a možnosti léčby obezity vztahmo k období dospívání. Větší část práce rozebírá psychosociální aspekty obezity. Zaměřuje se na osobnost obézních adolescentů, životní styl rodiny a vztahy s vrstevníky. Dále rozebírá otázku výskytu patologie se zaměřením na poruchy příjmu potravy. Empirická část předkládá návrh výzkumu, který se zaměřuje na vztahy mezi obézními dospívajícími a jejich vrstevníky.

Klíčová slova:

Obezita v dospívání, osobnost, body image, poruchy příjmu potravy, vrstevnické vztahy

Abstract:

The thesis deals with obesity in adolescent population and with its psychological aspects. At first it focuses on obesity from the medical point of view. It presents diagnostics, epidemiology and etiology of obesity. Subsequent chapters describe complications and treatment options of obesity considering the period of adolescence. The larger part of the thesis analyses the psychosocial aspects of obesity. It focuses on the personality of obese adolescents, on family lifestyle and relationships with peers. Furthermore it analyses the issue of incidence of pathology with a focus on eating disorders. The empirical part proposes a research design which focuses on relationships between obese adolescents and their peers.

Keywords:

Obesity in adolescence, personality, body image, eating disorders, peer relationships

Obsah

Seznam použitých zkratk:	8
Úvod	9
1. Obezita	10
1.1. Měření obezity	11
1.1.1. Antropometrické metody	11
1.1.2. Index BMI	11
1.1.3. Index WHR	13
1.1.4. Metody pro stanovení složení těla	13
1.2. Epidemiologie	14
1.3. Etiopatogeneze obezity	15
1.3.1. Genetické faktory	16
1.3.2. Faktory prostředí	17
1.4. Komplikace a následky obezity	17
1.4.1. Zdravotní rizika obezity	17
1.4.2. Poruchy pohybového aparátu	17
1.4.3. Kardiovaskulární komplikace	18
1.4.4. Metabolické a endokrinní komplikace	18
1.4.5. Respirační komplikace	18
1.4.6. Psychosociální komplikace	19
1.5. Léčba obezity u dospívajících	19
1.5.1. Klasická léčba obezity	19
1.5.2. Farmakoterapie	20
1.5.3. Chirurgická léčba obezity	20
2. Psychologické aspekty obezity u dospívajících	21
2.1. Psychologické aspekty dospívání	21
2.2. Rodina a životní styl	22
2.2.1. Jídelní chování dospívajících s nadváhou	23
2.2.2. Pohyb	24
2.3. Psychologická role vrstevníků	25
2.4. Osobnost obézních dospívajících	27
2.5. Negativní emoce a stres	28
2.6. Obezita a poruchy příjmu potravy	29
2.6.1. Mentální bulimie (MB)	30

2.6.2.	Mentální anorexie (MA)	31
2.6.3.	Záchvatovité přejídání neboli Binge eating disorder (BED)	31
2.6.4.	Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami	32
2.7.	Body image	32
2.7.1.	Rizikové faktory nespokojenosti s vlastním tělem	33
2.7.2.	Ne/spokojenost s vlastním tělem	34
3.	Návrh výzkumu	36
3.1.	Teoretická východiska a výzkumy	36
3.2.	Výzkumný problém	37
3.3.	Výzkumný soubor	37
3.4.	Sběr dat	38
3.4.1.	Validita	39
3.5.	Analýza dat	39
3.6.	Diskuze	40
Závěr	42
Seznam literatury:	43

Seznam použitých zkratk:

BBS	Bardetův-Biedlův syndrom
BED	Záchvatovité přejídání (Binge eating disorder)
BIA	Bioimpedanční analýza
BMI	Body Mass Index
CAV	Celostátní antropologický výzkum
DEXA	Duální rentgenová absorpciometrie
DSM III	Diagnostický a statistický manuál Americké Psychiatrické Asociace, 3. vydání
DSM IV	Diagnostický a statistický manuál Americké Psychiatrické Asociace, 4. vydání
HBSC	Health Behaviour in school-aged Children
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
MKN	10 Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. Revize
NES	Syndrom nočního přejídání (Night Eating Syndrom)
NEDS	Syndrom nočního příjmu potravy a pití (Nocturnal Eating/Drinking Syndrom)
NSRED	Noční poruchy příjmu potravy spojené s poruchou spánku (Nocturnal Sleep-Related Eating Disorders)
PPP	Poruchy příjmu potravy
PWS	Pradera – Williho syndrom
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
WHR	Poměr pasu a boků (Waist/hit ratio)

Úvod

Ačkoliv se problematika obezity objevila již před lety, zůstává stále aktuální, dokonce dosáhla globální úrovně a počet jedinců s nadváhou a obezitou stále narůstá. Obezita je komplexní porucha, na které se podílí mnoho faktorů z různých oblastí. Setkáváme se proto s vícero pohledy, které zkoumají obezitu z různých úhlů. Pojednat o obezitě v takto širokém měřítku by značně přesahovalo rozsah této práce. Ale i přesto jsem se pokusila nastínit obezitu z medicínského i psychosociálního hlediska, abych poukázala na její komplexnost. Podrobněji jsem se zaměřila na příčiny obezity u dospívající populace z psychologického hlediska, což je také cílem této práce.

Práce je rozdělena do třech částí. V první části se věnuji tématu obezity z medicínského náhledu. Zabývám se zde diagnostikou obezity, mapuji její prevalenci především v českém prostředí, dále se věnuji etiopatogenezi, zdravotním komplikacím a léčbou obezity.

Druhá část práce se zaměřuje na psychologické aspekty obezity. Vzhledem k tomu, že psychologických proměnných ve vztahu k obezitě a k dospívání je celá řada a rozsah práce mi nedovoluje se všemi detailněji zabývat, rozhodla jsem vybrat základní psychosociální oblasti, kterým se v práci věnuji. Soustřeďuji se na oblasti rodinného životního stylu, roli vrstevníků a na osobnost u obézních dospívajících. Dále popisuji vztah obezity a poruch příjmu potravy a navazuji na to kapitolou o vnímání vlastního těla.

Třetí část práce tvoří návrh výzkumu. Vzhledem k tomu, že na pozadí vývojových úkolů dospívání, jako např. osamostatňování se od původní rodiny, začleňování se do společnosti a budování vlastní osobnosti, hrají velmi významnou roli vrstevníci, rozhodla jsem se zaměřit výzkum na vztahy obézních adolescentů s jejich vrstevníky.

Období dospívání je široký pojem a autoři jej různě vymezují a dělí na etapy. V této práci pojmám dospívání v širokém věkovém rozpětí, tzn. od 10 do 18 let věku. Vzhledem k tomu, že užívání pojmů, které se vztahují k označení dospívajícího jedince, jsou značně nejednotné, užívám všechny v této práci jako synonyma. Nejčastěji se v této práci vyskytují označení „adolescent, dospívající, pubescent nebo dítě“. V případě potřeby upřesnění uvádím věk nebo věkové rozmezí.

Zdroje uvedené v práci jsou citovány podle normy APA, překlady cizojazyčných zdrojů jsou překlady autorské.

1. Obezita

Obezita jakožto nejčastější metabolická choroba dnešní doby je nazývána taktéž jako epidemie 3. tisíciletí, avšak její historie sahá daleko až do dob prehistorických. Názory a postoje k obezitě se v průběhu vývoje lidstva proměňovaly. Konkrétně obezita u dětí byla v historii chápána jako jeden z protektivních prostředků proti různým infekčním onemocněním. V dnešní době, kdy infekční nemoci nejsou takovou hrozbou, se zdůrazňují spíše negativní dopady pro budoucí zdravotní vývoj, které může obezita v mladém věku způsobit (Pařízková, 2007).

Definice snažících se vymezit obezitu je mnoho. Světová zdravotnická organizace definuje nadváhu a obezitu jako „*abnormální nebo nadměrné ukládání tuku, což může způsobit zdravotní potíže*“ (WHO, 2014). Je to velmi závažné a chronické onemocnění, které ovšem bývá laickou veřejností podceňováno. Jaké může mít obezita dopady, uvedu v samostatné kapitole. Pastucha (2011, s. 11) uvádí, že „*obezita neznamena nadměrnou hmotnost, ale nadměrné nakupení tukové tkáně $\geq 25\%$ u mužů a $\geq 30\%$ u žen*“.

Podíl tuku je ovlivněn nejen pohlavím, ale také věkem a etnicitou. Je zřejmé, že s přibývajícím věkem roste i podíl tuku v organismu. Existují však tzv. riziková období pro vznik obezity, ve kterých je člověk náchylnější pro nárůst váhy.

Obezita nemusí být na první pohled patrná a v tomto případě se jedná o tzv. skrytou obezitu, která se neprojevuje tolik v hmotnosti jedince, jako spíše v poměru tuku k ostatním tkáním (Pařízková, 2007).

Podle rozložení tuku v těle rozlišujeme dva typy obezity. Pro gynoidní typ obezity je charakteristické ukládání tuku v dolních částech těla, především na stehnech a hýždích. Tento typ je typický spíše pro dívky a ženy. Druhý, tzv. androidní typ obezity se vyskytuje více u chlapců a mužů a je specifický hromaděním tuku v horní části těla. Tyto typy obezity můžeme rozlišovat až od puberty, kdy se vlivem pohlavních hormonů začíná tvarovat a formovat tělo. Do té doby se u dětí hovoří spíše o symetrické obezitě (Lisá, 2007).

1.1. Měření obezity

Při návštěvě lékaře je důležité provést jak osobní, tak rodinnou anamnézu pro zmapování života jedince a jeho životního stylu. Obezita u dítěte a adolescenta nemůže být stanovena pouze na základě hmotnosti. Během ontogeneze se mění složení těla, ubývá vody a narůstá svalová a tuková tkáň v závislosti na pohlaví a vývoji organismu (Bláha, Pařízková, 2007).

1.1.1. Antropometrické metody

Mezi tradiční a nejdéle používanou metodu patří antropometrické měření, do něhož patří např. zjištění výšky, hmotnosti, délkových a šířkových rozměrů, ze kterých mohou být odvozeny různé indexy. Patří sem také měření tloušťky kožních řas, které se provádí tzv. kaliperem na několika místech na těle. Naměřené hodnoty se dosadí do rovnic a následně získáme informace o množství tuku v těle. Tyto metody slouží k základnímu vyhodnocení stupně obezity a zároveň pro posouzení výsledků redukční léčby (Kunešová, 1997).

1.1.2. Index BMI

Dnes se celosvětově používá tzv. Quetelův index, který je označován jako Body Mass Index (BMI): hmotnost v kg/ výška v metrech na druhou (Svačina, 2002). Takto spočítaná hodnota BMI rozdělí dospělou populaci na jedince s nízkou, normální, nadměrnou hmotností a s obezitou. U dětí a dospívajících jsou hodnoty BMI silně závislé na věku. Proto, abychom určili, zda je hmotnost dospívajícího nízká, nadměrná či zda se jedná o obezitu, musíme hodnotu BMI zanést do percentilového grafu podle věku (Obesity Action Coalition, 2014).

Pro naši dětskou a adolescentní populaci byl vykonstruován percentilový graf BMI na základě dat z 5. celostátního antropologického výzkumu dětí a mládeže z roku 1991. Byl proveden novější 6. CAV v roce 2001, ale vzhledem k tomu, že 90. a 97. percentily z roku 1991 byly doposud brány jako hranice nadměrné hmotnosti a obezity, nebylo by žádoucí tyto hranice měnit (zvyšovat), jak by tomu bylo podle dat z 6. CAV, proto byly percentilové grafy BMI z roku 1991 nadále ponechány (Státní zdravotní ústav, 2008).

Jedinci s BMI v rozmezí 75. - 90. percentilu mají zvýšenou hmotnost, hodnoty vyšší než 90. percentil znamenají nadměrnou hmotnost a hodnoty nad 97. percentilem značí obezitu. Naopak hodnoty pod 25., 10., a 3. percentilem nám značí sníženou, nízkou a alarmující nízkou hmotnost (Státní zdravotní ústav, 2008).

Na základě sledování vzorku obézních jedinců byla provedena kategorizace obezity do tří stupňů, vzhledem k věku a pohlaví. V tabulce 1 jsou zobrazeny hraniční hodnoty BMI, které vymezují tyto tři stupně obezity (Bláha, Pařízková, 2007). Ačkoliv je BMI hojně celosvětově využíváný, slouží pouze jako orientační informace.

VĚK (ROKY)	CHLAPCI			DÍVKY		
	MÍRNÁ OBEZITA	STŘEDNÍ OBEZITA	TĚŽKÁ OBEZITA	MÍRNÁ OBEZITA	STŘEDNÍ OBEZITA	TĚŽKÁ OBEZITA
6,00-6,99	19,6-24,8	24,9-28,8	>29,8	19,7-24,8	24,9-28,6	>28,6
7,00-7,99	20,2-25,0	25,1-29,2	>29,2	20,6-24,6	24,7-28,8	>28,8
8,00-8,99	21,1 - 25,3	25,4-30,4	>30,4	21,5-24,4	24,5-28,8	>28,8
9,00-9,99	22,2-25,7	25,8-30,5	>30,5	22,4-25,2	25,3-29,4	>29,4
10,00-10,99	23,3-26,2	26,3-30,9	>30,9	23,1-25,7	25,8-30,0	>30,0
11,00-11,99	24,3-27,0	27,1-32,0	>32,0	24,2-26,3	26,4-31,4	>31,4
12,00-12,99	24,8-27,8	27,9-33,3	>33,3	25,3-27,6	27,7-32,8	>32,8
13,00-13,99	25,1-28,6	28,7-33,5	>33,5	25,6-28,9	29,0-34,6	>34,6
14,00-14,99	25,5-29,3	29,4-34,7	>34,7	25,5-29,5	29,6-35,0	>35,0
15,00-15,99	26,2-31,0	31,1-39,6	>39,6	25,8-29,7	29,8-36,3	>36,3
16,00-16,99	26,9-32,5	32,6-38,3	>38,3	27,2-30,2	30,3-37,3	>37,3
17,00-18,99	27,6-33,5	33,6-40,4	>40,4	27,3-31,4	31,5-38,1	>38,1

Tabulka 1 (Vignerová, Bláha, 2007, s. 43) Hraniční hodnoty BMI vymezující tři stupně obezity českých dětí a dospívajících

1.1.3. Index WHR

Dalším indexem je tzv. WHR (waist/ hit ratio) index, který hodnotí proporcionalitu těla obézních. Vzájemně poměří obvod pasu a boků. Tento index má k obezitě jen omezenou vypovídající hodnotu, proto se doporučuje hodnotit obvodové míry jednotlivě. Největší důraz se klade na hodnocení obvodu pasu, resp. břicha, jelikož to vypovídá o vnitrobřišním tuku.

Dále existují indexy, které porovnávají obvod pasu/obvod stehna nebo obvod pasu/výška těla (Bláha, Pařízková, 2007).

1.1.4. Metody pro stanovení složení těla

Můžeme se setkat s jedinci, kteří ač mají vyšší BMI, jejich množství tuku v těle je normální nebo nižší. S takovým jevem se snadno setkáme např. u sportovců nebo u dospívajících. Na druhé straně existuje i tzv. skrytá obezita, jak jsem již výše uvedla, při které naopak máme BMI v normě nebo nižší, ačkoliv množství tuku v těle je nadbytek oproti jiným tkáním. Z těchto důvodů je zapotřebí pro upřesnění diagnózy obezit, zjistit obsah tuku pomocí více metod (Bláha, Pařízková, 2007).

Různé metody jsou schopné zjistit složení organismu z hlediska obsahu vody, minerálů, proteinů a dalších. Mezi často užívané metody patří bioimpedanční analýza, neboli bioelektrická impedance (BIA). BIA měří odpor těla při průchodu proudu s nízkou intenzitou a vysokou frekvencí. Po těle jsou rozmístěny elektrody v párech na ruku a nohu. Ačkoliv je tato metoda rychlá, levná a pohodlná, výsledky mohou být ovlivněny hydratací organismu (Kunešová, 1997).

Další metodou je denzitometrie (hydrodenzitometrie), neboli vážení pod vodou. Tato metoda využívá Archimedova zákona a na základě zvažení těla pod vodou a na vzduchu zjistíme denzitu těla a z toho obsah tuku (Kunešová, 2004). Tato metoda je podle Pařízkové et al. (2007) jednou z nej přesnějších metod a nazývá se také zlatým standardem tělesného složení.

Existuje mnoho dalších metod a technik, které poskytují další rozmanité pohledy na obsah tuku v těle, např. duální rentgenová absorpciometrie (DEXA), magnetická rezonance, ultrazvuk, pletysmografie a další (Kunešová, 2004). Vzhledem k omezenému rozsahu této práce se tomuto tématu více nevěnuji.

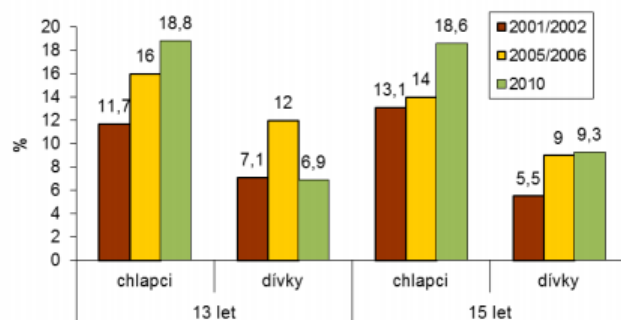
1.2. Epidemiologie

Obezita je nejčastější metabolickou poruchou na světě. Jak známo, tento problém se již netýká pouze dospělé populace a průmyslově rozvinutých zemí. V dnešní době tento problém dosáhl celosvětové epidemie.

Podle Světové zdravotnické organizace došlo v posledních 20 letech ke ztrojnásobení počtu obézních dětí (Puklová, 2012). Bylo prokázáno, že 78 % dětské populace trpících nadváhou či obezitou, bude mít hmotnostní problémy i v dospělosti (Matoulek, 2013). Podle studie České obezitologické společnosti v roce 2005 trpělo nadváhou či obezitou 11 % dětí ve věku 13 – 17 let, konkrétněji 6 % dětí mělo nadváhu a 5 % obezitu. Mezinárodní výzkum „Health Behaviour in school-aged Children“ (HBSC), který probíhal celkem ve třech etapách od roku 2001 do roku 2010 a kterého se účastnila i Česká republika, zkoumal dívky a chlapce ve věku 13-15 let. Jak můžeme vidět na grafu 1, průměrný výskyt nadváhy a obezity u chlapců dosahuje zhruba 19 %, kdežto u dívek je to zhruba 9 %. Také si můžeme všimnout, že chlapci převyšují dívky ve výskytu nadváhy a obezity ve všech věkových skupinách (Kalman, Sigmund, Sigmundová, Hamřík, Beneš, Benešová, & Csémy, 2010).

Na druhé straně, průzkum v rámci programu „Žij zdravě“, který monitoruje nadváhu a obezitu české populace od roku 2000 až do současnosti, ukázal, že od roku 2008 do roku 2013 byl počet obézních stabilní a nerostl. I v této studii bylo prokázáno, že muži jsou na tom hůře než ženy a pokračují v mírném vzestupu. Navzdory výsledku tohoto výzkumu faktem zůstává, že nadměrnou hmotností trpí 56 % české dospělé populace (Žij zdravě, 2013).

Ve srovnání s ostatními státy spadá Česká republika do vyššího průměru. Na nejvyšší pozici se drží USA, kde ve věku 6 - 19 let trpí nadváhou až 30 % dětí včetně adolescentů a obezitou 18 % dospívajících ve věku 12 - 19 let (Brown, 2013).



Graf 1: (Puklová, 2012) Podíl dětí ve věku 13 a 15 let s udávanou vyšší než normální hmotností ve třech etapách studie HBSC, ČR

1.3. Etiopatogeneze obezity

Obezita je komplexní porucha, která vzniká na multifaktoriálním podkladě. Proto se etiopatogeneze obezity vysvětluje jako soubor vlivů, faktorů a podmínek, které se na nemoci podílejí z oblasti genetiky, sociálního prostředí, psychiky a mnoho dalších. Psychosociálními faktory se budu zabývat v jiné části této práce.

Jednou z možných klasifikací je rozdělení obezity na tzv. primární a sekundární obezitu. U dětské a adolescentní obezity se setkáváme převážně s primárním typem, jehož příčinou je tzv. pozitivní energetická bilance, neboli nerovnováha mezi příjmem energie a jejím výdejem. V ideálním případě by měl energetický příjem odpovídat jeho výdeji, který se odvíjí od pohlaví, věku a stupně fyzické aktivity (Hainer, 1997). Ačkoliv hypothalamus reguluje celkovou energetickou rovnováhu a příjem potravy, přesto dochází ke vzniku pozitivní energetické bilance, která je podporována působením životního prostředí. Sekundární obezita se naopak objevuje u geneticky podmíněných syndromů, endokrinních nemocí nebo při užívání léků.

Existují různá období, kdy je člověk náchylnější pro rozvoj obezity a stejně tak jsou jedinci, u kterých je větší riziko vzniku obezity než u ostatních. Hainer (1997) uvádí tato riziková období:

- prenatální a časné postnatální období
- předčasný „adipozity rebound“ (období vzestupu BMI v 6 – 7 letech po přechodném poklesu BMI v předškolním věku)
- období dospívání

- období dospělosti, kdy dochází k zásadní změně dosavadního životního stylu
- doba během a po těhotenství
- období klimakteria

Zvýšené riziko vzniku obezity se vyskytuje u jedinců (Hainer, 1997):

- u kterých se již nadváha či obezita objevila v rodině
- kteří mají nižší vzdělání a nižší příjem
- mají výraznější psychickou alteraci
- kterým během života výrazněji kolísá váha
- S anamnézou bývalí/é dlouhodobí/é kuřáci/kuřačky
- užívající léky ovlivňující hmotnost

1.3.1. Genetické faktory

Mezi základní skupiny faktorů, které se podílejí na vzniku obezity, patří genetika, vnější prostředí a jejich vzájemná interakce. Obezita je silně geneticky podmíněna, o čemž svědčí mnohé výzkumy dvojčat, adoptivních dětí a obézních rodin. Odhaduje se, že podíl genetiky je v rozmezí 40 - 70 %. „*Genetické faktory nejenom, že regulují tělesnou hmotnost, ale zároveň předurčují jednotlivce k určité odpovědi na vlivy prostředí, jako jsou dieta či pohybová aktivita*“ (Hainerová, 2007, s. 87).

Podle vlivu genů rozlišujeme monogenní a polygenní obezitu. Monogenní forma obezity je vzácná a vyskytuje se jen výjimečně. Jedná se o ryze geneticky podmíněnou obezitu, která je součástí některých syndromů (Bendlová, Hainer, 2004). Patří sem tzv. Mendelovsky děděné syndromy, jejichž projevy jsou kromě obezity např. mentální retardace, dysmorfie, orgánově specifické vývojové poruchy a další. Nejznámější jsou tyto syndromy: Pradera – Williho (PWS), Bardetův-Biedlův (BBS), Cohenův syndrom a další (Hainerová, 2007).

Polygenní forma obezity je spíše náchylnost k obezitě. Pastucha (2011) uvádí, aby se tyto genetické predispozice mohly uplatnit, potřebují k tomu přítomnost vhodných podmínek, tzv. obezigenního prostředí, které podporuje vznik pozitivní energetické bilance. Tato forma obezity je mnohem častější než forma monogenní.

1.3.2. Faktory prostředí

V posledních letech se změnil životní styl, který nabral podobu stylu západních zemí. Změnilo se množství a kvalita konzumované stravy, výrazně se proměnila struktura toho, jak lidé tráví svůj volný čas, mimo jiné i vlivem rozvoje technologií (Kunešová, Hlavatá, 2007). Obezigenní prostředí je zvláště nebezpečné pro děti a dospívající, kteří mu neumí dostatečně odolávat. Velkou roli v tom hrají hromadné veřejné sdělovací prostředky, které jsou často cílené na dětskou a dospívající populaci. Marinov (2012) uvádí, že v dnešní době se vytvářejí různé výživové módní trendy, které výživově mají hluchou hodnotu, ale velmi vysokou energetickou denzitu. Jak si můžeme všimnout, poměr reklam na nezdravé, často sladké nebo fast-foodové jídlo a pití je dost nevyrovnaný, oproti zdravé výživě (Pařízková, 2007).

1.4. Komplikace a následky obezity

Obezita je doprovázena mnoha zdravotními komplikacemi, které ovlivňují její nemocnost, ale také kvalitu a délku života obézního jedince. U mladých lidí je těžká obezita spojená až s dvanáctinásobným vzestupem mortality ve srovnání s jedinci s normální hmotností (Janco, Hainer, 1997). Narazíme dokonce i na tvrzení, že přejídání zabilo víc lidí, než všechny války dohromady (Obezita.cz, 2014).

1.4.1. Zdravotní rizika obezity

Marinov, Pastucha (2012) uvádějí, že nadměrné zmnožení tukové tkáně vede ke statokinetickým, hormonálním a metabolickým změnám, přičemž nejzávažnější komplikace dětské obezity jsou následky právě změn metabolických, které např. podporují rozvoj kardiovaskulárního onemocnění s hypertenzí a mnoho dalších.

1.4.2. Poruchy pohybového aparátu

U nadváhy a obezity dochází především k přetížení pohybového aparátu, jak kosterního, tak svalového systému. Často se u obézních jedinců objevuje svalová dysbalance, vadné držení

těla, skolióza, poruchy postavení kolenních kloubů a další (Pastucha, 2011). Lisá (2007) zmiňuje, že nadměrná hmotnost způsobuje časté artrotické změny kloubů dolních končetin.

1.4.3. Kardiovaskulární komplikace

U jedinců s nadváhou a obezitou dochází ke zvýšenému riziku kardiovaskulárních onemocnění a to především kvůli vysokému krevnímu tlaku. Janco, Hainer (1997) uvádí, že u obézních adolescentů byla zaznamenána přítomnost čtyř ze šesti sledovaných kardiovaskulárních rizik, mezi které patří např. vzestup krevního tlaku, hypercholesterolemie, ICHS v rodinné anamnéze a další.

1.4.4. Metabolické a endokrinní komplikace

Metabolické změny patří k těm nejzávažnějším následkům obezity, jelikož mohou vést k metabolickému syndromu. Problematika tzv. Raevenova metabolického syndromu je velice složitá a propojená s výskytem dalších nemocí či poruch, např. inzulínovou rezistencí, dyslipidemií, diabetem, hypertenzí a s dalšími (Pastucha, Marinov, 2012).

Tuková tkáň je největším endokrinním orgánem v těle a jejím zmnožením dochází k pozvolným změnám (Pastucha, 2011). U chlapců se často setkáváme s hypogenitalismem, kdy je zevní genitál zanořen v tukovém polštáři v dolní části břicha. Dochází ale také k hypogonadismu, což se projevuje sníženou sekrecí pohlavních hormonů. U dívek záleží na stupni obezity. Pokud se jedná o nižší stupeň obezity, dochází u dívek k urychlení pohlavního vývoje. V opačném případě při těžké obezitě dochází k porušení funkce ovárií a často to vede ke vzniku syndromu polycystických ovárií (Lisá, 2007).

1.4.5. Respirační komplikace

Častou komplikací v této oblasti je syndrom spánkové apnoe, který se projevuje přerušáním dýchání na více než 10 sekund, více než 5krát za hodinu. Nekvalitní spánek pak vede ke snížení kognitivních funkcí, ospalosti, poruchy soustředění nebo hyperaktivitě (Pastucha, 2011).

1.4.6. Psychosociální komplikace

Obezita a s ní spojené různé zdravotní komplikace mají zajisté nemalý dopad do oblasti psychiky a sociálního života. Jedním z následků obezity, který se podepisuje právě v těchto oblastech, je odlišný vzhled. Obézní jedinci mívají častěji problémy se sebevědomím, sebeuplatněním a častěji trpí psychickými poruchami. Zvláště u dospívajících nabývá otázka vzhledu na důležitosti, jelikož jsou velmi citliví na jeho vnímání a prožívání. Negativní dopad nadváhy a obezity se také projevuje v sociální oblasti jejich života. Nejčastěji dochází k omezení styku s vrstevníky a špatnému navazování vztahů (Ptáček, Kuželová, 2012). Více se tomuto tématu budu věnovat v další části této práce.

1.5. Léčba obezity u dospívajících

Redukce hmotnosti u dětí a mládeže je značně komplikovanější, než je tomu u dospělé populace. Musí se zvážit genetické předpoklady, věk, pohlaví, vývojové období nástupu obezity, trvání nadváhy a obezity, eventuální zásahy z hlediska výživy a pohybu a mnohé další. Z tohoto hlediska je velmi důležité podrobné vyšetření pacienta a na základě toho navrhnout postupy léčby. Péče o obézního pacienta by měla být vždy komplexní, tzn., měla by obsahovat dietoterapii, fyzioterapii a psychoterapii (Pařízková, Lisá, Kunešová, Fraňková, Hlavatá, Kučera, 2007). Nejlepší možnou léčbou však stále zůstává prevence.

1.5.1. Klasická léčba obezity

Klasická léčba obezity je základním pilířem a zároveň zahájením postupu při redukci váhy. Jejím cílem je dosáhnout změny chování ve vztahu k příjmu potravy, fyzické aktivitě, ale také sebevnímání. Aby mohla být léčba úspěšná, je třeba zapojit celou rodinu, neboť dospívající jsou stále ve větší míře závislí na stravovacích a pohybových návycích rodiny (Marinov, 2012). Na druhou stranu mají adolescenti určitou míru svobody a mohou si např. kupovat bez vědomí rodičů různé nevhodné potraviny. Toto je důvod, proč pracovat s celou rodinnou jednotkou.

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) spočívá v přeučování nevhodných postojů a naopak osvojení si nových forem chování. Tato terapie bere v úvahu kognici, chování

a emoce, na které se snaží působit a přenastavit jejich dosavadní zakotvení (Málková, 2009a). Konkrétní techniky se liší podle individuality jedince, stupně nadváhy, zdravotního stavu a dalších aspektů (Pařízková, Lisá, Kunešová, Fraňková, Hlavatá, Kučera, 2007). Nesrstová (2012) píše o specifické charakteristice u obézních dospívajících, která spočívá v jejich vlastním tlaku na rychlost redukce hmotnosti, proto je dobré s tím počítat a přizpůsobit terapii vždy k určitému věku. Pro období adolescence jsou často typické negativistické projevy vůči autoritám a pravidlům, proto je v tomto věkovém období obzvláště důležité navázat dobrý terapeutický vztah a klást důraz na kooperaci adolescenta.

1.5.2. Farmakoterapie

Farmakoterapie působí pomocí léků na metabolické a regulační poruchy, které stojí za vznikem obezity. Tento druh terapie se používá jen v případech, kdy klasická léčba obezity selhala (Hainer, 2004). U dětí a dospívajících se farmakoterapie téměř nepoužívá. Některé léky, které se využívají k léčbě obezity u dospělé populace, mají tolik vedlejších účinků nezanedbatelného dopadu, že pro dětskou a dospívající populaci byly zakázány (Hladná, 2011). Jak uvádí Hainer (1997), farmaka se nedoporučují podávat dětem mladším 15 let. Ve výjimečných případech se však lékaři mohou přiklonit i k této možnosti, např. u jedinců s vážnou inzulinovou rezistencí, jaterní steatózou, porušenou glukózovou tolerancí a dalšími poruchami (Freemark, 2006).

1.5.3. Chirurgická léčba obezity

Chirurgická léčba obezity je poslední možnou variantou v léčbě obezity. Přistupuje se k ní v případě, že všechny předešlé kroky, jako je úprava jídelníčku a pohybu, KBT terapie i farmakoterapie, v léčbě obezity selhaly. Jedním ze základních kritérií je morbidní obezita, u dospělé populace je to BMI > 40 nebo BMI > 35 s vážnými komorbiditami. Dalším kritériem je věk nad 18 let, ale setkáme se opět s výjimečnými případy, kdy se tyto chirurgické zákroky provádějí u dospívajících ve věku 14 – 18 let (Staňková, 2010). K tomu dochází například z důvodu těžké obezity adolescenta, aby se zabránilo rozvoji těžkým komplikacím v dospělosti (Stárková, 2010).

2. Psychologické aspekty obezity u dospívajících

Pokud se podíváme na problematiku obezity z komplexního hlediska, nesmíme opomenout psychosociální faktory. K těmto faktorům, které mohou ovlivnit jak vznik obezity, tak její průběh a léčbu, patří zejména životní události, stres, osobnostní profil jedince, rodinný systém nebo specifické vývojové období (Hlúbik, Vosečková, 2002).

2.1. Psychologické aspekty dospívání

Období dospívání je období plné změn a nových věcí, se kterými se dospívající musí naučit nějak žít. Probíhající změny jsou jak na biologické, tak i na psychické a sociální úrovni, probíhají souběžně a do určité míry jsou na sobě závislé.

Dolní hranice neboli počátek této etapy je spjat s příchodem biologického zrání v podobě prvních sekundárních pohlavních znaků. Horní hranice je naopak určována spíše sociálním mezníkem a to nástupem do zaměstnání, což u vysokoškoláků bývá posunuté ještě do pozdních let (Říčan, 2006). Na psychiku pubescenta působí nejprve tělesné změny a proměna vlastního těla, které se promítnou i do postojů k sobě, okolí a k životu vůbec. Tělesná atraktivita se stává sociální hodnotou, reprezentuje osobnost pubescenta a je součástí jeho identity (Vágnerová, 2000). Proto jakékoliv nepřiměřenosti vzhledu mohou vést k psychickým i sociálním problémům, v extrémních případech až k poruchám příjmu potravy.

Na psychologické úrovni dochází ke změnám v citovém prožívání, které někteří autoři popisují jako „hormonální bouři“ (Říčan, 2006). Jedná se především o nápadné změny nálad, rozladu, nestálost a nepředvídatelnost reakcí. Tyto změny způsobují obrat pozornosti do nitra adolescentů, jsou introvertnější (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Další významnou změnou, která otevírá nové možnosti dospívajícím, je nový způsob uvažování, neboť dosáhli tzv. úrovně formálních operací. To jim umožňuje myslet abstraktně, hypoteticky a s výhledem do budoucnosti. Má to ovšem i své stinné stránky, jelikož se adolescenti těžko smířují s nastalou nejistotou, která vyvstala s tímto „novým“ myšlením. Projevují se nadměrně kriticky a radikálně, což jim pomáhá vyznat se v „novém“ světě (Vágnerová, 2000).

2.2. Rodina a životní styl

Rodina je pokládána za prvotního a zároveň nejdůležitějšího psychologického formativního činitele. Dítě se narodí do rodiny s určitým životním stylem. Životní styl se odráží v každé aktivitě rodiny. Životní styl se také popisuje jako výsledek vztahů mezi jedincem a vnějším prostředím. Fraňková, Dvořáková-Janů (1999) uvádí následující faktory, které utváří daný způsob života rodiny: existenční podmínky, které svým způsobem vymezují hranice rodinného jídelníčku, dále sortiment kupovaných potravin, příprava jídel, interakce mezi členy rodiny, organizace života rodiny, zájem o duševní a tělesné zdraví a začlenění výživy do systému uznávaných hodnot. Dítě se tomu postupně učí, socializuje se a vytváří si tak různé návyky a zvyky, které se pro něj stanou normou i do dalších let jeho života (Marinov, Nesrstová, 2012). Jedná se o tzv. expoziční efekt, což znamená, že lidé vzrůstají do jídelních kultur svého životního prostoru. Děti se učí i chuťové preference, imitují své rodiče, ochutnávají to, co jedí, jelikož tyto potraviny považují za prospěšné a dobré, vzhledem k tomu, že rodiče „přežili“. Nejdůležitějším faktorem při výběru potravin a přípravy jídel v rodině je podle výzkumů vzdělání matky. S jejím zvyšujícím se vzděláním se ukázaly stravovací zvyklosti variabilnější, klesalo procento vaření české kuchyně a nákupu hotových jídel, které se častěji objevovaly u matek se základním vzděláním (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013).

Psychologické klima rodiny má vliv jak na vývoj dítěte, tak i na soudržnost rodinné jednotky. Pokud je klima rodiny pozitivní s převládajícími kladnými vztahy, odrazí se to i do pozadí jídelních situací, které budou tak prožívány. Významnou aktivitou, která může přispět k pozitivním vztahům v rodině, jsou společně trávená jídla. Z pohledu dítěte mají tyto společně strávené chvíle funkci výchovnou, kdy se dítě učí společenskému chování, jídelní kultuře, osvojuje si denní rytmus a pravidelnost, zároveň je to pro něj vyjádřením rovnocennosti jako člena rodiny (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013). Společně strávená jídla pomáhají udržet tradice rodiny, které upevňují vztahy v rodině. Různé svátky a oslavy jsou spojeny s jídly, která se běžně přes rok nejedí, dávají pocit výjimečnosti. Ztráta tradic může mít neblahý dopad na duševní vývoj jedince, který tak může přijít o úpadek rodinného života, ztrátu stálosti a pravidelnosti, které jsou pro duševní vývoj důležité (Fraňková, Dvořáková-Janů, 1999).

Dítě přejímá nejen výše uvedené stravovací zvyklosti v rodině, ale též i sportovní návyky a postoje vůči obezitě (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000). Dle výzkumů mají rodiny

s jedním obézním rodičem až třikrát vyšší pravděpodobnost, že děti budou trpět nadváhou či obezitou (Marinov, Nesrstová, 2012). Fraňková (2007) udává, že obezita matky je považována za nejsilnější prediktor dětské obezity. V případě, že jsou obézní oba rodiče, bude přítomnost obezity u jejich potomka až 46 % (Marinov, Nesrstová, 2012).

Na životní styl rodiny a adolescenta má velký vliv obezigenní prostředí, ve kterém žijeme. Toto prostředí podporuje zvýšený příjem a snížený výdej energie. Tento trend nejvíce podporují hromadné sdělovací prostředky, především reklamní kampaně, které podporují levné a velice kalorické potraviny se špatnou skladbou živin, například sladkosti, perlivé slazené nápoje a jiné (Kunešová, Hlavatá, 2007). Modernizace potravinářského průmyslu vyústila k produkci hotových jídel a restaurací typu fast food. Tento typ stravování si našel své místo ve společnosti a začal pronikat do nových stravovacích zvyklostí. Jeho výhodou je především všudypřítomná možnost stravování se mimo domov, přívětivá cena, ale také ulehčení či úplné vyhnutí se vaření (Dvořáková-Janů, 1999). Nevýhodou však zůstávají nezdravé pokrmy s vysokým obsahem sacharidů a nasycených tuků (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013). Adolescenti většinou disponují určitým finančním obnosem a mají tak možnost rozhodovat o koupi produktu. Stejně tak mají určitý vliv i na rodiče a jejich rozhodování o nákupech.

2.2.1. Jídelní chování dospívajících s nadváhou

Motivy, které dospívajícího vedou k přejídání, mohou být velmi rozdílné. Za základní motiv můžeme považovat zvýšenou chuť na jídlo. Nevíme ovšem, zda je zvýšený apetit podpořen genetickou predispozicí, či zda vstupují mezi hlad a příjem potravy i další faktory. Zvýšená chuť k jídlu bývá již u malých dětí pozitivně podporována jejich okolím. Dítě si tak navykne na vyšší energetický příjem, který si upevňuje mechanismem zpětné vazby a dochází tak k podpoře vzniku obezity. Chuť k jídlu je silně formována tlakem sociálního prostředí (Fraňková et al., 2013).

Předpokládá se, že obézní lidé mají odlišné vzorce potravního chování, než lidé s normální hmotností. Schachter (1968) uvedl, že obézní jedinci jsou citlivější na sensorické podněty spojené s jídlem. Na vnitřní signály, jako je hlad nebo sytost, reagují méně, než na signály, které přicházejí zvenčí (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003). Rozdíly nacházíme v rytmicitě denního příjmu potravy. Přísun potravy během dne má zabezpečit organismu, aby měl

dostatek energie na její výdej během následujících hodin. Nejdůležitějším jídlem dne je snídaně, která obnovuje energetické rezervy po noci bez přísunu jídla. Je výhodná i z hlediska regulace hmotnosti na rozdíl od jídel, které člověk sní v druhé části dne a ve večerních hodinách. Mnohé výzkumy ukázaly, že ačkoliv se celková energetická hodnota jídla během 24 hodin příliš nelišila u dětí s normální váhou a s obezitou, rozdíl byl v denní rytmicitě jení. U 11 – 12letých obézních chlapců bylo zjištěno, že ráno jedli velmi zřídka, kdežto v druhé polovině dne snědli více jak 60% denního příjmu. Další výzkum podporující tyto výsledky je studie Bellis, Rolland-Cachera, Deheeger, Gouilloud-Bataille (1988, podle Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013). Stunkart (1957 podle Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003) popisuje tzv. syndrom nočního jení (viz Obezita a poruchy příjmu potravy), kdy právě největší objem jídla je konzumován ve večerních či nočních hodinách a ráno není pociťován žádný hlad. To, že stejné množství jídla má jiný účinek podle toho, v jaké denní době je podáváno, nám ukazuje další experiment, v němž bylo dvěma skupinám zdravých lidí podáváno jednorázově jídlo v hodnotě 200kcal, jedné skupině v ranních hodinách a druhé ve večerních. Zatímco první skupina hubla, druhé skupině se hmotnost zvyšovala (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013). Podle těchto výsledků můžeme soudit, že nejenom množství konzumovaného jídla má vliv na naši hmotnost, ale i denní doba jeho příjmu.

Některé studie poukázaly na to, že s nadváhou či obezitou dospívajících by mohla souviset i rychlost konzumace jídla. Výzkum Barkelinga, Ekmana, Rossnera (1992, podle Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013) potvrdil, že obézní děti jedly ve srovnání s dětmi s normální hmotností rychleji. Hilbert, Czaja (2011, podle Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013) se zaměřili na velikost soust u dětí ve věku 8 – 13 let a ukázalo se, že velikost soust korespondovala s tělesnou hmotností. Zatím však není jisté, zda toto souvisí s osobnostními faktory nebo zda se jedná o důsledek poruchy regulace příjmu potravy (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013).

2.2.2. Pohyb

Pravidelná pohybová aktivita je jedním z klíčových faktorů prevence nadváhy a obezity, zabraňuje vzniku některých nemocí, podporuje psychické funkce, zvyšuje kvalitu života a poskytuje další výhody. Pohyb a postoje k němu jsou součástí životního stylu rodiny a rodiče zde nastavují mantinely, které určují, co pro ně pohyb znamená. Adolescenti mají již vybudované návyky, jak moc se u nich sportuje, které sporty preferují a jakou hodnotu pro

rodinu mají. Po celé dětství a částečně i v adolescenci, je dítě závislé na rozhodnutí rodičů, zda se půjde někam sportovat nebo zda se celý víkend zůstane doma. V pozdní adolescenci již tato závislost není tak výrazná a více si svůj harmonogram denních aktivit řídí adolescent podle svého, ačkoliv nesmíme opomenout na stále trvající finanční závislost, která by mohla zasáhnout do výběru aktivit.

Výraznou změnou „nového“ životního stylu je pokles pohybové aktivity. Za tímto poklesem stojí zlepšení transportu a tedy úbytek spontánního pohybu, nedostačující počet hodin tělesné výchovy ve školách, ale i preferování televize a počítače před sportem v přírodě.

Podle Pastuchy (2011) nemají adolescenti dostatek pohybové aktivity a s věkem pohybová aktivita ještě klesá. Podle výzkumu z roku 2010 se u české 11-15 leté mládeže ukázalo, že se věnuje pohybové aktivitě signifikantně více chlapců - 27 %, než dívek - 19 %. V porovnání s výsledky v roce 2002 dochází u obou pohlaví ke snižování pohybové aktivity (Kalman et al., 2010). V rámci tohoto výzkumu se také porovnávala pohybová aktivita mezi pubescenty s normální hmotností a pubescenty s nadváhou a obezitou. Ačkoliv se ukázalo, že jedinci s vyšší než průměrnou hmotností se věnují pohybové aktivitě méně, než jedinci s normální hmotností, nebyl tento rozdíl signifikantně výrazný (Zdraví a životní styl školáků, 2013).

Narůstající tendenci má naopak trávení volného času sedavým způsobem a to především u televize nebo u počítače. Podle již zmíněné studie tráví 63,3% dětí a mládeže více jak 2 hodiny denně u televize ve všední dny. O víkendu číslo stoupá až na 73 %. Zde bych chtěla podotknout, že trávení volného času (např. o víkendech), se odvíjí především u pubescentů od plánů celé rodiny a pokud rodiče nejsou zvyklí pohybové aktivitě v jakékoliv podobě, jejich děti je budou s největší pravděpodobností následovat (Kalman, Vašíčková, 2013).

2.3. Psychologická role vrstevníků

Hlavním vývojovým úkolem, který na dospívající čeká, je větší uvolnění ze závislosti na rodině a naopak navázání nových diferencovanějších vztahů z řad vrstevníků, které nabírají nový rozměr důležitosti a vzájemné potřeby (Langmeier, Krejčířová, 2006). Vrstevníci si poskytují navzájem jistotu, kterou ztrácí odpoutáváním se od rodiny, proto jsou tyto sociální vztahy nesmírně důležité. Zároveň vrstevnická skupina slouží jako opora narůstající identity, často se hovoří o tzv. skupinové identitě. Jedinci si tak vytvoří vlastní pravidla,

normy, ideály, které zastávají. Často napodobují jeden druhého a porovnávají si vlastní zkušenosti či dovednosti mezi sebou. Tato skupinová identita posiluje a zvyšuje pocit sebevědomí, sebejistoty a moci. Dá se říci, že pro to, aby dospívající patřil do nějaké skupiny, je schopen udělat téměř cokoli, klidně se vzdá svých hodnot a rolí (Vágnerová, 2000). Vrstevnické vztahy jsou spíše prostředkem, než cílem adolescentního chování. Dunphy (1963, podle Macek, 1999) chápe funkci vrstevnických vztahů jako prostředek vývoje heterosexuálního sociálního chování.

Dunphy (1963 podle Macek, 1999) klasifikoval vývoj vrstevnických vztahů v průběhu dospívání. V časně adolescenci převažují tzv. *cliques* – party o třech až deseti členech. Je pro ně typická přímá každodenní komunikace, vysoká koheze a určitá izolace vůči jiným skupinám. V tomto věku převažují zvláště chlapecké a holčičí skupiny. Ve střední adolescenci se skupiny začínají mísit a zvětšovat na počet 20 až 30 členů, nazývají se proto *crowds*. Jejich hlavní aktivitou jsou večírky, kde je nový prostor pro navazování heterosexuálních erotických kontaktů. Na to navazuje fáze vzniku heterosexuálních vztahů, která je později základem pro vznik malých heterosexuálních skupin.

Citové vztahy s opačným pohlavím a později i počátek sexuálního života jsou další důležitou oblastí dospívání. V první polovině dospívání převažují tzv. platonické lásky. Později dochází k experimentování se vztahy, které jsou popudem zvědavosti a zároveň sebepoznání. Tyto vztahy přináší jedinci pocity emocionálního uspokojení, uspokojení v oblasti seberealizace, ale zároveň mohou přispívat i k sociální prestiži jedince (Vágnerová, 2000).

Obezita v tomto období tak může velmi silně zasáhnout do formování vlastního života jedince, proto se výzkumy začaly zajímat právě o oblast sociálního života, vrstevnických vztahů a začleňování obézních adolescentů do kolektivu. Falkner, Neumark-Sztainer, Story, Jeffery, Beuhring, & Resnick (2001) zjistili, že dospívající obézní dívky i chlapci trávili méně času se svými přáteli než jejich vrstevníci s normální váhou. Ačkoliv obézní adolescenti uvedli stejný počet přátel jako jejich vrstevníci s normální váhou, nepocíťovali, že jim je přátelství opětováno (Argeseanu, Cunningham & Vaquera, 2009). Výzkumy také odhalily, že se častěji objevuje šikana namířená proti obézním adolescentům, než proti vrstevníkům s normální váhou (Pearce, Boergers & Prinstein, 2002). Ačkoliv výsledky studií nejsou v této oblasti jednotné, ukazuje se, že se liší i náplň volného času rozdílnými aktivitami u těchto dvou skupin.

Vzhledem k významnosti funkce vrstevníků v době dospívání, rozhodla jsem se navázat na toto téma v praktické části bakalářské práce, ve které se podrobněji věnuji výše zmíněným výzkumům.

2.4. Osobnost obézních dospívajících

Výzkumy týkající se osobnostních charakteristik obézních nejsou jednotné. Z toho vyplývá, že obézní populace není homogenní, tudíž neexistuje žádný osobnostní profil nebo vzorec chování, který by platil pro tuto subpopulaci univerzálně. Přesto se v rámci obézní populace najdou subpopulace obézních, které se shodují v určitých rysech. Rozdíly v charakteristikách, chování a diagnózách jsou závislé na věku, pohlaví, ale i na stupni obezity.

Podle Zametkina, Zoona, Kleina, Munsona, (2004) se vyskytují větší psychické problémy u adolescentních dívek než u chlapců, což vysvětluje větší nespokojeností s vlastním vzhledem. V některých výzkumech se ukazuje, že obézní dospívající dívky mají signifikantně nižší sebevědomí než dívky s normální hmotností. Jiný výzkum odhalil u obézních adolescentních dívek vyšší míru narcismu, impulzivnost, sociální úzkosti a nevyzrálé chování. Zároveň ukázal signifikantně vyšší míru deprese a hypochondrických obav ve srovnání s dívkami s normální váhou (Werkman, Greenberg, 1967).

U obézních chlapců také některé výzkumy odhalily snížené sebevědomí, není to však tak výrazné jako u dívek (Strauss, 2000). Jiné výzkumy vyzorovaly „šaskující“ chování na jedné straně a na druhé se obézní chlapci projevovali zvýšenou agresí vůči slabším a mladším jedincům. Zvláštní skupinu tvořili chlapci s frölichoidním vzhledem nebo trpící genitální dystrofií, u kterých bylo pozorováno nezralé chování se sníženou agresivitou a se zvýšenou závislostí (Bruch, 1941).

Výzkumy zaměřující se na psychopatologické rysy obézních adolescentů jsou opět velmi různorodé svými výsledky. Vila, Zipper, Dabbas, Bertrand, Robert, Ricour, a Mouren-Simeoni (2004) zjistili, že 88 ze 155 obézních dětí ve věku 5 – 17 let mělo jednu z diagnóz DSM-IV, přičemž nejčtenější z nich byla úzkostná porucha. Dále tvrdí, že psychopatie u obézních dospívajících koreluje s psychopatií u jejich rodičů, nevylučuje se ale, že druhotně může souviset i s psychosociálními problémy v rodině a ekonomickou situací.

Vila et al. (2004) ve svých výzkumech uvádí, že 25% obézních dětí a adolescentů nemá žádné psychologické obtíže, 58% jich nevykazovalo vážné duševní poruchy, 15% mělo poruchu osobnosti a 2 % vykazovala psychotické znaky.

2.5. Negativní emoce a stres

Nejen mnohé studie, ale i klinická praxe ukazuje, že počátek obezity je velmi často spojen s obdobím stresu a nepohody (Ptáček, Kuželová, 2012). Stres je definován jako „*negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit*“ (Křivohlavý, 2001, s. 170). Stresová situace může u člověka vyvolat celou škálu reakcí, předpokládá se tedy, že vůči stresu existují určité predispozice. Lidé, kteří jsou náchylní ke stresu, mohou reagovat na setkání se stresem patologicky - například přejídáním (je považováno za patologické při subjektivní ztrátě kontroly nad jídlem), jelikož jim jídlo slouží jako anxiolytikum, které snižuje naše negativně prožívané emoce. Zvýšený příjem jídla oddaluje a současně dočasně eliminuje konfrontaci problémů. Mohu tak na chvíli zapomenout na dlouho se táhnoucí trable nebo akutní stres (Růžičková, 2009). Takto může začít začarovaný kruh přejídání až do chvíle, kdy si jedinec uvědomí, že má nadváhu nebo obezitu, což ho opět uvádí do stresové a zátěžové situace, kterou umí řešit jedině jídlem (Ptáček, Kuželová, 2012). Se stresem často souvisejí i jiné negativní emocionální stavy, například deprese nebo úzkostnost, které se mohou spolupodílet na rozvoji a udržování tohoto chování (Křivohlavý, 2001). Jedním ze spouštěčů přejídání (ale naopak i odmítání jídla) u dospívajících, mohou být narušené vztahy v rodině nebo v širším sociálním prostředí.

Přejídání má některé aspekty společné se závislostí (Růžičková, 2009). Nápadné je narušení sebekontroly a craving, neboli patologické bažení. Tento termín je znám především u závislostí na alkoholu, na psychoaktivních látkách, ale i u patologického hráčství. Takové patologické bažení se nedá srovnat s běžnou touhou po nějaké pochutině. Bývá to popisováno jako nepříjemná zkušenost. Na počátku tohoto nepříjemného stavu bažení stojí úzkost, která se opět dostaví po sněžení nekontrolovatelného množství potravy (Ptáček, Kuželová, 2012). Lidé s tímto problémem jsou tak v začarovaném kruhu, jelikož craving neumí zvládnout. Negativně to může zasáhnout kognitivní procesy, které se mohou projevit poruchami paměti, koncentrací nebo poruchami vnímání. V emoční oblasti funguje craving jako destabilizátor.

Psychogenní obezita, která vzniká zajídáním stresu a jiných negativních emocí, spadá podle Smolíka (2001) pod diagnózu *Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami* v MKN-10 (viz. Obezita a poruchy příjmu potravy).

2.6. Obezita a poruchy příjmu potravy

Obezita a poruchy příjmu potravy mají mnoho společného. Obézní a pacienti s poruchou příjmu potravy mají společný nejenom strach z tloušťky, ale i osobní ambice a reakce v oblasti příjmu potravy. Vedle jejich vzájemné komorbidity, společné symptomatologie a spolupodmíněnosti problému, je obezita dokonce rizikový faktor vzniku PPP (Krch, 2004). S nárůstem tělesné hmotnosti se zvyšuje u žen nespokojenost s jejich tělem, která může vyústit k nezdravému držení různých diet nebo dokonce k duševní poruše. Motivací k hubnutí nemusí být pouze vlastní hmotnost, ale také vztah s vrstevníky, jejich zkušenosti s „dietováním“ či naopak jejich poznámky mířené na tělo adolescenta. Zároveň může být motivem „dietování“ v rodině nebo snaha nevypadat jako některý z členů rodiny (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013). Tento problém se týká spíše dívek než chlapců, jelikož zatímco se chlapci svému ideálnímu muskulaturnímu vzhledu v pubertě přibližují, dívky se svému ultra štíhlému idolu přirozeně vzdalují.

Pro obezitu a PPP je společné zkreslené vnímání a prožívání příjmu potravy a vlastního těla, nevhodné jídelní zvyklosti a nepřiměřená kontrola tělesné hmotnosti (Krch, 2004). Pokud se jim nepodaří dosáhnout ideálního vzhledu, objevují se u nich pocity selhání, viny a deprese (Ptáček, Kuželová, 2012). Zajímavá je také teorie Hildy Burnch, která upozorňuje na to, že obézní jedinci a stejně tak jedinci s PPP špatně rozeznávají pocity sytosti, hladu, úzkosti a hněvu. Tyto pocity jsou pro ně smíšené. Příčinu vidí v neadekvátním chování rodičů k potřebám dítěte, které bylo krmeno, ačkoliv vyžadovalo jiné potřeby. Následkem může být rezignace dítěte na vybudování vlastních hranic, které se pak stává více závislé na svých rodičích. V adolescenci, když začne být pocíťována přirozená potřeba osamostatnění se, nejsou toho bohužel schopni. (St. Louis Psychologists and Counseling Information and Referral, 1999).

Vzhledem k poměrně vysoké komorbiditě, podle Papežové (2006) je to 40 - 70 %, by se u obézních jedinců měla diagnostika zaměřovat i na přítomnost či nepřítomnost poruch příjmu potravy. Jedině tak může být správně nastolena terapie, která se bude týkat nejen redukce

hmotnosti, ale i duševního stavu. Zjišťování jídelního chování u obézních jedinců má svá omezení, která znesnadňují jejich identifikaci. Jedním z nich je subjektivnost a tím i jistá nepřesnost odhadu a zhodnocení příjmu potravy. U obézních jedinců se často vyskytuje podhodnocení svého jídelního příjmu, což může být způsobeno vědomou touhou přiblížit se „normě“, nebo působením obranných mechanismů. Na druhé straně v tom může hrát roli snížená schopnost u obézních jedinců určit množství potravy a popřípadě rozpoznat možné jídelní odchylky (Dušková, 2006 podle Pinaquy, 2002).

2.6.1. Mentální bulimie (MB)

Krch et al. (1999) charakterizuje mentální bulimii jako poruchu s opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti a následným zvracením nebo užíváním projímadel. Vzájemný výskyt obezity a MB se liší podle přísnosti kritérií MB. Dříve, když byla kritéria volnější, se udávalo 20 %, pozdější výzkumy ukazují spíše nižší čísla (Hainer, 2004).

Jiný výzkum odhalil, že jedinci trpící obezitou již od dětství, mají celoživotně vysokou prevalenci poruch příjmů potravy, zejména bulimii až 81% oproti jedincům, u kterých se vyskytla obezita až v dospělosti. Takto významná komorbidita mezi obezitou a poruchami příjmu potravy se předpokládá u jedinců snažících se snížit svoji váhu. (Guerdjikova, McElroy, Kotwal, Stanford, Keck, 2007).

Dívky s MB a obézní dívky spojuje jejich ambiciózní očekávání a jistá kategoričnost jejich reagování (Málková, 2009b). U dívek, které trpí obezitou i MB, výzkumy odhalily mnohem větší soustředěnost na svou váhu, větší nespokojenost se svým tělem a zároveň větší riziko nezdravých způsobů hubnutí (vynechání jídel, kouření), než tomu bylo u dívek s normální váhou (Habibzadeh, Daneshmandi, 2010). Dokonce se ukázalo, že některé obézní bulimičky se domnívají, že přibývají na váze snadněji než ostatní, a že jejich klidový energetický výdej je snížený, tudíž potřebují méně energie k udržení normální váhy (Krch, 2005). Zajímavé je, že ve stejné době, co se dívky snažily snižovat svoji tělesnou váhu, dávaly přednost spíše sedavým volnočasovým aktivitám před aktivním trávením volného času.

U chlapců jsou poruchy příjmu potravy až 10x méně časté než u dívek, ale přesto se tací najdou a v posledních letech jich pomalu přibývá. Jejich příznaky a průběh jsou velmi podobné jako u dívek. Rozdíl je v tom, že dívky k MB může dovést „pouhý pocit tloušťky“,

u chlapců se většinou jedná o skutečnou nadváhu či obezitu. Specifickým faktorem u chlapců je homosexualita, která se vyskytuje v pětině případů, kde se rozvinula MB (Stárková, 2002).

2.6.2. Mentální anorexie (MA)

Strach z tloušťky a nespokojenost s vlastním tělem může u některých adolescentů s nadváhou či obezitou vyvolat mentální anorexii. Strach z tloušťky a nespokojenost se svým tělem jsou silnými faktory vzniku PPP, nejsou však jediné a absolutní, což nám dokládá fakt, že mnoho obézních slečen a žen nikdy PPP nemá. Některé anorektičky, které dříve trpěly nadváhou, uvádějí, že i přes svoji nynější vyhublost vidí své tělo stále silné, jako bylo předtím. Ačkoliv se jejich strach z tloušťky může zdát absurdní v jejich současné situaci, nesmí se zapomínat na jejich minulou zkušenost (Málková, 2009).

2.6.3. Záchvatovité přejídání neboli Binge eating disorder (BED)

Tato porucha je charakterizována jako opakované záchvatovité přejídání, ale na rozdíl od MB je bez kompenzačního chování. Ve většině případů je spojená s nadváhou nebo obezitou a její prevalence se zvyšuje s narůstající hmotností jedince, v běžné populaci se vyskytuje kolem 5 – 8 % lidí. Jiná situace je u osob snažících se snížit svoji váhu, tam se prevalence odhaduje až kolem 30% (Krch et al., 2005).

Jedna ze studií uvádí, že u 11 % obézních dětí se objevilo epizodické záchvatovité přejídání a dalších 11 % obézních dětí se zmínilo o ztrátě kontroly nad jedením (Decaluwé, Braet a Fairburna 2003 podle Braet, 2005). Výzkum Berkowitze, Stunkarda a Stallinga (1993, podle Britz et al., 2000) uvádí, že 30% z 51 extrémně obézních dospívajících dívek (14-16 let), které vyhledávaly léčbu, splňovala kritéria pro BED podle DSM III. Britz et al. (2000) se věnovali věkové skupině 15 až 21 let a došli k závěru, že 57% dívek a 35% mužů léčících se pro obezitu vykazovali záchvaty přejídání a ztrátu kontroly. Tato čísla jsou sice vysoká, avšak kritéria PPP v DSM IV by splňoval menší počet jedinců.

Mnohé výzkumy ukazují, že s BED se v obézní populaci vyskytuje zvýšená komorbidita psychiatrických poruch (Krch et al., 2005). Zaider, Johnson, Cockell (2002) zjistili, že během adolescence je rizikovým faktorem pro BED depresivní porucha a naopak je BED faktorem pro vznik depresivní poruchy.

2.6.4. Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami

V klasifikaci MKN 10 není uvedena porucha BED, ale narazíme zde na diagnózu *Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami*, u které nejsou daná kritéria diagnózy. Smolík (2001) řadí do této kategorie přejídání, které bylo vyvoláno nějakou stresovou událostí, jedná o tzv. „reaktivní obezitu“. Stunkard (1958 podle Papežová, 2006) popsal psychogenní přejídání, kde přejídání má až „orgastickou kvalitu“ a enormní množství jídla jsou konzumována v krátkém čase, poté následuje nepříjemný pocit diskomfortu a sebeodsuzování. Papežová (2006) též uvádí, že „reaktivní obezita“ může být příčinou jiných psychických poruch. V takových případech se zvláště diagnostikuje typ duševní poruchy a typ obezity.

Do této kategorie spadá syndrom nočního přejídání (Night Eating Syndrom - NES), syndrom nočního příjmu potravy a pití (Nocturnal Eating/Drinking Syndrom - NEDS) a noční poruchy příjmu potravy spojené s poruchou spánku (Nocturnal Sleep-Related Eating Disorders - NSRED). Tyto syndromy byly poprvé popsány u obézních pacientů s poruchami spánku v roce 1955. Odlišují se od sebe především mírou narušeného vědomí, amnézií na dané epizody nebo stresem spojeným s epizodou (Papežová, 2006). Typický průběh u syndromu nočního přejídání je následující: večerní hladovění, nespavost a následné noční přejídání. Usuzuje se, že průběh je spojen se stresem a neúspěšnými pokusy zhubnout (Stunkard, Grace a Wolf, 1953 podle Krch, 1999). Jak již výše zmiňuji, mnohé výzkumy ukázaly, že obézní adolescenti měli větší kalorický přísun v druhé polovině dne.

2.7. Body image

V dnešní době, kdy zájem o tělo stále roste, se setkáváme s různými pojmy, které se vztahují k vlastnímu tělu. Body image je jedním z nich, avšak všeobecně platná definice tohoto pojmu neexistuje, jelikož se tento termín používá v různých oborech s různým významem (Hrachovinová, Chudobová, 2004). Schilder (podle Hrachovinové, Chudobové, 2004) definoval body image jako obraz vlastního těla, který si vytváříme v mysli, je to způsob, jakým se tělo jeví nám samým. Jiní autoři vysvětlují tento pojem jako způsob přemýšlení o svém těle, jeho vnímání a cítění. Body image má podle mnoha autorů složky vjemové, postojoyé a citové. Jestliže dojde k narušení některé z těchto tří složek, mluvíme o takzvaném narušení vnímání vlastního těla (Grogan, 2000). Následky narušeného tělesného sebepojetí

a nespokojenosti s vlastním tělem mohou být například poruchy příjmu potravy (především mentální anorexie a bulimie), chronické držení diet, přehnané cvičení či využití zákroků estetické chirurgie.

Vnímání a prožívání těla je psychologický fenomén, který je velmi značně ovlivněn sociálním prostředím. Jinak řečeno, člověk na základě své sociální zkušenosti vnímá a hodnotí své tělo, proto když chceme zkoumat vztah jedince ke svému tělu, musíme věnovat pozornost i kulturnímu prostředí. Velký vliv má i mediální působení v kombinaci s tím, jakou váhu těmto podnětům jedinec přisuzuje. Sdělovací prostředky mají nemalý vliv na to, jakým způsobem vnímají lidé své tělo, jeho velikost a proporce (Grogan, 2000). Studie, které se tímto zabývaly, ukázaly, že ženy a muži jsou v médiích zobrazovány odlišným způsobem. Ženy jsou zobrazovány jako abnormálně štíhlé, kdežto muži jsou zobrazováni s normální tělesnou hmotností. Vzhledem k tomu, že jsou ženy častěji vystavovány idealizovaným vzorům ženského těla, bývají více nespokojeny se svým tělem než muži (Furnham, Greaves, 1994, podle Grogan, 2000). Nespokojenost pramení z diskrepance mezi vnímaným a ideálním vzorem těla. Nespokojenost dále provází pocity viny, zvýšená sebekritičnost a snížené sebevědomí. Ačkoliv na muže není vyvíjen takový tlak jako na ženy, rozhodně tlak na muže není zanedbatelný. Od 80. a 90. let minulého století se v populárních sdělovacích prostředcích začala více zobrazovat mužská těla, která bývají zobrazována jako štíhlé, svalnaté postavy mezomorfního typu. Tyto změny způsobily změnu postojů vůči mužskému tělu ve společnosti, zvýšila se pozornost a tlak na mužská těla. Postavy, které nám média prezentují, představují podle výzkumů pro velkou část žen i mužů do čtyřiceti let vzory tělesného vzhledu. V reakci na tyto skutečnosti se od 90. let začaly v médiích objevovat názory, které upozorňovaly na nebezpečí takto vyhublých vzorů.

2.7.1. Rizikové faktory nespokojenosti s vlastním tělem

Studium rizikových faktorů nespokojenosti s vlastním tělem se zaměřuje na zjištění příčin poruch stravování a určení skupin, které jsou tímto rizikem ohroženy (Shisslak, Cargo, Estes, 1995 podle Rašticová, 2009). Rizikové faktory dělíme do třech základních skupin: individuální, sociokulturní faktory a faktory související se vztahy v rodině (Smolak & Thompson, 2009).

Do individuálních rizikových faktorů řadíme biologickou škálu faktorů, jako jsou genetické predispozice, neurobiologické faktory a již výše zmíněný počátek puberty. Další škálu tvoří psychologické faktory. Výsledky výzkumů odhalily, že rizikovými faktory jsou deprese (Wiederman, Pryor, 1999), copingové strategie (Koff & Sangiani, 1997, podle Rašticová 2009), traumatické události a stres (Schmidt, Tiller, Blanchard, Andrews, Treasure, 1997 podle Rašticová, 2009). Jiné výzkumy se věnovaly korelaci nespokojenosti s mírou sebehodnocení a výsledky prokázaly, že dívky, které byly se svojí postavou nespokojeny, měly o sobě celkově nižší sebehodnocení (Button, Loan, Sonuga-Barke & Sonuga-Barke, 1997).

Sociokulturní rizikové faktory jsou genderově závislé. Zatímco dívky jsou pod větším tlakem společnosti a během puberty se vzdalují svému štíhlému ideálu krásy, chlapci se svému mužnému vzoru přibližují. Z tohoto hlediska je období puberty chlapci vnímáno pozitivně, kdežto dívky pubertální změny prožívají ambivalentně a úzkostněji. Významným faktorem tohoto období jsou vedle působení médií i kritické komentáře či posměšky vrstevníků, které mohou zásadním způsobem ovlivnit spokojenost s vlastním tělem (Rašticová, 2009).

Rodinné vztahy jsou další významnou oblastí rizikových faktorů, které mohou mít negativní dopad na jedince a jeho vnímání sebe samého. Výzkumy odhalily tyto rizikové faktory: komentáře rodinných příslušníků na téma vzhledu a váhy, míru kontroly dětí a dospívajících, hyperprotektce nebo rodinné konflikty. Podstatné jsou i okamžiky společného stolování rodiny, atmosféra při stolování a pocit subjektivní pohody (Rašticová, 2009).

Jelikož většina lidí přirozeně nespĺňuje tyto požadavky, vystavují se vlivem tlaku společnosti riziku předsudků (Bordo, 2005).

2.7.2. Ne/spokojenost s vlastním tělem

Za zvláště citlivou a zranitelnou skupinu jsou považováni právě adolescenti, kteří se vlivem fyzických a psychických změn zaměřují na své tělo více než jiné věkové skupiny (Grogan, 2000). Jak jsem již výše zmínila, již samotný počátek puberty je jedním z faktorů, které mají dopad na nespokojenost se svým tělem. Adolescence je dokonce považována za období, kdy u dívek vrcholí obavy o své tělo (Carruth, Goldberg, 1990 podle Grogan, 2000). To potvrzuje i studie, kde Wadden et al. (1991 podle Grogan, 2000) zjistili, že starosti o postavu jsou jednou z nejdůležitějších obav v životě dospívajících dívek. Pro chlapce a muže je ideálem

svalnatá, středně velká postava. Mužnost spjatá s tímto ideálem si s sebou nese přívlastky jako šťastný, vstřícný nebo statečný. Zatímco u dívek je nespokojenost spojována s pocitem nadváhy, u chlapců je spojena jak s nadváhou, tak i s podváhou vůči ideálu. U dospívajících chlapců se projevila touha jednak po svalnaté postavě a zároveň touha zapadnout mezi své vrstevníky, vypadat jako ostatní. Nespokojenost s postavou u chlapců nevede tak často, jako u dívek, ke změně chování čili k dietě nebo cvičení.

Už koncem 19. století se začal nadbytek tuku spojovat se špatnou morálkou ve smyslu nedostatku vůle nebo vlastní neschopností, kdežto štíhlost se vázala na schopnost mít věci pod kontrolou. Později se rozšířila škála charakteristik vázajících se na obezitu, např. méně pracovití, méně úspěšní, méně šťastní, ale zároveň jsou vnímáni jako lidé vřelejší a přátelštější. Cash (1990 podle Grogan, 2000) zjistil, že s lidmi, kteří mají nadváhu, se už od dětství zachází jinak, např. malé děti dávají přednost štíhlým vrstevníkům před dětmi s nadváhou či obezitou. Podle výzkumu ve 24 zemích, projevilo nespokojenost se svou tělesnou váhou 43 – 51% adolescentů, přičemž větší prevalence nespokojenosti byla mezi dívkami a mezi jedinci s nadváhou či obezitou (Al Sabbah, Vereecken, Elgar, Nansel, Aasvee, Abdeen, Ojala, Ahluwalia, & Maes, 2009). Ačkoliv je nadváha a obezita téměř automaticky spojována s nespokojeností s tělesným sebepojetím, není to pouze její doména. Mnohé výzkumy zjistily, že jak u mužů, tak u žen nesouvisí BMI s mírou spokojenosti s vlastním tělem. Studie, které byly provedeny na dívkách a ženách, které měly „normální“ vztah k jídlu, poukázaly na to, že většina z nich se vnímá silnější, než je jejich ideál a rády by zhubly. Dále z výsledků vyplynulo, že index BMI nesouvisí ani se sebevědomím a ačkoliv tam určitá korelace byla, nebyla signifikantní (Tiggermann, 1992 podle Grogan, 2000). Z těchto závěrů psychologové usuzují, že skutečná velikost postavy a její proporce nesouvisí se spokojeností s tělem. Naopak je vnímání postavy nejvíce ovlivněno společenskou situací, sebevědomím a pocitem kontroly nad svým životem (Grogan, 2000).

3. Návrh výzkumu

Tuto část bakalářské práce bych chtěla věnovat oblasti vrstevnických vztahů obézní dospívající populace, jelikož jak již zmiňuji v teoretické části, právě sociální prostředí a vztahy s vrstevníky tvoří pilíř tohoto období.

Obezita je na první pohled viditelná součást jedince, která může narušit jeho vztahy s okolím a následně rozpoutat kolotoč negativního dopadu do více oblastí jeho života.

Rozhodla jsem se proto hlouběji prozkoumat tuto oblast pomocí kvalitativního výzkumu, abychom lépe pronikli do dané problematiky. Návrh výzkumu by spočíval v porovnání dvou skupin po dvaceti adolescentech, přičemž jednu skupinu by tvořili adolescenti s obezitou a druhou skupinu adolescenti s normální váhou. Výzkum by probíhal pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru.

Vzhledem k tomu, že je tato tematická oblast zkoumána především pomocí kvantitativních metod, očekávám, že by kvalitativní pohled na věc mohl poskytnout komplexnější a zároveň detailnější obraz.

3.1. Teoretická východiska a výzkumy

Mnohé výzkumy ukázaly, že obezita je stigma spojené se stereotypy většinou negativního rázu např. leností, škaredostí a hloupostí. To může ztížit začlenění obézních jedinců mezi jejich vrstevníky. Falkner et al. (2001) zjistili, že obézní chlapci i dívky tráví se svými přáteli méně času, než uvedli jejich vrstevníci s normální váhou. Obézní dívky mají dle této studie i méně přátel, avšak nepocítují, že by se o ně jejich přátelé nezajímali, na rozdíl od dívek s podváhou, které sice uváděly více přátel, avšak pocítávaly nedostatečný zájem přátel o ně. Obézní chlapci, shodně jako obézní dívky, uvedli méně přátel a méně času s nimi trávený.

Jiný výzkum ukázal, že počet přátel je srovnatelný jak u obézních adolescentů, tak u těch s normální váhou. Rozdíl mezi těmito skupinami byl v tom, že adolescenti s obezitou uvedli méně opětovaného přátelství mezi spolužáky ze školy (Argesean et al., 2009).

Podle jiného výzkumu, který se zaměřoval na životní styl obézních adolescentů (11- 16 let), byli obézní adolescenti ve srovnání s vrstevníky s normální váhou více nespokojeni sami se

sebou, hůře se seznamovali s kamarády a mnohem častěji užívali alkohol (Fonseca, Matos, Guerra & Gomes, 2009).

Jeden z mála kvalitativních výzkumů na toto téma je oproti výše zmíněným výzkumům optimističtější. Tento longitudinální retrogradní výzkum probíhal u 24 letého výzkumného vzorku pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Měli vzpomínat na dobu časně adolescence ve spojitosti s jejich obezitou. Ačkoliv se i v této studii objevily určité negativní zkušenosti spojené s obezitou, nedosahovalo to podle výzkumníků takových rozměrů, jak to publikují jiné studie. Překvapivým závěrem této studie bylo zjištění, že chlapci hodnotili své období dospívání hůře než dívky (Smith, Sweeting & Wright, 2013).

3.2. Výzkumný problém

Hlavním cílem tohoto kvalitativního výzkumu je porozumění sociálním vztahům u obézních adolescentů. Neboť, jak jsem již uvedla, interpersonální vztahy, přátelství, vrstevníci a spokojenost se sociálním životem mají vliv na vývoj adolescentní osobnosti. Pro výzkum jsem si zvolila následující výzkumné otázky, které ověřím polostrukturovaným rozhovorem:

Otázka č. 1: Schází se osobně obézní adolescenti méně se svými přáteli než jejich vrstevníci s normální váhou?

Otázka č. 2: Liší se zájmy, koníčky a trávení volného času u obézních adolescentů a jejich vrstevníků s normální váhou?

Otázka č. 3: Jsou obézní adolescenti spokojeni se svým sociálním životem?

3.3. Výzkumný soubor

Výzkumu se celkem zúčastní 40 adolescentů ve věku 12 -17 let, kteří budou rozděleni do dvou skupin. První skupinu budou tvořit dívky i chlapci, jejichž BMI je ≥ 97 percentilu. Druhou skupinu budou tvořit dívky i chlapci, jejichž BMI je ≥ 40 percentil a ≤ 60 percentil.

Výběr adolescentů do první skupiny proběhne metodou tzv. kriteriálního vzorkování za pomoci Obezitologických klinik v Praze. Tato metoda spočívá ve výběru takových jedinců,

kteří splňují naše kritéria. V našem případě hledáme 10 dívek a 10 chlapců ve věku 12 - 17 let s BMI \geq 97 percentil.

Výběr adolescentů do druhé skupiny proběhne párováním, aby byla zajištěna podobnost s experimentální skupinou. Při párování se budou sledovat tyto charakteristiky: pohlaví, věk, typ školy, které budou korespondovat s experimentální skupinou. Další charakteristika, která bude sledována, je BMI, které bude oproti experimentální skupině v rozmezí \geq 40 percentil a \leq 60 percentil. Po výběru všech respondentů budou kontaktováni jejich rodiče, kterým budou sděleny informace o daném výzkumu. V případě jejich souhlasu s účastí jejich dětí, bude podepsán informovaný souhlas.

3.4. Sběr dat

Kvalitativní sběr dat bude probíhat formou polostrukturovaných rozhovorů. K rozhovoru bude pozván i jeden z rodičů respondenta a třídní učitel/ka, aby mohla být data triangulována.

Sběr dat bude probíhat v jedné z laboratoří v Praze. Plánovaná doba sběru dat je 14 dní až 3 týdny. Na každého respondenta bude vymezena 1 až 2 hodiny. Po skončení rozhovoru bude čas věnován jednomu z rodičů a třídní/mu učitelce/učíteli. V případě potřeby bude možno čas rozhovoru pozměnit.

Průběh rozhovorů by byl se souhlasem respondentů nahráván na diktafon.

Návrh otázek:

Kolikrát týdně se scházíš mimo školu se svými přáteli?

Jak se cítíš mezi spolužáky?

Jaké navštěvuješ kroužky?

Jaké jsou tvoje nejoblíbenější aktivity?

Preferuješ raději kolektivní zábavu nebo jiný druh zábavy?

Kolik lidí považuješ za skutečné přátele?

Jak hodnotíš své vztahy se spolužáky?

Jak často se dobrovolně věnuješ pohybovým aktivitám?

Jsi spokojený/á se svým vzhledem? S čím ano a s čím ne?

Pokud by to bylo možné, chtěl/a bys na sobě něco změnit? Co by to bylo?

Pocit'uješ svou váhu v něčem jako překážku, např. v navazování přátelských vztahů?

3.4.1. Validita

U kvalitativních výzkumů je nejlepší cestou, jak validizovat studie, tzv. triangulace. V našem výzkumu je toho dosaženo tím, že provedeme rozhovor jak s adolescentem, s jeho rodičem, tak s jeho třídním učitelem/učitelkou, získáme tím informace z více stran.

Dále bychom mohli využít triangulaci výzkumníků při analýze dat kvůli kontrole subjektivních pohledů jednotlivých interpretů.

3.5. Analýza dat

Pro zaznamenání polostrukturovaného rozhovoru by byl využit zvukový záznam, který bude následně přepsán, a vlastní poznámky výzkumníka. K vyhodnocení sesbíraných dat využijí metodu Grounded Theory, podle níž vytvoříme teorii na základě výpovědí. Získáme tak odpovědi na předem zadané výzkumné otázky. Tato metoda v sobě zahrnuje 3 fáze: otevřené, axiální a selektivní kódování.

Nejprve budou data kódována pomocí otevřeného kódování, které slouží jako prvotní odhalení témat v textu. Postupně budou hledány obecnější kategorie, kam budou spadat jednotlivé pojmy a témata. Na tento proces navazuje axiální kódování, které propojuje mezi sebou jednotlivě vzniklé kategorie a snaží se tak uvažovat o možných příčinách, důsledcích, interakcích a jiných vztazích. Poslední částí analýzy je tzv. selektivní kódování, při němž výzkumník hledá hlavní témata a kategorie teorie a tak vzniká síť konceptů s propojeními mezi nimi. Stěžejní úlohou je v této části integrace jednotlivých poznatků nově vznikající teorie.

Výsledkem této fáze výzkumu budou odpovědi na položené výzkumné otázky.

3.6. Diskuze

V rámci diskuze budou interpretovány výsledky výzkumu v jeho širších souvislostech, obohaceny o nové zkušenosti z průběhu výzkumu. Dále budou výsledky srovnávány s ostatními výzkumy, což by nám mělo poskytnout komplexnější pohled na tuto problematiku. Bude uvažováno využití výsledků a zároveň mezery, které by bylo vhodné doplnit popřípadě dalším výzkumem.

V tomto výzkumu jsem se snažila odhalit, popsat a pochopit vztahy, které mají obézní adolescenti ke svému okolí a okolí k nim. Rozhodla jsem se pro polostrukturované rozhovory, které nám umožňují hlubší uchopení této problematiky. Výhodou této metody spatřuji ve flexibilitě uchopení předem vytyčených oblastí a možnost přecházet mezi těmito oblastmi. Umožňuje nám lépe reagovat na odpovědi dotazovaného a dostat se blíže k jádru věci. Pro cílený efekt této metody hraje důležitou roli zkušený examinátor, který v dané situaci rozhoduje o pořadí otázek i o tom, jakým způsobem je získá. Z tohoto důvodu by bylo dobré, aby veškeré rozhovory vedl pouze jeden výzkumník, mohli bychom tak alespoň částečně eliminovat proměnné na straně tazatele.

Limity této studie spatřuji v tom, že přítomnost výzkumníka, jeho osobnost a neverbální projevy či prostředí laboratoře mohou zapůsobit na zkreslení odpovědí respondenta, např. snaha zavděčit se výzkumníkovi. Na straně výzkumníka by mohlo hrát roli jeho očekávání, které by mohlo zapůsobit na výběr či pořadí otázek a zavést rozhovor směrem podle přání výzkumníka. Tyto nežádoucí proměnné se jen těžko eliminují, proto se budeme snažit zajistit pro všechny stejné prostředí a profesionálního tazatele, který si je vědom tohoto úskalí.

Další problematickou oblastí by mohla být analýza dat, při které by mohlo dojít k převaze subjektivního pohledu. Abychom tomu zamezili, využijeme triangulace výzkumníků.

U výzkumného vzorku jsem zvolila věkové rozmezí 12 – 17 let, což v období dospívání může znamenat velké psychické, sociální i biologické rozdíly v porovnání s jiným obdobím života. Tento fakt může znamenat širší škálu odpovědí, tedy složitější situaci při analýze dat. Přesto jsem zvolila takovéto věkové rozmezí, které víceméně pokrývá nejdůležitější změny dospívání.

Kriteriální výběr výzkumného vzorku byl takto zvolen, aby co nejlépe korespondoval s cílem našeho výzkumu. Druhou skupinu adolescentů s BMI v rozmezí ≥ 40 percentil a ≤ 60

percentil by byla vybrána metodou párování, abychom zajistili srovnatelnost obou skupin. Ačkoliv se za normální BMI považuje rozmezí ≥ 25 percentil a ≤ 75 percentil, zvolila jsem užší percentil bližší normě, abychom se vyhnuli možným krajnostem.

Velmi důležitou a stěžejní částí rozhovoru jsou otázky. Ačkoliv je na samotném tazateli, jaké zvolí otázky, měla by před započítím výzkumu proběhnout pilotní studie, ve které by došlo nejen k vyladění formulace otázek, ale i k upravení celkového rámce studie a výzkumných otázek.

K zajištění kvality našeho výzkumu jsme využili dvě různé triangulace. Nejprve triangulaci dat získaných ze strany respondenta, rodiče a třídního učitele, poté triangulaci výzkumníků při analýze dat. Triangulaci výzkumníků bychom mohli využít již při sběru dat, což bych v tomto případě nepovažovala za správnou volbu, jelikož by převaha výzkumníků mohla mít negativní dopad na respondenty. Dále by mohla být využita komunikativní validita, kdy bychom závěrečnou zprávu studie předložili účastníkům studie k jejich vyjádření.

Ačkoliv výsledky kvalitativních výzkumů se mohou mnohdy těžko generalizovat na celou populaci, mohou nám poskytnout nový integrovanější obraz na danou problematiku.

Závěr

Obezita jako fenomén se především posledních 20 let stále více skloňuje. Je to strašák, který už delší dobu není doménou pouze dospělé populace, ale našel si své místo i mezi dětmi a mládeží. Tato práce se zaměřuje na obezitu zejména ve spojitosti s obdobím dospívání, které si s sebou nese nejen na první pohled patrné fyzické změny, ale i takové, které jsou oku skryty a jsou zjevné jen samotnému dospívajícímu na úrovni prožívání a myšlení. Období dospívání se často pojímá jako mezistupeň mezi dětstvím a dospělostí, ale je to především „zkušební doba“ toho, kdo jsem, jaký jsem a jaký bych chtěl být. Sebepoznání a postupné začleňování do společnosti je tedy prvním krokem do role dospělého. Jakékoliv vybočení z davu vrstevníků, zvláště pak v podobě obezity, může mít v tomto věku negativní dopad na osobnost dospívajícího, na jeho vztah k sobě i k okolí. Výstižně Hilda Brunch (podle Strauss, 2000) popsala, že obezita je nežádoucí stav pro dítě, ale mnohem více nežádoucí je pro adolescenty, u kterých i nízký stupeň nadváhy pro ně může vyvolat velkou překážku ve společnosti, která je posedlá štíhlostí.

Výsledky studií, na které odkazují ve své práci, vypovídají o tom, že obezita může negativně ovlivnit spokojenost se svým tělem, což následně může mít dopad jak na vztah k sobě samému, tak i ke svému okolí. Míra zásahu obezity do života dospívajícího může nabývat různých podob, od nízkého sebevědomí až po duševní poruchy, nebo od nedostatku kamarádů až po vyhýbání se kontaktu s vrstevníky. Návrh výzkumu, který ve své práci prezentuji, jsem zaměřila na oblast vrstevníků a jejich vztahy s obézními adolescenty, neboť jsou to právě vrstevníci, kteří tvoří v tomto období opěrnou zeď pro adolescenty při osamostatňování se, jsou zrcadlem jejich vlastního chování a zároveň zkušebním polem pro budoucí nový dospělý život. Pokud obezita je jedním z faktorů, které mohou nějakým způsobem omezit styk s vrstevníky nebo zhoršit kvalitu jejich vztahu, měli bychom zviditelňovat dopady této zkušenosti, neboť to může mít zásadní vliv na vývoj obézního jedince. Z tohoto důvodu považuji za přínosné přinést nové informace o zkušenostech obézních s jejich vrstevníky. Tyto informace by mohly být využity nejen odborníky, kteří pracují s obézními adolescenty, například při poradenské či terapeutické činnosti obezitologických klinik, ale i rodiči obézních adolescentů nebo učitelé prostřednictvím vhodných materiálů.

Seznam literatury:

- Ali, M., Rizzo, J., Amialchuk, A., & Heiland, F. (2014). Racial differences in the influence of female adolescents' body size on dating and sex. *Economics & Human Biology*, 12(1). 140-152.
- Al Sabbah, H., Vereecken, C., Elgar, F., Nansel, T., Aasvee, K., Abdeen, Z., Ojala, K., Ahluwalia, N., & Maes, L. (2009). Body weight dissatisfaction and communication with parents among adolescents in 24 countries: international cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 9(1). 52-62.
- Argeseanu Cunningham, S., & Vaquera, E. (2009). Obesity and Friendship in Adolescence: Weighing in Race, Ethnicity and Gender. *Conference Papers -- American Sociological Association*, 1.
- Bendlová, B., & Hainer, V. (2004). Metody genetického vyšetření u obézních - současnost a perspektivy. In: Hainer, V. et al. *Základy klinické obezitologie*. 109-117. Praha: Grada Publishing.
- Bláha, P., & Pařízková, J. (2007). Hlavní morfologické charakteristiky prosté obezity. In: Pařízková, J., Lisá, L., & Et al. *Obezita v dětství a dospívání*. 67-85. Praha: Galén.
- Braet, C. (2005). Psychological profile to become and to stay obese. *International Journal of Obesity* (29). 19-23.
- Britz, B., Siegfried, W., Ziegler, A., Lamertz, C., Herpertz-Dahlmann, B., Remschmidt, H., & ... Hebebrand, J. (2000). Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *International Journal Of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 24(12), 1707-1714.
- Brown, N. (2013). Teen obesity. *Palo Alto Medical Foundation*. [cit. 20. 03. 2014]. [online]. Dostupné z: <http://www.pamf.org/teen/health/diseases/obesity.html>
- Bruch, H. (1941). Obesity in childhood and personality development. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 11(3), 467-474.
- Button, E., Loan, P., Sonuga-Barke, & Sonuga-Barke, E. (1997). Self-esteem, eating problems, and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged 15-16: A questionnaire and interview study. *International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 39-47.
- Dvořáková-Janů, V. (1999). *Lidé a jídlo*. Praha: ISV.
- Dušková, K. (2006). *Osobnostní charakteristiky obézních dospívajících dívek* (Diplomová práce). [cit. 26. 04. 2014]. [online]. Karlova univerzita, Praha. Dostupné z: Repozitář závěrečných prací UK.
- Falkner, N., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Jeffery, R., Beuhring, T., & Resnick, M. (2001). Social, Educational, and Psychological Correlates of Weight Status in Adolescents. *Obesity*, 9(1), 32-42.

- Fonseca, H., Matos, M., Guerra, A., & Gomes Pedro, J. (2009). Are overweight and obese adolescents different from their peers?. *International Journal of Pediatric Obesity*, 4(3), 166-174.
- Fraňková, S. (2007). Psychologické aspekty dětské obezity. In: Pařízková, J., Lisá, L., & Et al. *Obezita v dětství a dospívání*. 175-191. Praha: Galén.
- Fraňková, S., Odehnal, J., & Pařízková, J. (2000). *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Praha: HZ Editio.
- Fraňková, S., & Dvořáková-Janů, V. (2003). *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum.
- Fraňková, S., Pařízková, J., & Malichová, E. (2013). *Jídlo v životě dítěte a adolescenta*. Praha: Karolinum.
- Freemark, M. (2007). Pharmacotherapy of Childhood Obesity: An evidence-based, conceptual approach. *Diabetes Care*, 30(2), 395-402.
- Grogan, S. (2000). *Body Image - Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada.
- Guerdjikova, A. I., McElroy, S. L., Kotwal, R., Stanford, K., & Keck, P. (2007). Psychiatric and metabolic characteristics of childhood versus adult-onset obesity in patients seeking weight management. *Eating Behaviors*, 8(2), 266-276.
- Habibzadeh, N., & Daneshmandi, H. (2010). The Effects of Exercise in Obese Women with Bulimia Nervosa. *Asian Journal Of Sports Medicine*, 1(4), 209-213.
- Hainer, V. (1997). Etiopatogeneze obezity. In: Hainer, V., Kunešová, M. et al. *Obezita*. 17-32. Praha: Galén.
- Hainer, V. (2004). Farmakoterapie obezity. In: Hainer, V. et al. *Základy klinické obezitologie*. 259-277. Praha: Grada Publishing.
- Hainer, V. (1997). Terapie obezity. In: Hainer, V., Kunešová, M. et al. *Obezita*. 77-100. Praha: Galén.
- Hainerová, I. (2007). Genetické faktory v etiologii a patogenezi obezity. In: Pařízková, J., Lisá, L. et al. *Obezita v dětství a dospívání*. 87-106. Praha: Galén.
- Hladná, H. (2011). Možnosti terapie obezity. *Sestra*, (4). 25-27.
- Hlúbik, P., & Vosečková, A. (2002). Stravovací zvyklosti a psychologické aspekty obezity. *Interní medicína pro praxi*, (11), 545-547.
- Hrachovinová, T., & Chudobová, P. (2004). Body image a možnosti jeho měření. *Československá psychologie*, 48(6), 499-509.
- Janco, A., & Hainer, V. (1997). Komplikace obezity. In: Hainer, V., Kunešová, M. et al. *Obezita*. 49-65. Praha: Galén.
- Kalman, M., Sigmund, E., Sigmundová, D., Hamřík, Z., Beneš, L., Benešová, D., & Csémy, L. (2010). *O zdraví a životním stylu dětí a školáků*. [cit. 25. 4. 2014]. [online]. Olomouc:

Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z:
http://www.upol.cz/fileadmin/user_upload/AKTUALITY_2012/HBSC_2010_narodni_zprava_o_zdravi_a_zivotnim_stylu_deti_a_skolaku_offline.pdf

Kalman, M., Vašíčková J. (eds.). (2013). *Zdraví a životní styl dětí a školáků*. [cit. 11. 06. 2014]. [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z:
http://hbsc.upol.cz/download/zdravi%20skolaci_publikace_WEB.pdf

Krch, F. (2004). Poruchy příjmu potravy. In: Hainer, V. et al. *Základy klinické obezitologie*. 305-317. Praha: Grada Publishing.

Krch, F. et al (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada.

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

Kunešová, M., & Hlavatá, K. (2007). Výživa dětí v současnosti a léčba obezity dietou. In: Pařízková, J., Lisá, L., & Et al. *Obezita v dětství a dospívání*. 125-150. Praha: Galén.

Kunešová, M. (1997). Vyšetření obézního pacienta. In: Hainer, V., Kunešová, M. et al. *Obezita*. 34-47. Praha: Galén.

Kunešová, M. (2004). Vyšetření v obezitologii. In: Hainer, V. et al. *Základy obecné obezitologie*. 153-169. Praha: Grada Publishnig.

Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.

Lisá, L. (2007). Typy a následky dětské obezity. In: Pařízková, J., Lisá, L. et al. *Obezita v dětství a dospívání*. 107-124. Praha: Galén.

Macek, P. (1999). *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál.

Marinov, Z. (2012). Léčba dětské obezity. In: Marinov, Z. *Praktická dětská obezitologie*. 131-133. Praha: Grada Publishing.

Marinov, Z. (2012). Faktory prostředí. In: Marinov, Z. *Praktická dětská obezitologie*. 24-27. Praha: Grada Publishing.

Marinov, Z., & Nesrstová, M. (2012). Životní styl rodiny - jednotící prvek multifaktoriálních zdrojů. In: Marinov, Z. *Praktická dětská obezitologie*. 32-36. Praha: Grada Publishing.

Marinov, Z., & Pastucha, D. (2012). Zdravotní rizika běžné dětské obezity. In: Marinov, Z. *Praktická dětská obezitologie*. 36-37. Praha: Grada Publishing.

Matoulek, M. (2013). Češi už nepřibírají!. *Obesity News*. [cit. 16. 04. 2014]. [online]. Dostupné z: <http://www.obesity-news.cz/?id=510>

Málková, I. (2009a). Kognitivně behaviorální terapie obezity. *STOB*. [cit. 22. 03. 2014]. [online]. Dostupné z: <http://www.stob.cz/odborne-clanky-psychotherapie/kognitivne-behavioralni-terapie-obezity>

Málková, I. (2009b). Poruchy příjmu potravy a obezita. *STOB*. [02. 05. 2014]. [online]. Dostupné z: http://www.stob.cz/index2.php?option=com_content&task=emailform&id=471

- Nesrstová, M. (2012). Specifika psychoterapie podle věku. In: Marinov, Z. *Praktická dětská obezitologie*. 146-150. Praha: Grada Publishing.
- Obesity Action Coalition. (2014). *Measuring Weight in Children*. [cit. 16. 05. 2014]. [online]. Dostupné z: <http://www.obesityaction.org/understanding-obesity-in-children/measuring-weight-in-children>
- Obezita.cz. (2014). *Obezita v ČR i ve světě*. [cit. 21. 02. 2014]. [online]. Dostupné z: <http://www.obezita.cz/obezita/v-cr-a-ve-svete/>
- Papežová, H. (2006). Problémy psychogenního přejídání a obezita. *Lékařské listy*, (13). 20-22.
- Pastucha, D. et al. (2011). *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. Praha: Grada Publishing.
- Pastucha, D., & Marinov, Z. (2012). Metabolické následky. In: Marinov, Z. *Praktická dětská obezitologie*. 39-46. Praha: Grada Publishing.
- Pařízková, J. (2007). Faktory vzniku obezity. In: Pařízková, J., Lisá, L. et al. *Obezita v dětství a dospívání*. 13-25. Praha: Galén.
- Pařízková, J., Lisá, L., Kunešová, M., Fraňková, S., Hlavatá, K., & Kučera, M. (2007). Hlavní zásady redukční terapie pro obézní děti a mládež. In: Pařízková, J., Lisá, L. et al. *Obezita v dětství a dospívání*. 193-217. Praha: Galén.
- Ptáček, R., & Kuželová, H. (2012). Obezita a duševní poruchy. In: Marinov, Z. *Praktická dětská obezitologie*. 52-56. Praha: Grada Publishing.
- Puklová, V. (2012). Výskyt nadváhy a obezity. *Státní zdravotní ústav*. [cit. 16. 04. 2014]. [online]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/info_listy/Vyskyt_nadvahy_a_obezity_2012.pdf
- Rašticová, M. (2009). Prediktory nespokojenosti s tělem a souvislost s depresí v adolescenci. *E- psychologie*, 3(1). 30-42.
- Růžičková, E. (2009). Je závislost jako závislost?. *STOB*. [cit. 22. 06. 2014]. [online]. Dostupné z: <http://www.stob.cz/psychika-a-pribehy-lidi-psychicke-aspekty-obezit/je-zavislost-jako-zavislost>
- Říčan, P. (2006). *Cesta Životem*. Praha: Portál.
- Schachter, S. (1968). Obesity and eating. *Science*, 161(3843), 751-756.
- Smith, E., Sweeting, H., & Wright, C. (2013). 'Do I care?' Young adults' recalled experiences of early adolescent overweight and obesity: a qualitative study. *International Journal Of Obesity*, 37(2), 303-308.
- Smolak, L., & Thompson, J. (2009). *Body image, eating disorders, and obesity in youth: assessment, prevention, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Smolík, P. (2001). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.

- St. Louis Psychologists and Counseling Information and Referral. (1999). *Eating Disorders, Ego Deficiencies and Cognitive Disturbances*. [cit. 18. 4. 2014]. [online]. Dostupné z: http://www.psychtreatment.com/eating_disorder_and_ego_deficiencies.htm
- Staňková, V. (2010). *Psychologická problematika chirurgické léčby obezity* (Diplomová práce). [cit. 11. 06. 2014]. [online]. Univerzita Karlova, Praha. Dostupné z: Repozitář závěrečných prací.
- Stárková, L. (2003). Mentální bulimie u mužů. *Interní medicína pro praxi* (5). 250-252.
- Stárková, L. (2010). *Psychiatricko-psychologické aspekty bariatrické chirurgie*, (4). 156-159.
- Státní zdravotní ústav. (2008). *Růstové grafy*. [cit. 24. 02. 2014]. [online]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/obi/CAV/6.CAV_5_Rustove_grafy.pdf
- Strauss, R. (2000). Childhood Obesity and Self-Esteem. *Pediatrics*, 105(1). 15-20.
- Svačina, Š. (2002). *Obezita a psychofarmaka*. Praha: Triton.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- Vignerová, J., & Bláha, P. (2007). Obezita u dětí a dorostu v České republice - dlouhodobé změny, metody sledování. In: Pařízková, J., Lisá, L., & Et al. *Obezita v dětství a dospívání*. 27-65. Praha: Galén.
- Vila, G., Zipper, E., Dabbas, M., Bertrand, C., Robert, J., Ricour, C., & Mouren-Simeoni, M. (2004). Mental Disorders in Obese Children and Adolescents. *Psychosomatic Medicine*, 66(3). 387-394.
- Werkman, S., & Greenberg, E. (1967). Personality and Interest Patterns in Obese Adolescent Girls. *Psychosomatic Medicine*, 29(1). 72-80.
- WHO (2014). *Health topics: Obesity*. [cit. 12. 03. 2014]. [online]. Dostupné z: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>
- Wiederman, M., & Pryor, T. (1999). Body dissatisfaction, bulimia, and depression among woman. *Mindful Publications*. 90-96.[cit. 07. 06. 2014]. [online]. Dostupné z: <http://michaelwiederman.com/reprints/Pryor1.pdf>
- Zaider, T. I., Johnson, J. G., & Cockell, S. J. (2002). Psychiatric disorders associated with the onset and persistence of bulimia nervosa and binge eating disorder during adolescence. *Journal Of Youth And Adolescence*, 31(5), 319-329.
- Zametkin, A., Zoon, C., Klein, H., & Munson, S. (2004). Psychiatric Aspects of Child and Adolescent Obesity: A Review of the Past 10 Years. *Focus*, 2(4). 625-641
- Žij zdravě. (2013). *Obézních Čechů nepřibývá, roste ale počet dívek s podváhou!*. [cit. 05. 03. 2014]. [online]. Dostupné z: <http://www.zijzdrave.cz/kniha/index.php?id=565#page-1>