

UNIVERZITA KARLOVA

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA PSYCHOLOGIE

# DIPLOMOVÁ PRÁCE

---

Jana Procházková

---

Genderové aspekty Body image a nespokojenosti  
svlastním tělem u neklinické populace

---

Gender aspects of Body image and body  
dissatisfaction in nonclinical population

Praha, 2018

Vedoucí práce:  
PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.

*Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Tamaře Hrachovinové, CSc. za odborné vedení, cenná doporučení týkající se zejména empirické části této práce a podporu při mé snaze dokončit studium.*

*Dále bych ráda poděkovala Julii Melicharové a Františkovi Bartošovi za trpělivé a průběžné konzultování statistické analýzy dat v empirické části.*

*Prohlašuji, že jsem diplomovou 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 31. července, 2018

.....  
Podpis

## Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá tématem body image a tělesné nespokojenosti u neklinické populace s akcentem na genderové aspekty. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a empirickou. Teoretická část pojednává o pojmu body image jako o psychologickém konceptu, který je součástí sebepojetí člověka. Z toho důvodu je na začátku práce vymezeno celkové sebepojetí a rozdíl mezi skutečným a ideálním „Já“. V teoretické části je dále kladen důraz na teoretické zakotvení pojmu. Podstatnou část tvoří kapitola vymezující faktory, které ovlivňují utváření tělesného sebepojetí a mají vliv na rozvoj a míru tělesné nespokojenosti. Není zde opomenut fakt, že současná západní společnost klade vysoké nároky na vzhled, které působí na muže i ženy. Práce dále rozvíjí možné důsledky této nespokojenosti v chování člověka, opět s ohledem na genderové odlišnosti. Není opomenuto téma sexuality, které se vztahem k vlastním tělu nepochybně souvisí. V závěru teoretické části jsou nastíněny některé možnosti měření body image a tělesné nespokojenosti.

Empirická část mapuje průběh kvantitativní studie, která nese stejný název jako celá práce, tedy „Genderové aspekty Body image a nespokojenosti s vlastním tělem u neklinické populace“. Ke sběru dat bylo použito několik metod, konkrétně Test siluety, The Multidimensional Body-self Relations Questionnaire a vybrané subškály dotazníku Der Dresdner Körperbildfragebogen.

## Klíčová slova

Sebepojetí, Body image, tělesná nespokojenost, muži, ženy, sexualita

## Abstract

This thesis deals with the topic of body image and bodily dissatisfaction with non-clinical population with a focus on gender aspects. It has two main parts - theoretical and empirical. The theoretical part focuses on the term body image as a psychological concept that is a component of self-concept. For that reason, there is a definition of the overall self-concept and the difference between the real self and the ideal self. This part of the thesis stresses out the theoretical basis of the term. An important part is a chapter describing factors influencing a development of the bodily self-concept that influences the development and extent of bodily dissatisfaction. I talk about the current western society and its high standards on a physical appearance for both men and women. The thesis then deals with possible consequences of this dissatisfaction on human behavior, again with respect to the gender differences. The thesis also mentions human sexuality that is related to one's relationship with their own body. In the end of the theoretical part there are some possibilities for measuring body image and bodily dissatisfaction outlined.

The empirical part consists of a quantitative study called " Gender aspects of Body image and body dissatisfaction in nonclinical population", just like the whole thesis. We used several methods including the Figure rating scale, The Multidimensional Body-self Relations Questionnaire and selected subscales of the Der Dresdner Körperbildfragebogen questionnaire.

## Keywords

Self-concept, Body image, body dissatisfaction, men, women, sexuality

# Obsah

Obsah.....	6
Úvod.....	8
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>9</b>
<b>1. SEBEPOJETÍ.....</b>	<b>9</b>
1.1. Definice sebepojetí.....	10
1.2. Reálné a Ideální „Já“.....	10
1.3. Tři aspekty sebepojetí.....	11
1.4. Ontogeneze sebepojetí.....	12
<b>2. BODY IMAGE.....</b>	<b>14</b>
2.1. Vymezení pojmu Body image.....	14
2.2. Struktura pojmů podle Biefelda.....	15
2.3. Tělo v sociální interakci.....	16
2.4. Body image a sebevědomí.....	17
2.5. Tři složky Body image.....	18
2.5.1. Vzhled.....	18
2.5.2. Zdatnost.....	19
2.5.3. Zdraví.....	19
2.5.4. Tělesná hmotnost jako součást Body image.....	20
2.6. Faktory ovlivňující Body image.....	21
2.6.1. Věk jako faktor ovlivňující Body image.....	21
2.6.2. Významní druzí (partner, rodina, vrstevníci).....	21
2.6.3. Sociokulturní faktory.....	22
2.6.4. Vliv médií a produktů marketingu.....	23
2.7. Gender a Body image.....	24
<b>3. TĚLESNÁ NESPOKOJENOST.....</b>	<b>28</b>
3.1. Důsledky tělesné nespokojenosti.....	28
3.1.1. Změna stravovacích návyků a dietní chování.....	28
3.1.2. Změna pohybových návyků.....	30
3.1.3. Estetická chirurgie.....	30
3.1.4. Rizikové chování a psychopatologie.....	31
3.2. Tělesná nespokojenost a sexualita.....	33
<b>4. VYBRANÉ MOŽNOSTI MĚŘENÍ BODY IMAGE A TĚLESNÝCH PARAMETRŮ.....</b>	<b>35</b>
4.1. Objektivní metody.....	35
4.2. Dotazníkové metody.....	36

4.3.	Testy siluety.....	37
<b>EMPIRICKÁ ČÁST.....</b>		<b>38</b>
<b>5.</b>	<b>Genderové aspekty Body image a nespokojenosti s vlastním tělem u neklinické populace – kvantitativní studie.....</b>	<b>38</b>
5.1.	Výzkumné cíle a otázky.....	39
5.2.	Výzkumné metody.....	39
5.2.1.	Sociodemografický dotazník.....	40
5.2.2.	Dotazník mapující zdravotní stav.....	40
5.2.3.	Body Mass Index.....	40
5.2.4.	Test siluety.....	41
5.2.5.	Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire.....	41
5.2.6.	Der Dresdner Körperbildfragebogen (DKB-35).....	43
5.3.	Proces zpětného překladu.....	45
5.4.	Předvýzkum.....	45
5.5.	Průběh sběru dat.....	45
5.6.	Kritéria zařazení do vzorku.....	45
5.7.	Charakteristika výzkumného souboru.....	47
5.8.	Výsledná zjištění.....	53
<b>6.</b>	<b>Diskuse.....</b>	<b>57</b>
<b>7.</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>62</b>
<b>8.</b>	<b>Bibliografie.....</b>	<b>63</b>
<b>9.</b>	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>68</b>

## Úvod

Tělo je neoddělitelnou součástí lidského bytí. Fyzický vzhled, tělesné proporce, ladnost pohybů, prostředky neverbální komunikace a mnoho dalších aspektů spojených s tělem nás provází každý den po celý život. Zájem o psychologii těla je značný. Existuje nepřehledné množství literatury a pramenů různé kvality o vztahu člověka ke svému tělu. Charakteristickým znakem dnešní západní společnosti jsou vysoké nároky na vzhled člověka. V tomto ohledu žijeme v poněkud zvláštní době – na jednu stranu jsou tu přítomny vysoké nároky na fyzický vzhled, ze všech stran na nás padají „dokonalá“ vyobrazení mužského i ženského těla a na druhou stranu lze hovořit o jisté svobodě, kterou dnešní západní společnost přináší, ať už jde o svobodu v tom, jak se člověk může například oblékat a pohybovat ve společnosti po svobodu v otevřeném projevu vlastní identity.

Při snaze proniknout do tématu psychologie těla je téměř nemožné nenarazit na zdroje různé kvality. Některé prameny jsou úzce spjaty s rozličnými ideologiemi, ať už náboženskými nebo společenskými či filozofickými. O vztahu k tělu pojednává nejen psychologie, ale také medicína, sociologie, antropologie, evoluční biologie, křesťanství, islám a feministické hnutí. Při výběru informačních zdrojů je tedy potřeba vybírat pečlivě.

Tato práce se snaží obsáhnout téma Body image a tělesné nespokojenosti z genderové perspektivy. Ženské a mužské pojetí těla a vztah k tělu není stejný. Při bližším zkoumání nacházíme rozličné, zajímavé a mnohdy překvapivé odlišnosti. Na následujících stránkách je představeno teoretické zakotvení pojmu Body image v psychologii a v následující části je charakterizována tělesná nespokojenost a její projevy v chování člověka.

Poslední částí práce je výzkumná studie, kde je podrobně představena kvantitativní studie realizovaná na jaře tohoto roku a která nese název „Genderové aspekty Body image a nespokojenosti s vlastním tělem u neklinické populace“. Doplnění „neklinická populace“ je nezbytné, protože vztah k tělu významně ovlivňuje přítomnost vážného onemocnění, a to jak psychického, tak somatického.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. SEBEPOJETÍ

Zakladatel psychologie „Já“, **William James**, vymezil soubor souvisejících psychologických témat, která je možné zastřešit jednotícím pojmem „Já“. James rozlišil dva aspekty tohoto pojmu. Oba tyto aspekty jsou stále přítomny v prožívání a zastávají zde jednotící úlohu. Tato teorie je pro výzkum „Já“ stěžejní do dnes. (Balcar, 1991; Macek, 2008; Blatný, 2010; Hunt, 2015). Těmito aspekty jsou:

- **„Já“ jako subjekt** duševní činnosti a duševního života, které je v předmětném vztahu k vědomí a je popisováno jako činné, poznávající, hodnotící, rozhodující, subjektivní a pocitové. V anglické literatuře je označované zájmenem „I“ či „I-self“. (Balcar, 1991; Macek, 2008; Blatný, 2010).
- **„Já“ jako objekt** duševní činnosti a obrazu činného „Já“, které je v podmětném vztahu k vědomí a je popisováno jako poznávané, hodnocené, ochraňované a zdokonalované. Základem tohoto „Já“ je vjem a představa vlastního těla a vlastní osobnosti ve světě. V anglické literatuře je označované zájmenem „Me“ či „My-self“. Tento aspekt „Já“ v současné literatuře odpovídá pojmu „*sebepojetí*“. (Balcar, 1991; Macek, 2008; Blatný, 2010). My-self „*je suma všeho, co člověk může nazvat svým vlastním.*“ (Blatný, 2003, s. 95). James toto „My-self“ dále rozčleňuje na tři složky: *materiální „Já“*, kam spadá představa vlastního těla a veškerého vlastnictví, *sociální „Já“*, které zahrnuje zpětné vazby od sociálního okolí a *duchovní „Já“*, které je vnitřní a niterné a je nejtrvalejším aspektem vlastní osoby. Tyto složky jsou podle Jamese hierarchicky uspořádané, a to z hlediska jejich osobního významu a závažnosti. Základem pro rozvoj dalších dvou složek je *Materiální Já*, následuje *Sociální Já* a *Duchovní Já* představuje nejvyšší úroveň. (Macek, 2008; Blatný, 2010).

**Symbolický interakcionismus** přináší poněkud odlišný pohled na sebepojetí. Symboličtí interakcionisté (zastoupeni především C. D. Cooleym, G. H. Meadem) pracují s koncepcí „Já“ jako se sociálním konstruktem a dávají důraz na sociální interakce. „Já“ je sociální konstrukcí a vzniká v průběhu symbolických interakcí. **Podle Cooleyho** jsou významné osoby ze sociálního okolí jedince „*sociálním zrcadlem*“. Názory druhých lidí jsou v průběhu ontogeneze internalizovány do stálé psychické struktury. „*Představa sebe*“ má tři složky: jak se jevíme druhé osobě, jak jsme druhou osobou hodnoceni a jaký máme citový vztah k sobě. **Mead** klade větší důraz na sociální interakce než Cooley. Zastává názor, že lidé předjímají postoje k sobě spíše od skupiny význam-

ných osob, které na ně sdílejí určitý společenský pohled, než že by reagovali na konkrétní osoby v konkrétních situacích. (Blatný, 2003; Macek, 2008; Hunt, 2015; Blatný, 2010).

**V současné literatuře** sebepojetí přestalo být považováno za celistvou, v čase a situacích neměnnou představu sebe. V současnosti je zdůrazňována jeho multifacetová, hierarchicky uspořádaná struktura a dynamika fungování v závislosti na tzv. „*Já-motivech*“, tak na situačním kontextu. Tzv. „*Já-motivy*“ lze rozčlenit na skupinu motivů, které vedou k udržení konstantního a konzistentního sebepojetí a na motivy, které vedou k potvrzení či vyhledávání pozitivních informací o své osobě. Tento přístup navazuje na Williama Jamese. (Blatný, 2010; Nakonečný, 2013).

## 1.1. Definice sebepojetí

Blatný uvádí následující definici sebepojetí: „*je to souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová.*“ (Blatný, 2003, s. 92). Shavelson, Hubner a Stanton (1976) vymezuje sebepojetí takto: „*V nejširším smyslu je sebepojetí percepcí sebe samého. Tyto percepce jsou formovány prostřednictvím zkušenosti s prostředím (...) a jsou ovlivněny zvláště posílením z prostředí a od významných druhých.*“ (Shavelson, Hubner & Stanton, 1976, s. 411, In Blatný, 2003, s. 108). Fialová chápe sebepojetí jako celkový postoj k vlastní osobě, který má prvky kognitivní, afektivní a činnostně regulativní. Tělesné sebepojetí (vzhled, zdraví a výkonnost) je nejdůležitější součástí celkového sebepojetí. Spokojenost člověka se sebou se projevuje v jeho chování. (Fialová, 2001).

## 1.2. Reálné a Ideální „Já“

Obraz, který si o sobě jedinec tvoří prostřednictvím sebepojetí se může různě přibližovat a vzdalovat skutečnosti. Tento obraz je zároveň jediný, na který je člověk v životě se sebou samým odkázán a má tedy nenahraditelnou úlohu. Je nástrojem orientace v osobním životě, proto je jeho hlavní potřebou mít stálou a pevnou strukturu. Je normální a běžné, že nacházíme rozdíl mezi tím, jací jsme (tzv. *skutečné „Já“*) a jací bychom chtěli být (tzv. *ideální „Já“*). Skutečné „Já“ a ideální „Já“ se od sebe mohou různě vzdalovat. Při hodnocení povahy ideálního já také záleží na realizovatelnosti této představy sebe sama. Je-li sebepojetí vzdálené od reálného obrazu člověka nebo je mu nepřiměřené, může nastat konfrontace se sociálním okolím. (Balcar, 1991; Blatný, 2010; Nakonečný, 2013). Nakonečný popisuje vztah mezi reálným a ideálním „Já“ takto: *„Čím více chce být subjekt jiný, tím méně se akceptuje a má tedy slabé ego a naopak. Avšak naprostá spokojenost se sebou samým je spíše znakem duševní poruchy. Určitá míra rozdílů mezi reálným a ideálním já může být podněcujícím činitelem k dosažení žádoucí změny.“* (Nakonečný, 2013, s. 51).

Sebepojetí má potřebu dlouhodobě stabilního stavu a pevné struktury, která souvisí s pocitem jistoty a souladu, což je jedním z předpokladů životní či duševní pohody. Změna v sebepojetí vždy znamená alespoň dočasnou ztrátu jistoty. Tato ztráta pocitu jistoty vyvolává negativní pocity a vnitřní konflikty, z čehož vyplývá, že rychlé a rozsáhlé změny ve struktuře sebepojetí povedou spíše k selhání. Jedinec snadno přijme i negativní informaci o své osobě, pokud je v souladu s jeho sebepojetím a pozitivní informaci naopak může odmítat. To je závažné zejména v případě, pokud je obsah sebepojetí převážně negativní. Tento fakt je důležitý pro klinickou praxi. (Balcar, 1991; Blatný, 2010; Nakonečný, 2013; Kebza, 2005).

## 1.3. Tři aspekty sebepojetí

Podle některých autorů lze na sebepojetí nahlížet jako na postoj. Na základě toho můžeme sebepojetí charakterizovat ze tří pohledů: kognitivního, afektivního a konativního. (Blatný, 2003; Macek, 2008).

**Kognitivní aspekt „Já“** zahrnuje obsah a strukturu sebepojetí. Je to suma všech znalostí o sobě (tedy obsah sebepojetí), která je určitým způsobem kognitivně organizovaná (tedy struktura sebepojetí). Z pohledu vývojové psychologie je sebepojetí charakteristické postupným narůstáním informací o sobě. Dalším znakem je tzv. *„princip význačnosti“* – jednotlivé obsahy sebepojetí se utvářejí či shlukují kolem významných aspektů celkového sebepojetí. (Fialová, 2001; Blatný, 2010; Nakonečný, 2013).

**Afektivní aspekt „Já“** zahrnuje emocionální vztah k sobě a sebehodnocení. Tento aspekt pracuje se škálou pozitivita – negativita. Další termíny, které jsou prolnuté s tímto aspektem, jsou: sebeúcta, sebeuvědomění, sebedůvěra, sebevědomí apod. Funkce emočního vztahu k sobě je adaptační – obrana „Já“ je realizovaná kognitivními behaviorálními strategiemi, které umožňují anticipovat negativní zkušenost a případně se jí vyhnout. (Fialová, 2001; Blatný, 2003; Nakonečný, 2013). **Sebehodnocením** je míněna představa sebe z hlediska vlastní kompetence. Někdy jsou pojmy sebepojetí a sebehodnocení používány jako synonyma, nicméně sebepojetí kromě afektivní složky obsahuje pouze deskriptivní informace o sobě. (Blatný, 2003; Nakonečný, 2013). Hartl definuje sebehodnocení jako „*vědomé prožívání vlastní sociální pozice, podmíněno vztahy v nukleární rodině, někdy podmíněno organicky, jako v případě sebepřeceňování u primitivních osobností.*“ (Hartl & Hartlová, 2010, s. 514). Blatný uvádí následující definici: „*Sebehodnocení jako jedna ze složek sebepojetí je chápáno jako výsledek sociálního srovnávání a sebeuposuzování na základě pozorování vlastní činnosti.*“ (Blatný, 2003, s. 116). Pro vytvoření sebehodnocení je důležité posílení z prostředí, zvláště od významných osob. [ CITATION mTMqeekN9MpmjRBR ].

**Konativní aspekt „Já“** zahrnuje seberegulaci a motivační funkce sebepojetí, které se v seberegulaci uplatňují. Tento aspekt „Já“ lze také nazvat motivačním nebo behaviorálním. Představa sebe se v průběhu vývoje stává hlavním faktorem psychické regulace chování. Podle Bandury se proces seberegulace uplatňuje prostřednictvím několika psychických funkcí: sebezpozorování, sebehodnocení a reakcí na vlastní chování. (Blatný, 2003; Macek, 2008). Proces sebezpozorování je základním předpokladem seberegulace. Lidé své chování sledují v rámci šesti základních dimenzí – kvalita, produktivita, originalita, sociabilita, morálnost a deviantnost. Proces sebehodnocení se opírá o osobní standardy (hodnoty, cíle, normy a aspirace). Motivační efekt osobních standardů spočívá v anticipované emoční reakci na vlastní chování. U většiny činností neexistují měřítka pro jejich posuzování. Lidé musí své výkony hodnotit v porovnání s výsledky druhých osob – v podobných podmínkách, s obvyklými normami a s vlastními výsledky v minulosti. Dalším faktorem v hodnotící složce seberegulace je významnost z hlediska osobní hodnotové preference. (Blatný, 2003; Macek, 2008; Nakonečný, 2013).

## 1.4. Ontogeneze sebepojetí

Jak bylo zmíněno, sebepojetí se vytváří v procesu socializace. **V kojeneckém věku** má dítě za úkol naučit se odlišovat sebe a okolní prostředí. Toto období je počátkem vnímání stability okolního světa i vlastní osoby, která je spojena s pocitem bezpečí. Začíná se objevovat význam

zpětné vazby a klíčovou roli v psychosociálním vývoji hraje primární pečující osoba, nejčastěji matka. (Vágnerová, 2005; Šulová, 2010).

**V batolecím věku** pokračuje diferenciaci sebe sama od okolí. Dítě pozná svůj obraz v zrcadle ve 14. – 15. měsíci života. Vývoj jeho osobnosti a sebepojetí je ovlivněn rodiči, nicméně v tomto věku děti hodnotí už sami sebe, stávají se objektem vlastního poznání a začíná užívat zájmeno „já“. (Vágnerová, 2005; Šulová, 2010; Balcar, 1991).

**Předškolní věk** je typický pronikáním dítěte do širší společnosti, než je jeho primární rodina. V tomto věku ještě většinou nehraje roli zevnějšek dítěte, pokud není nápadný a nepoutá tak pozornost. V tomto věku je „moje“ součástí „já“. Předškolní děti bývají majetnické. Nastupuje také skupina vrstevníků jako důležitá součást rozvoje sebepojetí. (Balcar, 1991; Vágnerová, 2005; Šulová, 2010).

**Mladší školní věk** je významně ovlivňován názory, postoji a hodnocením druhých lidí. Úvahy o tom, co si o „mé“ osobě myslí druzí lidé, se objevují už u sedmiletých dětí. V tomto věku hraje významnou roli školní třída a vedle rodičů i další autority v dospělém věku. Je to také na výkon orientované období. Začíná se rozvíjet a utvářet představa „ideálního Já“. (Vágnerová, 2005; Šulová, 2010). Fialová uvádí, že už dívky ve věku osmi let uvádějí nespokojenost s vlastním tělem. Přejí si být štíhlejší. (Fialová, 2001). Ve výjimečných případech se v tomto věku objevují případy MA. (Krch, 2004).

**Období adolescence** je obdobím změn, a to jak fyzických, tak psychických. Mnozí dospívající vnímají fyzické změny, které provázejí toto období, negativně. Úkolem v tomto období je vytvoření vlastní identity. Významnou roli tady hraje vrstevnická skupina, počátky zájmu o druhé pohlaví a s tím spojené hodnocení atraktivity. Rozvíjí se „ideální Já“, které si jedinec začal utvářet na konci mladšího školního věku. (Fialová, 2001; Vágnerová, 2005).

- V tomto období je tělesná nespokojenost nejvýraznější. Je prokázáno, že dívky ve věku 13–16 let jsou nespokojené se svým tělem, prožívají subjektivní pocity tloušťky a přejí si zhubnout. Postava se pro dívky v tomto věku stává jednou z největších starostí. Přesto, že jsou chlapci se svým tělem spokojenější než dívky, procházejí i oni změnami v období adolescence a tyto procesy samozřejmě i u chlapců vedou ke kritickému nahlížení na své tělo a z toho vyplývající nespokojenosti s tělem. (Fialová, 2001; Levine & Smolak, 2004; Grogan, 2000)

Proměna sebepojetí **v dospělosti** je spojena například s příchodem do zaměstnání a se zakládáním rodiny. U dospělé osoby jsou to tedy kolegové, partner, rodiče, vlastní děti a blízcí přá-

telé, kdo predikují sebehodnocení. Dalším zdrojem sebehodnocení je pozitivní a negativní afektivita. Emoce primárně ovlivňují posuzování ostatních lidí i sebe a posuzování postojů ostatních lidí k sobě. (Blatný, 2003).

## 2. BODY IMAGE

Vědecký zájem o psychologii těla se mapuje na přelom 19. a 20. století. **Anglický neurolog H. Head** zavedl pojem „*schéma*“, kterému je dnes věnována pozornost pod pojmem „*Körperschema*“ či „*Body schema*“. Tento pojem obsahuje schématickou představu sloužící k pochopení vlastního těla, kterou člověk získává prostřednictvím vnějšího a vnitřního světa. **Německý psycholog P. Schilder** později převzal tento neurofyziologický přístup a termínem „*Körperschema*“ označuje rámcový obraz, který má každý jedinec o své osobě. Toto schéma obsahuje také představy o jednotlivých částech těla. Tělesné sebepojetí v tomto konceptu zahrnuje odhad velikosti těla (percepční složka), hodnocení přitažlivosti těla (hodnotící složka) a emoce spojené s tělem (afektivní složka). (Fialová, 2001; Pruzinsky & Cash, 2004).

### 2.1. Vymezení pojmu Body image

Tělesné sebepojetí zahrnuje všechny jedincovy představy o vlastním těle. Tento pojem zahrnuje i pozitivní či negativní hodnocení a plány jednání zaměřené na tělo. Z toho důvodu má tedy tělesné sebepojetí neboli „*Body image*“ (dále BI), kognitivní, afektivní i konativní složku.<sup>1</sup> Kognitivní složka zastřešuje percepci vlastního těla, představu těla, obsahy myšlení týkající se těla apod. Afektivní složka zahrnuje emoční odpověď na vnímání svého těla, kterou lze pozorovat na škále pozitivita – negativita. Konativní složka zahrnuje veškeré činnostně regulativní obsahy spojené s tělem. (Grogan, 2000; Fialová & Krch, 2012; Stackeová, 2007; Guszowska, 2015; Vašina & Vychodilová, 2013).

Fialová (2001) se snaží o výklad pojmů, které jsou spojené s výzkumem fenoménu BI. K dnešnímu dni ovšem není možné předložit obecně platný, všemi akceptovatelný model, který by přehledně strukturoval užívané výrazy. Jedním z důvodů je fakt, že k vysvětlení různých obsahově odlišných pojmů různí autoři využívají totožné termíny. Do českého jazyka se termín „*Body image*“ překládá jako „tělesné sebepojetí“, tento výraz je však nepřesný. (Stackeová, 2007; Fialová, 2001).

*„Vypořádat se s výkladem vlastního těla se pokoušely různé vědy a směry, především medicína, psychologie, neurofyziologie a psychiatrie... v nedávné době k nim přibyla i kinantropologie, která se věnuje této tematice v celé šíři, zvláště výzkumu motorického učení nebo koncipování pohybově terapeutických programů.“* (Fialová, 2001, s. 16). BI jako teoretický koncept soustředěný na vnímání těla je využíván ve výzkumu návykových látek, sportovních aktivit, psychoterapeutického procesu, chirurgii a mnoha dalších oblastech. (Hrachovinová & Chudobová,

<sup>1</sup> Obsah těchto složek může být hodnocen jako ekvivalentní s aspekty sebepojetí popsanými v předchozí kapitole.

2004). BI je tedy oblast výzkumu, o kterou se zajímají rozličné vědecké obory z různých perspektiv. (Rašticová, 2009).

#### **Perspektivy, ze kterých je možné nahlížet na tělo:**

- Tělo jako zvláštní objekt, který je manipulovatelný a „vlastněný“ a ke kterému má jedinec jedinečný vztah.
- Tělo jako nástroj komunikace, díky kterému se pohybujeme v sociálním prostředí a dáváme mu informaci o sobě.<sup>2</sup>
- Tělo jako objekt hodnocení sociálního okolí a objekt „prestíže“, kdy bezděčně hodnotíme (a jsme hodnoceni) na základě našeho zevnějšku.
- Tělo jako objekt péče, kdy každý jedinec o své tělo nějakým způsobem pečuje a manipuluje s ním. Tělo je naší „vizitkou“.<sup>3</sup> (Hrachovinová & Chudobová, 2004).

## **2.2. Struktura pojmů podle Biefelda**

Jak bylo uvedeno v předchozí části, výklad pojmů, které jsou spojené s BI, je nelehký. Pro přehlednost uvádím strukturalizaci pojmů podle Biefelda (Biefeld, 1986, In Fialová, 2001). Biefeld analyzoval dostupnou literaturu a došel k následujícím závěrům<sup>4</sup>:

**Tělesná zkušenost** (Körpererfahrung, Body experience) je suma všech zkušeností s vlastním tělem, které jedinec získal během ontogenetického vývoje. Tělesná zkušenost, resp. její důsledky mohou být vědomé i nevědomé a afektivní i kognitivní. Biefeld rozlišuje skupinu pojmů, které vymezují kognitivní složku tělesné zkušenosti a afektivní složku tělesné zkušenosti.

- **Pojmy vymezující kognitivní složku tělesné zkušenosti:**
  - **Tělesné schéma** (Körperschema, Bodyschema) je pojem zahrnující veškeré informace získané prostřednictvím interoreceptorů a exteroceptorů. Jedná se o složku tělesné zkušenosti zahrnující veškeré procesy percepce a kognice, které jsou vztažené k vlastnímu tělu jedince.
  - **Tělesná orientace** (Körperorientierung, Body orientation) je pojem popisující zejména kinestetické vnímání, jinými slovy orientaci na těle a v těle. Je možné říci, že tělesná orientace je tělesné schéma v užším smyslu.
  - **Tělesná rozprostraněnost** (Körperausdehnung, Body Size Estimation) je pojem označující hodnocení velikosti a rozmístění vlastního těla v prostoru.

---

2 Tuto perspektivu rozvíjí teorie neverbální komunikace. V hovorové řeči mluvíme o „řeči těla“.

3 Tento aspekt zahrnuje běžnou každodenní péči, ale také estetickou plastickou chirurgii.

4 V závorce uvádím ekvivalentní termín v německém a anglickém jazyce.



- **Vnímání/znalost těla** (Körperkenntnis, Body knowledge) je pojem zahrnující faktické znalosti a informace o stavbě a funkci těla, včetně jeho částí.
- **Pojmy vymezující afektivní složku tělesné zkušenosti:**
  - **Tělesné sebepojetí** (Körperbild, Body image) lze popsat jako emocionálně afektivní hodnocení vlastního těla. Jedná se o složku tělesné zkušenosti, která zahrnuje veškeré emocionálně afektivní procesy jedince, které jsou vztaženy k vlastnímu tělu.
  - **Uvědomění si těla** (Körperbewusstsein, Body consciousness) je termín spojený s pozorností, kterou osoba věnuje tělu, nebo jeho částem a funkcím. Jedná se o psychickou reprezentaci vlastního těla ve vědomí člověka. Uvědomění si těla je stav vědomí.
  - **Tělesné ohraničení** (Körperausgrenzung, Body Boundary) je termín, kterým je míněna schopnost jedince zřetelně oddělit své tělo od okolí. Narušení této schopnosti u dospělého jedince je pravděpodobně známkou duševní poruchy či změněného stavu vědomí.
  - **Postoj k tělu** (Körpereinstellung, Body attitudes) je termín zahrnující sumu postojů k vlastnímu tělu, zvláště jeho vzhledu. Postoj k vlastnímu tělu lze sledovat na škále negativita – pozitivita, je to tedy termín sledující míru spokojenosti s vlastním tělem. (Biefeld, 1986, In Fialová, 2001)

### 2.3. Tělo v sociální interakci

Tělo nás reprezentuje a dává okolí informaci o našem pohlaví, věku, zdravotním stavu, společenském postavení a rasovém původu. Postoj, který máme k vlastnímu tělu do jisté míry určuje náš vztah a postoje k ostatním lidem a ovlivňuje naše chování. Tělo můžeme vnímat jako obraz své osobnosti. Ke svému okolí mluvíme prostřednictvím stylu oblékání, úpravou zevnějšku, ladností pohybu apod. (Fialová, 2001; Richmond & McCroskey, 1991). „*Většina sdělovaných informací o sobě je předávána pomocí složité směsi vzhledu, držení těla, vystupování, gestikulace, pohledů a mimických výrazů.*“ (Fialová, 2001, s. 58). Fyzický vzhled je signálem či prediktorem lidského chování. Z fyzického vzhledu lze usuzovat na sexuální pohotovost, eskalaci agrese, nenávislné postoje či míru formálnosti. (Vašina & Vychodilová, 2013; Grogan, 2000).

Máme-li BI hodnotit na škále negativita – pozitivita, hodnocení bude následující: Pozitivní BI<sup>5</sup> vyvolává úctu a působí pozitivně na výkon. Negativní BI<sup>6</sup> naopak může vést ke zhoršenému výkonu a vyvolává nepříjemné, negativní pocity. Negativní a pozitivní pocity spojené s vnímáním těla se mohou objevovat společně. (Fialová & Krch, 2012; Healey, 2014).

<sup>5</sup> Pozitivním BI je míněn pozitivní obsah myšlení o vlastním těle.

<sup>6</sup> Negativním BI je míněn negativní obsah myšlení o vlastním těle.

**Při komunikaci** s druhou osobou usuzujeme na tři skupiny informací o člověku, s kterým komunikujeme. Těmito třemi informacemi jsou 1. tělesné znaky (rasový původ a etnicita, pohlaví, atraktivita), 2. role osoby ve společnosti (povolání, rodinný stav apod.) a 3. rysy osobnosti (dominance – submisivita, extraverte – intraverte, afektivita apod.). (Grogan, 2000; Fialová, 2001). Tyto znaky lze do jisté míry měnit a manipulovat s nimi tak, aby jedinec vylepšil své (domnělé) nedostatky. Svůj vzhled můžeme upravovat mnoha způsoby, například změnou oblečení, účesu, kosmetikou, ale i chirurgickým zákrokem. Snaha člověka o sociální přijetí a obdiv je přirozená. (Grogan, 2000; Janáčková, 2014).

Z řeči těla lze usuzovat na negativní postoje k některým tělesným partiím a to tak, že se těchto partií jedinec dotýká více než jiných částí těla. Takové dotyky se nazývají „*autokontakty*“ a mají zpravidla dvě příčiny: 1. jedinec zažívá negativní emocionální vzrušení (úzkost, strach, nejistota, hněv apod.) nebo 2. jedinec se snaží tuto kontaktovanou část těla zakrýt. (Fialová, 2001).

Negativní vztah k vlastnímu tělu se projevuje v interakci se sociálním okolím. Tělesná nespokojenost koreluje se sníženou kvalitou sociálního života jedince a v extrémních případech může vést až k sociální izolaci. Jedná se o subjektivní stav. Jestliže se sebou jedinec není spokojen, těžko přijímá pozitivní zpětnou vazbu od okolí. Naopak, pokud se sebou jedinec je spokojen a převažuje pozitivní hodnocení vlastní osoby, v sociálním kontaktu působí sebejistě a častěji se dočká pozitivního hodnocení<sup>7</sup>. (Fialová, 2001; Crook, 1995; Guskowska, 2015).

## 2.4. Body image a sebevědomí

Hodnocení vlastního těla ovlivňuje celkové sebehodnocení a psychické zdraví. Sebepojetí nepochybně patří k důležitým předpokladům dobré duševní pohody (well-being). (Kebza, 2005; Fialová, 2001; Grogan, 2000).

Mezi faktory ovlivňující sebevědomí patří dobré výsledky ve vykonávané činnosti, sociální uznání, dobrá společenská pozice a fyzická atraktivita. Stupeň sebevědomí ovlivňuje emoční rovnováhu a sociální fungování jedince. (Fialová, 2001).

Ženy spojují pocit sebevědomí s tělesnou hmotností, a to bez ohledu na skutečnou tělesnou hmotnost. Po váhovém úbytku vykazují zvýšené sebevědomí. Také u mužů je tělesná spokojenost úzce provázána se sebevědomím. Je však důležité si uvědomit, že tato souvislost může být u mužů i u žen oboustranná – pokud má jedinec vysoké sebevědomí, je nejspíš více spokojen se svým tělem a naopak – pokud je jedinec spokojen se svým tělem, má nejspíš vyšší sebevědomí. Tyto složky se pravděpodobně navzájem podmiňují, a to bez ohledu na sledování

---

7 Viz vztah mezi skutečným a ideálním „Já“, 1. kapitola „Sebepojetí“.

ženské a mužské populace. (Grogan, 2000; Fialová & Krch, 2012; Healey, 2014; Koudelka, 2012).

## 2.5. Tři složky Body image

Při analýze pojmu Body image dojdeme ke třem základním složkám, kterými jsou: vzhled, fyzická zdatnost a zdravotní stav či zdraví. Význam těchto jednotlivých složek je závislý na pohlaví a proměňuje se v průběhu života. (Fialová, 2001; Grogan, 2000). Jiní autoři uvádějí, že základní složkou BI je i tělesná hmotnost. Přání zhubnout a být štíhlejší nesouvisí se skutečnou hmotností. (Fialová & Krch, 2012).

### 2.5.1. Vzhled

Vzhled jako součást tělesného sebepojetí má nejvýznamnější vliv na celkové sebepojetí. V odborné literatuře se shodně uvádí, že ženy kladou větší důraz na svůj fyzický vzhled než muži, jsou ochotny do něj investovat více peněz a péči o zevnějšek věnují více času. (Fialová, 2001; Grogan, 2000).

Ženská krása je spojena s tělesným a duševním souladem. Při hodnocení krásy a vzhledu nerozhoduje jen statická postava a obličej, ale také ladnost pohybů, fyzický a psychický soulad a celková osobnost. (Fialová & Krch, 2012; Grogan, 2000).

V případě mužů hraje při hodnocení fyzického vzhledu výška postavy. Není výjimkou, že se u mužů s menším vzrůstem setkáváme s pocity méněcennosti a komplexy. Pro tyto muže a jejich psychickou pohodu je důležité, aby tento faktor dokázali kompenzovat jinými kvalitami, kterými mohou být buď jiné tělesné charakteristiky, jako je fyzická zdatnost, nebo osobnostní kvality.<sup>8</sup> (Grogan, 2000; Fialová & Krch, 2012).

Jedinci, kteří dávají vyšší důraz na svůj vzhled, uvádějí více oblíbených designérských značek, zejména značek oblečení. (Koudelka, 2012).

### 2.5.2. Zdatnost

Zdatností bychom mohli nazvat schopnost těla fungovat ekonomicky výhodně a s optimální funkčností. „Dobrá tělesná kondice dovoluje větší tělesnou zátěž, účinnější obranu proti nemocí, vede k duševní vyrovnanosti a atraktivnímu vzhledu. Člověk, který se cítí fit, je většinou sám se sebou spokojenější.“ (Fialová, 2001, s. 44).

---

<sup>8</sup> Ženskému a mužskému pohledu na otázku fyzického vzhledu bude věnována pozornost v následujících kapitolách.

Při hodnocení fyzické zdatnosti se lze opřít o následující ukazatele: kardiorespirační vytrvalost, svalová síla, svalová vytrvalost, neuromuskulární koordinace, rychlost svalové kontrakce a kloubní pohyblivost. Nejúčinnějším způsobem, jak zlepšit všechny složky je pravidelná více-stranná fyzická aktivita. (Fialová, 2001; Clark, 2014).

Ženy v se v 90. letech věnovali sportovním aktivitám častěji, než v 80. letech. Motivace ke cvičení je ovšem zřejmě odlišná u žen a u mužů. Ženy často uvádějí (častěji než muži), že cvičí kvůli kontrole nad svou váhou, či kvůli redukci hmotnosti. Dále jako důvody uvádějí fyzickou přitažlivost a zdraví. Muži uvádějí, že se sportují, aby si zlepšili nebo udrželi svou postavu a fyzickou a častěji se věnují cvičení, které vede k nárůstu svalové hmoty. (Grogan, 2000; Furnham & Greaves, 1994).

Fyzická aktivita mění BI. Jedinci, kteří pravidelně sportují, uvádějí pozitivnější vztah k vlastnímu tělu než jedinci, kteří nejsou fyzicky aktivní. V tomto ohledu také záleží na motivaci jedince ke sportu. (Fialová & Krch, 2012).

### 2.5.3. Zdraví

Zdraví definujeme jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze jako nepřítomnost nemoci“. (Fialová, 2001, s. 41) Zdraví můžeme popisovat z objektivního a subjektivního hlediska, hovořit můžeme ale také o tělesném a duševním zdraví. (Fialová & Krch, 2012).

**Subjektivně posuzované zdraví** stojí na individuálním mínění, vnitřních pocitech o vlastním zdravotním stavu. Subjektivní „pocit“ zdraví se opírá o nepřítomnost bolesti, obtěžujících projevů nemoci a celkovou fyzickou a psychickou pohodu. Jedinec své zdraví také může hodnotit podle fyzické výkonnosti, síly, a vnitřní „harmonie“. (Fialová, 2001; Kebza, 2005).

**Objektivně posuzované zdraví** naopak stojí na posouzení druhé osoby či sociálního okolí, nejexaktnější a nezávislé posouzení by měl vždy přinést lékař, který se opírá o své odborné znalosti a výsledky vyšetření. (Fialová, 2001; Kebza, 2005).

Tato složka sebepojetí je úzce spojena s věkem. Po 30. roku života si začínáme všímat změn na svém těle, které souvisejí s procesem stárnutí. Okolo 45. roku začíná u žen obvykle menopauza a snižuje se hladina estrogenu, což vede například ke změně sexuální touhy.<sup>9</sup> (Crook, 1995; Krauss Whitbourne & Skultety, 2004).

Ve ztrátě některých fyzických schopností nevidíme bohužel často přirozenou součást stárnutí. Začínáme proto ještě usilovněji cvičit, snažíme se ovládat své tělo, nepřipouštět si změny a

---

9 Podobných příkladů by bylo možné vyjmenovat nespočet, to je ovšem nad rámec této práce.

ženeme se za nepřirozeným ideálem mladého, krásného, štíhlého a pružného těla. (Fialová & Krch, 2012).

#### 2.5.4. Tělesná hmotnost jako součást Body image<sup>10</sup>

Naší populaci charakterizuje snaha o snížení hmotnosti. Podle studií o životním stylu se o redukci váhy někdy snažilo 57,2 % osob a 39 % osob se snažilo snížit váhu opakovaně. Procento žen, které se snažilo někdy zhubnout je vyšší než procento mužů. (Kunešová, 2008).

Štíhlost bývá ve společnosti často spojována s pozitivními osobnostními vlastnostmi, mládím, úspěchem a spokojeností. Oproti tomu nadváhu lidé spojují s řadou negativních vlastností, jako je lenost, slabá vůle, oslabená sebekontrola apod. To platí pro mužskou i ženskou populaci. Nadváha je západní společností považována za neatraktivní a nekonformní vůči společnosti. Jedinci se často potýkají s různými předsudky a odlišným chováním vůči své osobě od sociálního okolí. To lze vyzorovat už v období dětství. Už v mladším školním věku si děti vybírají za své kamarády spíše štíhlejší vrstevníky, což je mechanismus, který přetrvává do dospělosti. (Smolak, 2004; Fialová & Krch, 2012; Schwartz & Brownell, 2004).

Pokud si žena představí, že přibrala 3 kilogramy, uvádí, že by se v tom případě nejraději schovala a nechodila mezi lidi. V případě váhového přírůstku 3 kg by si ženy připadaly tlusté a začaly by se vyhýbat společenským aktivitám. Toto je zajímavé zjištění v kontextu s faktem, že nezávislé pozorovatelé nehodnotí odlišnou atraktivitu v rozmezí váhové změny od 3 do 8 kilogramů. (Grogan, 2000).

---

<sup>10</sup> Podle teorie BI není tělesná hmotnost zvláštní složkou tělesného sebepojetí. Uvádím ji však v samostatné kapitole pro její význam v dnešní západní kultuře.

## 2.6. Faktory ovlivňující Body image

BI je podmíněno mnoha faktory, které lze nejobecněji rozdělit jako na faktory sociální – vnější a biologické – vnitřní. Na BI mají vliv osobnostní charakteristiky, rodinné prostředí, kulturní prostředí, etnický a rasový původ, věk, pohlaví, sexuální orientace, zdravotní stav, individuální změny v průběhu ontogeneze atd. (Pruzinsky & Cash, 2004) (Healey, 2014) (Fialová & Krch, 2012).

### 2.6.1. Věk jako faktor ovlivňující Body image

Vztah k vlastnímu tělu se v průběhu života mění. V kapitole „*Ontogeneze sebepojetí*“ už bylo zmíněno, v jakém věku nastupuje tělesná nespokojenost. Fialová uvádí, že už dívky ve věku osmi let projevují nespokojenost s vlastním tělem a přejí si být štíhlejší. Chlapci si uvědomují rozdíly ve tvaru postavy už v pěti letech. Tělesná nespokojenost je nejvýraznější v období adolescence. Adolescenti se snaží přizpůsobit sociální skupině. (Vágnerová, 2005; Fialová, 2001; Levine & Smolak, 2004).

Obecně platí, že čím vyšší věk jedince, tím častěji se jako vzor fyzické krásy objevují členové rodiny než postavy ze sdělovacích prostředků. Je tedy zřejmé, že vzory prezentované v médiích jsou důležitější pro muže a ženy v mladším věku. Čtyřicetileté ženy uvádějí jako svůj vzor sami sebe v mladém věku, či někoho z rodiny. (Grogan, 2000; Krauss Whitbourne & Skultety, 2004).

Ženy jsou posuzovány přísněji než muži, pokud jde o začínající projevy stárnutí. Projevy stárnutí u mužů jsou spíše chápány jako přirozené a u žen spíše jako negativní stopy, které navíc upozorďují jejich jiné charakteristiky – schopnosti a zkušenosti. (Krauss Whitbourne & Skultety, 2004; Fialová, 2001).

### 2.6.2. Významní druzí (partner, rodina, vrstevníci)

Zejména pro ženy je typické či časté, že uvádějí touhu po úpravě zevnějšku či redukci hmotnosti kvůli svému partnerovi. Při bližší analýze lze ovšem pozorovat, že sociální okolí a partneři hrají významnou roli v tom, jak jsou spokojeni se svým tělem. Ženy uvádějí, že chtějí zhubnout či pracovat na svém vzhledu, aby si našli partnera či si udrželi stávajícího. To často sledujeme zejména u žen, jejichž partner je štíhlý a tyto ženy se vedle něj chtějí cítit dobře. U mužů je vliv partnerky méně významný. (Grogan, 2000).

Rodinné zázemí samozřejmě hraje důležitou roli při utváření osobnosti jedince a má tedy nezapomenutelný významný vliv na vývoj sebepojetí, a tedy i BI. Zdravější, pozitivnější BI mají ti jedinci, kteří vyrůstají v rodinném prostředí poskytující pocit jistoty a bezpečí, naopak negativnější BI mají ti jedinci, kteří jsou vystaveni vyšší kritice ze strany rodičů a sourozenců, jejich výchova je perfekcionistická apod. V tomto ohledu lze sledovat korelaci s negativním BI a psychickou deprivací v dětství. (Wilhelm, 2006; Curtis & Loomans, 2014; Rašticová, 2009).

Pokud je rodina zaměřená na vzhled a v rodinné komunikaci je vzhled častým tématem, je pravděpodobnější rozvoj negativního BI u dětí. Na rozvoj negativního BI má samozřejmě vliv BI rodičů. Pokud mají rodiče negativní mínění o svém vzhledu, je pravděpodobné, že toto nastavení přijmou i děti. (Wilhelm, 2006; Healey, 2014).

Vliv vrstevníků je patrný zejména v adolescenci. V tomto období je typické srovnávání s vrstevníky a do popředí se dostává potřeba souladu se sociální skupinou. Vzhled a tělo je častým tématem rozhovorů v tomto věku a často jsou tyto hovory laděny sebekriticky a objevuje se negativní hodnocení vlastního vzhledu. Objevuje se žárlivost, dobírání a různé narážky na ostatní vrstevníky. (Curtis & Loomans, 2014; Vágnerová, 2005).

### 2.6.3. Sociokulturní faktory

*„Vnímání těla je podmíněno i historicko-geograficky. Biologická podstata člověka z velké části ovlivňuje definování tělesného ideálu.“* (Fialová, 2001, s. 59) Při pohledu do historie je zřejmé, že snaha přiblížit se svým zevnějškem kulturně přijímanému ideálu krásy, byla přítomna ve všech kulturách. S výjimkou starověkého Řecka byla tato snaha vždy převážně typická pro ženskou populaci. (Fialová & Krch, 2012).

Ve starověkém Řecku se objevují mužské akty v životní velikosti. Sochaři v této kultuře měli zájem o realistické vyobrazení a realistickou anatomii svých děl. Muži v této kultuře byli často zobrazováni nahí, zatímco ženy byly oděné. Mužské tělo bylo uctíváno a bylo považováno za krásnější než ženské tělo. Mužský ideál ve starověkém Řecku měl široká ramena a úzké boky. (Grogan, 2000; Fialová & Krch, 2012; Singh & Singh, 2006).

Kulturní odlišnosti v preferenci a požadavcích kladených na tělesný vzhled jsou bohaté. Západní společnost preferuje štíhlou postavu, a to jak mužskou, tak ženskou. V chudších a rozvojových zemích ale hubená postava symbolizuje podvýživu, chudobu a přítomnost infekčního onemocnění. Tloušťka, či nadváha je v těchto kulturách a společnostech symbolem zdraví a životní pohody. Při bližším zkoumání tohoto aspektu zjistíme, že v mnoha společnostech se obezita vyskytuje pouze u vyšších společenských vrstev. (Fialová, 2001) Pokud dojde ke změně

kulturního prostředí, kde se jedinec dlouhodobě zdržuje, jeho preference a vnímání vlastního těla se mění. Tato změna je ovšem podmíněna identifikací jedince se skupinou. Některé výzkumy naopak ukázali, že příslušníci určité subkultury či komunity, žijící v západní společnosti, vykazují oproti původním obyvatelům vyšší tělesnou spokojenost. (Grogan, 2000).

*„Přestože u různých kultur najdeme odlišné požadavky na jednotlivé části těla, jejich velikost a tvar, existují jisté shody v náhledu na krásu, které převládají ve většině společností. Jedná se například o některé tělesné znaky mladých žen, u kterých se preferují pevná prsa a boky, dále pak celková zakulacenost oproti hranatosti, mírná korpulence oproti vyzáblosti, neporušená a hladká kůže oproti svěšené kůži a celková symetrie.“* (Fialová, 2001, s. 61).

Upřednostňování štíhlého ženského těla se objevuje již na začátku 20. století. V meziválečném období mizí preference zaoblené ženské postavy a narůstá využívání dekorativní kosmetiky. 50. léta jsou v tomto ohledu charakteristická preferencí tvaru postavy „přesýpacích hodin“. Oproti tomu v 60. letech média a společnost začínají preferovat až nezdravě štíhlou postavu. Je to období, kdy média prezentují jako ideál ženské postavy velmi štíhlé modelky. V odborné literatuře se uvádí, že tato doba je charakteristická vysokým nárůstem PPP u ženské populace. (Grogan, 2000; Crook, 1995).

V současné době je stále kladen důraz na štíhlost, nikoli však na nezdravou až anorektickou postavu, na kterou spíše společnost reaguje negativně. Zejména v 80. letech se začal propagovat ideál ženského těla s vyvinutou svalovinou. „Ženský ideál“ je tedy stále štíhlá žena, ale zároveň svalnatější než dříve. To také vedlo k nárůstu sportování u žen. V 80. letech také začal vzrůstat zájem o mužské tělo. (Furnham & Greaves, 1994; Grogan, 2000; Crook, 1995).

Od poloviny 19. století až do doby 80. let 20. století bylo v umění mužské tělo idealizováno jen výjimečně, výjimku tvořili fotografie a umění určené pro homosexuální subkulturu. V 80. letech se mužské tělo objevuje v reklamách, a to i v reklamách cílených na ženské publikum. Obraz mužského těla, jak byl prezentovaný v homosexuální subkultuře se stal součástí hlavního proudu, tím se stírají hranice mezi mužskou a ženskou sexuální identitou. (Grogan, 2000).

#### 2.6.4. Vliv médií a produktů marketingu

Obecně je přijímáno pravidlo, že pokud mluvíme o tlaku na dosažení určitého typu postavy, tlak na ženy je silnější než tlak na muže. Například popis ženského těla v médiích bývá konkrétnější než toho mužského. Muži a ženy jsou v médiích zobrazovány rozdílným způsobem. Zatímco ženy jsou zobrazovány jako nezdravě a abnormálně štíhlé, muži jsou zobrazováni s fyzickou hmotností v pásmu normy. (Healey, 2014; Grogan, 2000; Crook, 1995).



Mužské tělo se v médiích a sdělovacích prostředcích více objevovat v 80. a 90. letech 20. století, zejména v USA. Vzestupnou tendenci mělo zobrazování mužů s vyvinutou muskulaturou v reklamách. (Grogan, 2000). Marc Mishkind (1986) analyzoval tištěné sdělovací prostředky v USA a došel k závěru, že zájem mužů o vlastní vzhled a péči o tělo stoupá. Také uvádí, že způsob prezentace mužského těla (mladé, štíhlé a svalnaté) mění postoje společnosti vůči mužskému tělu. Tlak na muže a jejich vzhled se tedy za poslední desítky let značně zvýšil. (Mishkind, Rodin, Silberstein & Striegel-Moore, 2016).

Koudelka uvádí, že v reklamách se v nejvyšší míře objevují postavy s normální hmotností, postavy s podprůměrnou hmotností se objevují jen v jedné pětině případů. Uvádí, že v reklamách se nejčastěji objevují postavy s normálními proporcemi a „normálními“ rysy obličeje. Fakt, že jsou ženy v reklamách většinou zobrazovány jako krásné, půvabné a je kladen důraz na jejich fyzický vzhled autor interpretuje jako „galantnost k něžnému pohlaví“. (Koudelka, 2012).

## 2.7. Gender a Body image

Touha přiblížit se kulturnímu ideálu se týká mužů i žen. Obě pohlaví mění své chování za cílem zlepšení svého zevnějšku. Muži a ženy se ovšem odlišují ve způsobu, jakým se chtějí přiblížit kulturnímu ideálu. Ženy častěji drží diety, líčí se a zdobí svůj zevnějšek. Muži častěji sportují a snaží se stravovat podle zásad zdravé výživy. (Crook, 1995; Grogan, 2000; Furnham & Greaves, 1994; Charles & Kerr, 2011).

Jedním ze znaků ženského i mužského ideálu je poměr pasu a boků (WHR). U žen se považuje za ideální poměr pasu a boků 0,7, u mužů je to hodnota 0,9. Je zajímavé, že tento ukazatel atraktivity je konstantní napříč kulturami a historií. (Singh & Singh, 2006; Grogan, 2000; Barrett, Dunbar & Lycett, 2007).

### Ženy a Body image

*„Ženy obecně objektivizují vlastní tělo, bez jakýchkoli problémů popisují, co je na jejich těle „v nepořádku“, ale nedokáží na něm najít nějakou uspokojivou část.“* (Grogan, 2000, s. 36). Většina žen zažívá nespokojenost zejména s celkovou váhou, břichem, boky a stehny. (Dixon, Esslinger, Yen & Grimes, 2015). Tělesná nespokojenost se u žen může projevat například nechtí k nákupu oblečení a specifickým výběrem oděvů (méně výrazné, volnější oblečení apod.). (Crook, 1995).

V roce 1985 autoři April Fallon a Paul Rozin ve svém výzkumu využili „Test siluety“<sup>11</sup>. Jedná se o první publikovanou studii, který tento test využil. Výzkumný soubor zahrnoval muže i ženy. Respondenti měli za úkol označit svou skutečnou siluetu, ideální siluetu a siluetu, kterou by většina mužů (či žen) považovala za atraktivní. Ženy ve studii označovali jako ideální siluetu, siluetu štíhlejší než skutečnou siluetu. Za svou skutečnou siluetu také volili silnější siluetu než tu, kterou hodnotili jako siluetu, kterou by většina mužů považovala za atraktivní. U mužů nebyla zjištěna výrazná diskrepance mezi skutečnou, ideální a ženami nejpozitivněji hodnocenou siluetou<sup>12</sup>. (Fialová, 2001; Fallon & Rozin, 1985).

Sue Lamb a kol. (1993) stejnou škálu využila u skupiny studentek (průměrný věk 20) a zároveň u skupiny starších žen (průměrný věk 47). Ukázalo se, že starší ženy svou reálnou postavu hodnotili jako silnější, než skupina mladších žen. Ovšem skupina starších žen skutečně měla objektivně silnější postavu. Obě skupiny žen uvedli jako ideální postavu výrazně štíhlejší siluetu, než byla jejich reálná. Obě skupiny žen také jako postavu, kterou by považovali muži za ideální, uvedli výrazně štíhlou siluetu. Tato studie jasně ukázala, že tělesná nespokojenost není doménou mladých žen. Skupina žen, která byla ve věku od 40 do 60 let neměla v žádném případě obezitu, přesto zde bylo jasné přání být štíhlejší. Podle těchto výsledků lze tedy konstatovat, že touha po štíhlosti není u ženské populace podmíněna věkem. (Lamb, Jackson, Cassiday & Priest, 1993).

Z výzkumů vyplývá, že ženy jsou nespokojené zejména s dolní a střední částí svého těla. Tyto závěry potvrzují jak studie využívající Test siluety, tak dotazníkové studie, tak studie využívající semistrukturované rozhovory. (Dixon, Esslinger, Yen & Grimes, 2015; Davis, 1995; Charles & Kerr, 2011).

Homosexuální ženy jsou spokojenější se svým tělem a také se mezi nimi méně často objevují PPP. Patrně tedy na sebe nekladou takové nároky, které jsou považovány za konvenční a těmto charakteristikám přikládají menší důraz. Ženy u svých sexuálních partnerek přikládají fyzické atraktivitě menší důraz než heterosexuální muži. Zároveň byly homosexuální ženy více spokojeny se svým tělem než heterosexuální ženy. Homosexuální ženy také uvádějí, že dokud neodhalily svou homosexualitu, byly se svým tělem mnohem méně spokojeny a projevovalo se to i v jejich chování. (Siever, 1994).

---

11 The Figure Rating Scale (Stunckard et al., 1983, In Fialová, 2001).

12 Grogan (2000) uvádí, že tento závěr mohl být zapříčiněn způsobem vyhodnocování dat. Autoři pracovali se středními hodnotami. Jak ovšem ukázaly pozdější výzkumy, muži netouží jednostranně po štíhlejší postavě, ale ve srovnatelné míře si přejí váhu (svaly) také nabrat. Metoda vyhodnocení dat tak mohla zastřít tento fakt – pokud muži volili jako ideální siluetu částečně štíhlejší a částečně silnější siluetu než siluetu skutečnou, aritmetický průměr to neodhalil.

Muži preferují u žen spíše velká ňadra a ženy zároveň uvádějí svou velikost ňader jako menší než jimi preferovaný ideál. Obě pohlaví spojují s velkými ňadry a hrudníkem pozitivní osobnostní vlastnosti, jako sebedůvěra, oblíbenost a úspěšnost. (Thompson & Tantleff, 1992).

## Muži a Body image

Tělesná spokojenost u mužské populace se skládá ze tří složek – fyzická přitažlivost a atraktivita, dále stavba horní části těla (ramena, hrudník a paže), a jako poslední se jedná o fyzickou zdatnost (tělesná hmotnost, kondice, energie) (Grogan, 2000; Franzoi & Shields, 1984). Podle autorů muži považují za nejvíce problematické hrudník, paže a ramena, což odpovídá dalším výzkumům i současné představě ideální mužské postavy. (Franzoi & Shields, 1984).

Muži preferují svalnatou a středně velkou postavu. Typické je upřednostňování vyvinutých prsních svalů, svalů na ramenou a pažích a poměru pasu a boků 0,9. Jako ideální mužskou postavu tedy můžeme považovat postavu štíhlou a mírně svalnatou. (Grogan, 2000; Mishkind, Rodin, Silberstein & Striegel-Moore, 2016; Fialová, 2001).

Zájem o tělesnou spokojenost mužů byl započat společně se zvýšeným výskytem mužského těla v médiích v 80. letech. Mužské tělo se začalo objevovat v reklamách a časopisech, což vyvolalo zájem o sledování vlivu na tělesnou spokojenost mužské populace. (Grogan, 2000).

Muži popisují ideálního muže jako vysokého, se širokými rameny, trupem ve tvaru „V“, pevnými svaly. Tyto charakteristiky dávají do souvislosti se zdravím a dobrou fyzickou, ale také se sebedůvěrou, sebekontrolou, sebedůvěrou. Muži se také spíše snaží o zapadnutí do svého sociálního okolí, to znamená – nechtějí vybočovat, pokud jde o jejich vzhled a postavu. Pro muže je také charakteristické, že jejich nespokojenost nevede příliš často ke změně chování či změně životního stylu. (Grogan, 2000; Mishkind, Rodin, Silberstein & Striegel-Moore, 2016).

Marc Mishkind a kol. (1986) zjistili, že 95 % z dotázaných amerických univerzitních studentů uvedlo nespokojenost s některou částí své postavy. Ve studiích zaměřených na mužskou nespokojenost se opakovaně prokazuje, že muži jsou nejčastěji nespokojeni se svou výškou, pevností svalů a horní částí těla (hrud', ramena, paže). Objevují se také obavy z váhy, projevů stárnutí a plešatění. Muži by si přáli mít lepší svalový tonus a celkově dobře vyvinuté svaly. (Mishkind, Rodin, Silberstein & Striegel-Moore, 2016).

Homosexuální muži vykazují signifikantně vyšší tělesnou nespokojenost než heterosexuální muži. V populaci homosexuálních mužů se také častěji vyskytují PPP. Na tuto skupinu mužů jsou tedy patrně kladeny vysoké nároky na vzhled. Muži patrně přikládají fyzické atraktivitě

větší důraz, a to jak homosexuální, tak heterosexuální. (Grogan, 2000; Mishkind, Rodin, Silberstein & Striegel-Moore, 2016).

### 3. TĚLESNÁ NESPOKOJENOST

„Zdrojem nespokojenosti s obrazem těla je diskrepance mezi vnímaným a ideálním obrazem těla.“ (Grogan, 2000, s. 30). Neschopnost jedince přiblížit se kulturně preferovanému ideálu vede ke sníženému sebevědomí, sebeobviňování a sebekritice. Tato spojitost je silnější u žen než u mužů, pravděpodobně díky tomu, že společenský tlak je na ženy stále silnější než na muže. (Grogan, 2000; Charles & Kerr, 2011). Tělesná nespokojenost vede k celkovému zhoršení kvality života a životní spokojenosti. Kladení vysokých nároků na vzhled a atraktivitu je typické pro dnešní západní společnost. (Koudelka, 2012; Fialová & Krch, 2012).

Tělesná nespokojenost není příliš podmíněna věkem. Působí na děti, dospívající, dospělé i seniory. (Healey, 2014). Objevuje se běžně u neklinické populace. Většina lidí, kteří jsou nespokojeni se svým tělem, netrpí PPP ani obezitou ani jinou vážnou diagnózou. (Crook, 1995). Při pojednávání o tělesné nespokojenosti je třeba si uvědomit, že tělesná nespokojenost neznamená narušené vnímání vlastního těla. (Gardner & Brown, 2010).

Proces vzniku nespokojenosti a stvoření zkreslené představě o vlastním těle má dvě fáze. V 1. fázi se ženy identifikují s modelkami či dalšími ženami mediálně prezentovanými jako „ideál krásy“. Sami sebe si představují v ideálním těle. V 2. fázi přijde uvědomění si rozdílů mezi objektivním a subjektivním obrazem těla a s tím přichází zklamání, sebekritika a tělesná nespokojenost.<sup>13</sup> (Grogan, 2000).

#### 3.1. Důsledky tělesné nespokojenosti

BI a tělesná nespokojenost podmiňují výběr životního stylu. Je-li přítomna tělesná nespokojenost, pozornost jedince se více obrací směrem k tělu a zvýšená kontrola svého těla. Objevuje se častější prohlížení v zrcadle, vážení, líčení, volbě potravin apod. (Healey, 2014; Krch, 2004).

##### 3.1.1. Změna stravovacích návyků a dietní chování

Stravovací návyky jsou důležité k udržení zdraví a k prevenci onemocnění. Dieta má být podle Kunešové vyvážená a v souladu s energetickým výdejem. Složení stravy a potažmo diety by mělo být podmíněno věkem, pohlavím, chuťovými preferencemi a individuálními zvyklostmi. (Kunešová, 2008). „*Jídlo může být jednou z velmi pozitivně působících a potěšujících stránek života, ale na druhé straně může vést ke vzniku onemocnění a invalidity a může být jednou z příčin předčasného úmrtí.*“ (Kunešová, 2008, s. 183).

13 Tento mechanismus lze pravděpodobně aplikovat i na vznik tělesné nespokojenosti u mužů.

*„Jednou z nejmocnějších společenských sil podporujících idealizaci štíhlosti v západní společnosti je dietní průmysl.“* (Grogan, 2000, s. 43). „Držet dietu“ obvykle znamená snížení příjmu kalorií a cílem je snížit tělesnou hmotnost. Existuje však nepřeberné množství různých diet, lze tedy říct, že pod pojmem „držet dietu“ si lze představit velmi různorodé stravovací principy. Část veřejnosti, která má s dietami zkušenost, skutečně nadváhu má. Ovšem dietu drží (či s dietou má zkušenosti) mnohem více lidí než ti, kteří mají dietu doporučenou ze zdravotních důvodů. (Grogan, 2000).

Držení diety vede k dlouhodobému váhovému úbytku přibližně u 5 % neobézní populace, která se snažila touto cestou zhubnout (Brownell & Rodin, 1994). Naprostá většina tedy nezaznamená úspěch a nedosáhne očekávaného cíle. Většina žen, které mají s dietou zkušenost uvádí tento neúspěch a následné pocity viny a slabé vůle. (Charles & Kerr, 2011; Grogan, 2000).

Dietní chování je přítomné minimálně v polovině případů snah o redukci váhy. Krátkodobé diety a diety, které jsou módní, populární a předkládané prostřednictvím médií, jsou nejčastější. Držení diety tělo vnímá jako období hladovění, zpomaluje se metabolismus a po skončení dietního období tedy začne vytvářet rezervy pro další období hladovění. (Kunešová, 2008). *„Lidé tak získají zpět váhu, kterou shodili, a ještě něco navíc, protože jejich tělo nyní dokáže účinněji skladovat kalorie. Člověk začne držet novou dietu, shodí nabranou váhu a celý cyklus začíná znovu.“* (Grogan, 2000, s. 44).

U žen se někdy vyskytují krátkodobé změny chování ve vztahu k jídlu. Má-li jít žena například večer do společnosti, přes den snižuje příjem potravy, aby vypadala štíhlejší a měla plošší břicho. Tuto krátkodobou změnu chování ovšem nelze považovat za dietu. (Charles & Kerr, 2011).

U mužů se dietní chování vyskytuje méně často. Zkušenost s dietou má pouze 25 % mužů. Pokud muži upravují své stravovací návyky, častěji se u nich jedná spíše o dodržování zásad zdravé výživy než o dietní chování v pravém slova smyslu. Diety častěji drží muži, kteří se zvláště zabývají zdravím. Kulturní mužský ideál představuje vyvinutá muskulatura a u diet nelze předpokládat, že by přinášely navýšení svalové hmoty. Nejspíš proto je také zájem o diety ze strany mužů nízký (Grogan, 2000).

### 3.1.2. Změna pohybových návyků

Fyzická aktivita je významným prostředkem k prevenci rozvoje obezity a zároveň jedním z nástrojů její léčby. Osoby, které jsou častěji fyzicky aktivní, jsou vystaveni riziku obezity méně a také mají nižší obvod pasu a boků. Obézní osoby vykonávají méně fyzické aktivity. (Štich, 2011).

Sportování samo o sobě zvyšuje tělesnou spokojenost. Jedinci, kteří jsou zvyklí pravidelně sportovat uvádějí vyšší spokojenost se svým tělem a vyšší sebevědomí. Důvodem může být to, že při cvičení se pozornost zaměřuje na vlastní tělo, a zvyšuje se vnímavost vůči tělu a jeho potřebám. Prostřednictvím pohybových návyků a jejich zlepšování získáváme vyšší kontrolu nad svým tělem. (Guszkowska, 2015; Stackeová, 2007).

Nabrání svalové hmoty vyžaduje čas. Mnozí muži mohou být frustrováni výsledky cvičení, může jim připadat příliš pomalé, neodpovídající jejich výkonu. Častou motivací pro užívání anabolických steroidů je tedy zrychlení účinku cvičení. Anabolické steroidy mají funkci katalyzátoru. Rychlý nárůst svalové hmoty přináší zvýšení sebevědomí, ovšem také negativní reakce okolí, protože nadměrně rozvinutá svalová hmota působí nepřírozně. Tito muži se tedy nezdědí se setkávají s negativními reakcemi a sami uvádí, že se často ve společnosti a na ulici snaží svou postavu zakrývat oblečením. (Grogan, 2000; Clark, 2014).

### 3.1.3. Estetická chirurgie

Zájem o plastickou chirurgii vzrostl v 90. letech, a to jak u žen, tak u mužů. (Grogan, 2000). Kathy Davis došla k závěrům, že ženy, které se rozhodly podstoupit takový zákrok, nelze považovat za jakousi oběť ideálu krásy. Ženy, které podstoupily estetický chirurgický zákrok své tělo před operací popisovaly velmi negativně a operaci předcházela mnohaletá trápení. Cílem žen podstupujících tento typ zákroku je vypadat „normálně“. Operace je pro ženy způsobem, jak získat kontrolu nad svým vzhledem a pro zákrok se rozhodly samy bez přítomnosti tlaku partnera či jiných osob. (Davis, 1995). Lze tedy říct, že estetickou chirurgii můžeme vnímat jako způsob, jak získat vlastní identitu prostřednictvím vzhledu těla. (Grogan, 2000).

Častou (ale ne jedinou) motivací k chirurgickému zákroku jsou tzv. „*psychologicko-estetické důvody*“. Pacient se často obává ztráty sexuální přitažlivosti, nízké atraktivity, ale také přicházejících projevů stárnutí. Tyto obavy mají přímou souvislost s mediálním obrazem ideálního těla. Muži a ženy žádají o zákrok z odlišných důvodů. Ženy zákrok spíše podstupují, protože chtějí změnit sami sebe. Muži se tímto snaží změnit pohled okolí na svou osobu. (Janáčková, 2014). „*Cesta z bludného kruhu psychosociálního prožívání pocitu nedostatečnosti je ve změně osobního náhledu na sebe sama, v jehož důsledku může dojít také ke změně chování. pomocí může psychoterapie i úspěšný zákrok plastického či estetického chirurga. v této souvislosti je důležité si uvědomit, že jedinečnost každého z nás také vyžaduje osobitou a individuální terapeutickou konzultaci*“ (Janáčková, 2014, s. 76).

### 3.1.4. Rizikové chování a psychopatologie

Díky vysokým nárokům na ideální postavu může tělesné sebepojetí a prožívání vlastního těla působit i destruktivně. Z historických poznatků je patrné, že zdraví škodlivé praktiky, které měly vést k úpravě svého zevnějšku, byly v lidské historii přítomné vždy. (Fialová, 2001; Pruzinsky & Cash, 2004).

Nezávažnějším důsledkem tělesné nespokojenosti jsou poruchy příjmu potravy. Tělesná nespokojenost je nejvýznamnějším prediktorem pro rozvoj PPP, což platí pro muže i pro ženy. Obecně platí, že čím vyšší je tělesná nespokojenost, tím je přítomno více symptomů PPP (tito jedinci například více skórují v dotaznících zaměřených na diagnostiku PPP). (Krch, 2004; McCabe & Ricciardelli, 2004).

Zajímavé jsou mezipohlavní rozdíly ve vzorcích chování pacientů s PPP. Zatímco ženy častěji užívají farmaka (diuretika a laxativa) a častěji se u nich objevuje vyprovokované zvracení, muži naopak užívají farmaka méně často a méně často zvrací. Naopak častěji vykazují vysokou nepřiměřenou fyzickou aktivitu a jejich chování je tedy spíše aktivní.<sup>14</sup> (Crisp, 2006; Striegel-Moore et al., 1986; Oyeboode et al., 2006).

Jak bylo popsáno v předchozích kapitolách, ženy se téměř výhradně snaží o zhubnutí, zatímco u mužů jsou přítomny dva trendy – část chce zhubnout (tuk) a část chce přibrat (svaly). Extrémními projevy snahy o zhubnutí jsou PPP. Extrémním projevem o snahu nabrat svalovou hmotu je svalová dysmorfie. (Clark, 2014; Fialová & Krch, 2012; Smolík, 1997; Mishkind, Rodin, Silberstein & Striegel-Moore, 2016).

#### Mentální anorexie (F.50.0)

MA je charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, a to prostřednictvím zdraví škodlivých prostředků. Tito pacienti nejí, protože nechtějí jíst. Odpor či averze k jídlu je projevem narušeného vnímání vlastního těla. **Diagnostická kritéria podle MKN10 lze shrnout takto:** tělesná hmotnost pacienta se pohybuje minimálně 15 % pod očekávanou hodnotou vzhledem k věku a výšce, nebo má BMI hodnotu 17,5 a nižší. Pacient vyvolává snižování hmotnosti aktivně, záměrně. Váhový úbytek není sekundárním projevem jiné diagnózy<sup>15</sup>. Pacient využívá ke snižování hmotnosti například zvracení a užívání farmak (laxativa, diu-

14 Toto zjištění je ve shodě nepatologických následků tělesné nespokojenosti u neklinické populace popsané v předchozích kapitolách.

15 Setkala jsem se například s pacientkou, která se vyhýbala jídlu následkem psychotického onemocnění, konkrétně paranoidní schizofrenie. Diagnostikovat MA by tedy v tomto případě bylo chybné.



retika, anorektika) či nadměrně cvičí. Pacient má obavy z tloušťky a má zkreslenou představu o vlastním těle, která je navíc neodbytná a vtíravá. Sekundárním projevem MA je rozsáhlá endokrinní porucha, která u žen vede k amenoree a u mužů ke ztrátě libida. (Krch, 2004; Smolík, 1997; Novák, 2010).

## Mentální bulimie (F.50.2)

MB je charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. **Diagnostická kritéria podle MKN 10** lze shrnout takto: u pacienta jsou přítomny opakované epizody přejídání, při kterých je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla. Pacient se neustále zajímá o jídlo a má neodolatelnou touhu po jídle. „Výkrmný“ účinek jídla se pacient snaží potlačit zvracením nebo užíváním farmak (laxativa, anorektika, diuretika) anebo drží nárazové hladovky. Pacient má neodbytnou obavu z tloušťky a zažívá subjektivní pocit tloušťky. (Smolík, 1997; Krch, 2004; Novák, 2010).

## Další typy poruch příjmu potravy

MKN 10 nabízí další kategorie PPP. Patří mezi ně **Atypické a nespecifické typy PPP** (Atypická MA: F50.1 a Atypická MB: F50.3). Tento typ PPP je diagnostikován v případech, kdy chybí alespoň jedno ze základních diagnostických kritérií popsaných výše. Dále sem patří **Jiné poruchy jídla (F 50.8)**, což je kategorie PPP určená pro požívání látek, které nejsou k jídlu (pica neorganického původu u dospělých) nebo pro další nespecifické poruchy příjmu potravy. (Smolík, 1997; Krch, 2004).

## Svalová dysmorfie

Svalová dysmorfie je charakterizovaná především záměrným a nezdravým nabíráním svalové hmoty a je typická spíše pro muže. Pacienti mají narušené vnímání vlastního těla – připadají si malí a hubení, přitom jde často o jedince, kteří závodí například v kulturistice. Svalová dysmorfie nese znaky poruch příjmu potravy, obsedantně kompulzivní poruchy a tělesné dysmorfické poruchy. (Nieuwoudt et al., 2012; Pope & Katz, 1994). **Diagnostická kritéria svalové dysmorfie podle DSM-V lze shrnout takto:** pacient je přesvědčen, že jeho tělo není dost štíhlé a svalnaté. Tělesná nespokojenost se projevuje upřednostňováním sportovních aktivit před důležitými sociálními a rodinnými událostmi. Pacient se vyhýbá situacím, kdy může někdo jiný vidět jeho tělo. Důsledkem poruchy je zhoršení celkové kvality života. Jedinec si je vědom, že jeho počínání je zdraví škodlivé, přesto však v činnostech ohrožujících jeho zdraví pokračuje. (Pope et al., 1997; Clark, 2014).

## 3.2. Tělesná nespokojenost a sexualita

Sexuální přitažlivost je podmíněna několika faktory a fyzický vzhled, tvar těla a tělesné proporce jsou bezpochyby jedním z nich. V odborné literatuře se vede spor o původ požadavků na atraktivitu. Autoři preferující sociální determinaci atraktivity zastávají názor, že se jedná převážně o naučenou preferenci a argumentují historicko-kulturními odlišnostmi vyobrazování lidské postavy. Například v umění. Atraktivitu považují za relativní. Autoři preferující evolučně biologickou determinaci atraktivity oproti tomu zastávají názor, že to, co považujeme za atraktivní, je vrozené a že preferujeme ty sexuální partnery, kteří jsou zejména schopní reprodukce. Fyzické znaky ženské i mužské postavy považují za biologické ukazatele reprodukční schopnosti. Důležitou fyzickou charakteristikou je symetrie postavy a částí těla. Tělesná symetrie predikuje počet sexuálních partnerů u mužů i žen. Symetrie je pokládána za důkaz zdraví a fyzické kondice. (Grogan, 2000; Singh & Singh, 2006; Barrett, Dunbar & Lycett, 2007).

*„Jedním z problémů s evolučními důkazy je to, že vesměs jde o post hoc připravená vysvětlení existujících společenských vlivů, založená na paralelách s údaji získanými u zvířat. Třebaže mohou být validní, nepostačují k tomu, abychom odmítli alternativní, kulturní interpretace.“* (Grogan, 2000, s. 138).

Důvodem, proč si ženy přejí být štíhlejší, je zejména sexuální přitažlivost. (Charles & Kerr, 2011). Je zřejmé, že sexuální přitažlivost, BI a tělesná nespokojenost spolu úzce souvisí. Toto pociťují zejména ženy po porodu, které mohou vnímat tlak ze strany partnera, aby získali zpět svou tělesnou hmotnost (Grogan, 2000). Sexuální vztah trpí tím, že jsou ženy nespokojené se svým tělem. Ženy uvádějí, že pokud se cítí dobře a jsou spokojené se svým zevnějškem, přejí si být sexuálně aktivnější. Ženy také neuvádějí, že by na ně jejich sexuální partneři vyvíjeli tlak pro změnu jejich tělesné hmotnosti. (Charles & Kerr, 2011).

Negativní BI vede u mužů i žen k nižšímu počtu sexuálních partnerů a k chudším sexuálním zkušenostem. Zejména ženy, které jsou nespokojeny se svým tělem, se při sexu nedokáží uvolnit a mají tendenci být stále „pod kontrolou“. Chtějí mít pohlavní styk oblečené, po tmě apod. Tělesná spokojenost tedy souvisí se sexuální spokojeností a přímo ovlivňuje kvalitu partnerského vztahu. (Wilhelm, 2006; Crook, 1995).

## 4. VYBRANÉ MOŽNOSTI MĚŘENÍ BODY IMAGE A TĚLESNÝCH PARAMETRŮ

Možností měření BI a vztahu k vlastnímu tělu je celá řada. Metody lze strukturovat z několika hledisek. Jednak lze metody rozčlenit na ty, které jsou určeny pro klinickou praxi a na ty, které jsou určeny pro neklinickou populaci. (Fialová, 2001).

Dále lze na metody nahlížet z hlediska jejich použití. Jednak jsou to objektivní metody měření tělesných parametrů, jako například Body Mass Index nebo měření poměru pasu a boků. Dále je nutné zmínit dotazníkové metody, ale také testy siluety a techniky odhadování velikosti částí těla nebo celého těla<sup>16</sup>. Rozvoj těchto metod lze zařadit do období 70. a 80. let. (Fialová, 2001; Grogan, 2000; Kunešová, 2011).

### 4.1. Objektivní metody

Tyto metody jsou často využívány v medicíně a poskytují objektivní údaje o tělesných parametrech, složení těla apod. Nejčastěji užívanou metodou je Body Mass Index, nicméně BMI nelze považovat za ideální a dostačující metodu. Dalšími metodami jsou například měření poměru pasu a boků, měření kožních řas a měření tělesného tuku. (Fialová, 2001; Kunešová, 2011).

#### Body Mass Index

BMI se počítá podle následujícího vzorce:  $BMI = \text{hmotnost (kg)} / \text{výška (m)}^2$ . Jedinec by se měl vážit ve spodním prádle a ráno po probuzení, nalačno. Výška by se měla zjišťovat pomocí výškoměru, jedinec nesmí mít na nohách obuv a ideální dobou pro měření výšky je také ráno. To, že BMI bere v úvahu při výpočtu výšky, je jeho výhodou. (Kunešová, 2011).

Normy BMI pro euroamerickou populaci<sup>17</sup> jsou následující:

- podváha: BMI je nižší než 18,5<sup>18</sup>
- normální váha: BMI se pohybuje od 18,5 do 24,9.
- nadváha: BMI se pohybuje od 25,0 do 29,9.
- obezita: BMI je 30 a vyšší<sup>19</sup>. (Kunešová, 2011)

<sup>16</sup> Tyto metody zde nebudu dále zmiňovat.

<sup>17</sup> Pro asijskou populaci jsou normy odlišné. [ CITATION OASEWqVwB7WAqhK R ].

<sup>18</sup> BMI, které se rovná 17,5 a nižší je jedním z diagnostických kritérií MA. [ CITATION mQ5HqQyEgLBu5q-Su ].

<sup>19</sup> Diagnosticky se dále hodnoty člení podle obezity 1., 2., a 3. stupně. [ CITATION OASEWqVwB7WAqhK R ].

BMI lze považovat za dostačující metodu z hlediska epidemiologických studií. Při individuální diagnostice je ovšem tento údaj nedostatečný. Jedinci s vyvinutou svalovou se běžně podle hodnot BMI pohybují v pásmu nadváhy. Výjimečně se mohou kulturisté a další sportovci, například hráči amerického fotbalu, pohybovat podle BMI až v pásmu obezity. To ovšem pro tyto jedince samozřejmě není platný závěr. Proto je potřeba mít při používání BMI na paměti, že se nejedná o dostačující metodu a hrozí zde falešně pozitivní diagnóza obezity u osob s vyvinutou svalovou hmotou a také falešně negativní diagnóza obezity u lidí, kteří mají nadměrně vyvinutou tukovou tkáň. (Kunešová, 2011; Clark, 2014).

## Další objektivní metody

Jinou metodou měření těla je zjišťování poměru pasu a boků, což je tzv. antropometrická metoda. Je to ukazatel, který nejlépe koreluje s obsahem tukové tkáně v břišní oblasti. Jinou metodou jsou metody měření složení těla, kdy se stanoví obsah tukové tkáně. Další metodou je tzv. měření kožních řas. Objektivních metod měření je celá řada a běžně se používají v medicíně, zejména při diagnostice obezity. (Kunešová, 2011; Fialová, 2001).

## 4.2. Dotazníkové metody

Většina dotazníkových metod, které se zaměřují na tělesnou nespokojenost, byla původně určena pro pacientky s PPP. Dotazníky většinou využívají Likertovu škálu. Dotazníky by tedy měly ukazovat kvalitativní spokojenost s tělem. Některé dotazníkové metody jsou zaměřeny pouze na ženy, což může být problém při vyhledávání vhodné metody, pokud chceme například porovnávat muže a ženy nebo pokud jsou našimi respondenti pouze muži. (Fialová, 2001; Probst, 2004).

První dotazník, který se zaměřoval na tělesné sebepojetí se jmenuje **Body Cathexis Scale**, a vznikl v roce 1953. Jedná se o jednu z nejstarších metod, která se zároveň často užívá i v současnosti. Škála Body Cathexis Scale byla v průběhu let modifikována. Z dotazníku byly vyřaty položky zaměřené na fyzickou výšku, kotníky, lýtka a délku šije a zároveň byly zařazeny jiné položky. (Secord & Jourard, 1953).

Dalším dotazníkem je dotazník **Body shape questionnaire** a je určen pro ženskou populaci. Je nápomocný při porozumění ženám s PPP. Má 34 položek, které mapují, co předcházelo zvýšené pozornosti k tvaru těla a tělesným proporcím a zároveň co následovalo poté. Kromě

toho jsou respondentky tázány na své emoční rozpoložení a stav v posledních čtyřech týdnech. (Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987).

**Body attitudes questionnaire** je dotazník, který se týká vztahu k tělu. Sleduje tyto komponenty: subjektivní pocit tloušťky, snižování své osoby, vnímaná fyzická zdatnost, citlivost na hmotnost a její změnu, pocit své atraktivity a směřování pozornosti k dolní části těla (hýždě, boky a stehna). Jedná se o škálu určenou pro ženy. (Ben-Tovim & Walker, 1991).

**Multidimensional Body-Self Relation Questionnaire (MBSRQ)** Je téměř sedmdesátipoložkový dotazník, který se zaměřuje na zkoumání vztahu „tělo“ – „já“. Obsahuje celkem 10 subškál zaměřených na posouzení svého vzhledu, fyzické zdatnosti, zdraví dalších oblastí. Také obsahuje subškálu BASS, která umožňuje přesně identifikovat tělesné partie, se kterými jsou ženy a muži nespokojeni. (Hrachovinová & Chudobová, 2004; Cash, 2000).

### 4.3. Testy siluety

Ve studiích, které využívají test siluety, má respondent vybrat siluetu, která nejlépe odpovídá jeho vlastní postavě a poté siluetu, kterou by si přál mít, resp. kterou považuje za ideál pro sebe samého. Rozdíl mezi těmito dvěma siluetami (jsou očíslované), je považován za ukazatel spokojenosti či nespokojenosti s vlastním tělem. (Fialová, 2001; Grogan, 2000).

První publikovanou studii, která využila test siluety, publikovali April Fallon a Paul Rozin (1985). V této studii využili Test figury (Stunckard et al., 1983, In Fialová, 2001). Jedná se o devítistupňovou škálu mužských a ženských siluet, které jsou seřazeny od velmi hubené až anorektické po velmi silnou až obézní. Respondent ze siluet vybírá svou skutečnou postavu, postavu, kterou by si přál mít (ideální postavu) a postavu, kterou by opačné pohlaví považovalo za atraktivní. (Fallon & Rozin, 1985; Grogan, 2000; Fialová, 2001).

## EMPIRICKÁ ČÁST

### 5. Genderové aspekty Body image a nespokojenosti s vlastním tě- lem u neklinické populace – kvantitativní studie

V této části práce se věnuji rozboru kvantitativní studie, kterou jsem realizovala na jaře tohoto roku. Na následujících stránkách se budu věnovat popisu výzkumných hypotéz, psychodiagnostickým nástrojům, které jsem použila ke sběru dat a procesu jejich přípravy ke sběru dat. Neopomenu popis kritérií zařazení do výzkumného souboru a popis výzkumného souboru. V závěru této části budou k dispozici výsledky statistické analýzy dat a interpretace výsledků.

## 5.1. Výzkumné cíle a otázky

Cílem tohoto výzkumu je zmapovat odlišnosti ve vztahu ke svému tělu u mužů a žen. Toto téma bylo již mnohokrát podrobena zkoumání, jak je zřejmé z teoretické části této práce. Nemám tedy ambice odhalit dosud nezmapované aspekty tohoto vztahu. Tato studie je zajímavá především výběrem výzkumných metod. Ke sběru dat využívám The Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire (BMSRQ) a vybrané subškály dotazníku Der Dresdner Körperbildfragebogen (DKB-35). Nepodařilo se mi dohledat studii realizovanou na české populaci, která by využívala tyto dvě metody. Vznik dotazníku BMSRQ se mapuje do 80. let. Dohledala jsem diplomové práce, které s ním pracují, nicméně často pracují jen s jeho subškálami nebo autoři při překladu dotazníku z anglického jazyka nepoužili metodu zpětného překladu a některé položky nelze vyhodnotit jako ekvivalentní. Stejně neúspěšná jsem byla v dohledávání studie v Čechách, která by využívala dotazník Der Dresdner Körperbildfragebogen (DKB-35), z kterého využívám dvě subškály. Naopak Test siluety, který byl také součástí baterie, lze považovat za tradiční metodu měření BI.

Cílem práce je tedy zmapovat genderové aspekty BI a tělesné nespokojenosti prostřednictvím doposud nevyužitých dotazníkových metod na české populaci.

### Výzkumné otázky

Při přípravě této studie jsem si stanovila následující výzkumné otázky:

- Subškály, které se týkají vzhledu, fyzické zdatnosti a zdraví, se budou u mužů a žen lišit.
- Muži a ženy budou vykazovat nespokojenost s vlastním tělem ve stejné míře.
- BMI nebude odpovídat subjektivnímu odhadu vlastních proporcí, a to u mužů i u žen.
- Subškály, které se týkají vzhledu, fyzické zdatnosti a zdraví, budou korelovat se subškálou sexual fulfillment.

## 5.2. Výzkumné metody

V následující kapitole se budu věnovat popisu výzkumných metod, které jsem použila ke sběru dat. Patří mezi ně sociodemografický dotazník, který se skládá jednak ze základních demografických údajů o respondentech a zároveň zahrnuje základní otázky mapující životní styl respondentů. Dalším dotazníkem je dotazník mapující zdravotní stav, který byl využit především při posuzování zařazení či vyloučení respondentů z výzkumného souboru.

Další metodou je Body Mass Index, který má ve studii dvě úlohy, jednak jsem se podle něj rozhodovala, které respondenty vyřadit či zařadit do výzkumného souboru, dále tento údaj slouží k popisu dat a k vyhodnocení některých hypotéz.

Další metodou, kterou jsem využila byl dotazník Rosenberg Self-esteem Scale. Zpětně jsem ovšem musela vyhodnotit, že podoba, ve které jsem ho administrovala, nebyla příliš zdařilá. Jinými slovy – při porovnání „mé“ verze tohoto dotazníku s položkami dotazníku využitého v jiných českých studiích jsem musela usoudit, že se překlad z anglického jazyka nevydařil a položky nebyly ekvivalentní. Z tohoto důvodu tento dotazník dále v textu nebudu zmiňovat.

Další metodou je Test siluety, který není v podobných výzkumech žádnou novinkou a pro měření tělesné nespokojenosti je využíván velice často. Dále to jsou již zmíněné dva dotazníky – MBSRQ a vybrané subškály dotazníku DKB-35).

### 5.2.1. Sociodemografický dotazník

Při sestavování sociodemografického dotazníku jsem se zaměřila na několik oblastí, které lze považovat v souvislosti s tématem práce za důležité. U respondentů jsem zjišťovala pohlaví, věk, sociální status, rodinný stav, počet vlastních dětí, frekvenci konzumace alkoholu, kouření a pohybové návyky. Dotazník je k dispozici v příloze č. II. Respondenti měli možnost volby jedné odpovědi. U každé otázky byla však možnost doplnit vlastní odpověď.

### 5.2.2. Dotazník mapující zdravotní stav

Dotazník o zdravotním stavu jsem primárně zařadila pro splnění kritérií zařazení do výzkumného souboru. Na základě tohoto dotazníku, který je k nahlédnutí v příloze č. III., jsem vyloučila několik desítek respondentů. Dále dotazník sloužil k popisu vzorku, nikoli ke statistické analýze.

### 5.2.3. Body Mass Index

Respondenti byli tázáni na svou výšku a váhu, aby bylo možné získat jejich BMI. Důvody, proč je BMI diskutabilní metodou a je potřeba ho aplikovat s opatrností, jsou popsány v teoretické části této práce. Tohoto problému jsem si při výběru metody byla vědoma. Návrh výzkumu a metody sběru dat mi neumožnili vedle BMI využít jinou, přesnější antropometrickou metodu. Kritéria pro zařazení do vzorku na základě BMI jsou v souladu s přehledem uvedeným v kapitole „*Vybrané možnosti měření Body image a tělesných parametrů*“.



## 5.2.4. Test siluety

The Figure Rating Scale (Stunckard, 1983, In Fialová, 2001) je ve výzkumu BI tradiční metodou sběru dat. Pro její zařazení jsem se rozhodla z několika důvodů. Jednak lze výzkum díky této metodě porovnávat s jinými studiemi, které metodu využily, dalším důvodem bylo zvýšení atraktivity dotazníkové baterie a zamezení jednotvárnosti metod (všechny ostatní metody jsou dotazníkové a využívající likertovu škálu).

## 5.2.5. Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire

MBSRQ je dotazník posuzující vlastní postoje ke svému tělu. Tělesné sebepojetí je zde koncipováno jako postoj k fyzickému „já“. Tyto postoje zahrnují hodnotící, kognitivní a behaviorální složku. Dotazník pamatuje na to, že koncept BI zahrnuje kromě fyzického vzhledu také oblast fyzické zdatnosti (fitness) a oblast zdraví. První verze dotazníku byla zkonstruována v roce 1983 a obsahovala 294 položek. Od té doby byl dotazník několikrát revidován, byly postupně nahrazeny či vyloučeny některé položky na základě psychometrických kritérií. (Cash, 2000; Grogan, 2000).

Faktorové subškály dotazníku mapují dvě složky, jednak složku hodnotící (subškály „evaluation“) a za druhé složku „kognitivně behaviorální“ (subškály „orientation“). Tyto dvě složky jsou přítomny u všech tří dominujících složek dotazníku – vzhled, zdatnost (fitness) a zdraví/nemoc. (Cash, 2000).

Vedle těchto sedmi faktorových subškál má dotazník MBSRQ tři další, vedlejší subškály. 1. „Body Satisfaction Scale“ (BASS) je subškála, která měří hodnocení svého těla na pětibodové škále spokojenost – nespokojenost s konkrétními oblastmi či částmi těla. 2. „The Overweight Preoccupation Scale“ je škála mapující pozornost vůči své váze a citlivost jedince na změnu hmotnosti. 3. „The Self-Classified Weight“ je subškála subjektivního hodnocení své hmotnosti či své hubenosti/tloušťky. (Cash, 2000).

Dotazník MBSRQ je určen pro adolescentní a dospělou populaci (je možné ho využít od 15 let). Je nevhodný pro děti a mladší adolescenty. Často se využívá zejména ve výzkumu, a to u klinické i neklinické populace. (Cruzat-Mandich et al., 2017; Cash, 2000).

Dotazník má celkem 69 položek a využívá Likertovu škálu. Všechny subškály mají dobré psychometrické vlastnosti, jak je vidět v příloze č. V. MBSRQ má silnou diskriminační a konstruktivní validitu. (Cash, 2000).

## Subškály dotazníku MBSRQ<sup>20</sup>

(Upraveno podle Cash, 2000)

**Appearance evaluation**<sup>21</sup>: škála mapuje pocity fyzické přitažlivosti nebo nepřitažlivosti a spokojenost či nespokojenost se svým vzhledem. Respondenti s vysokým skórem vesměs mají pozitivní pocity ke svému vzhledu a jsou s ním převážně spokojeni. Respondenti s nízkým skórem jsou obecně nespokojeni se svým fyzickým vzhledem. *(Počet položek: 7; minimální skór: 7; maximální skór: 35).*

**Appearance orientation**: škála mapuje míru časové i finanční investice do svého vzhledu. Respondenti s vysokým skórem dávají větší důraz na to, jak vypadají, jsou pozorní ke svému vzhledu, věnují čas péči o svůj vzhled. Respondenti s nízkým skórem jsou spíš apatičtí ke svému vzhledu, není to pro ně důležitá komponenta a nevynakládají úsilí v péči o svůj vzhled. *(Počet položek: 12; minimální skór: 12; maximální skór: 60).*

**Fitness evaluation**: škála mapuje postoje ke své fyzické zdatnosti. Jedinci s vysokým skórem se považují za fyzicky zdatné a sportovně aktivní. Jedinci s nízkým skórem se cítí fyzicky málo zdatní, nemají dobré sportovní dovednosti. *(Počet položek: 3; minimální skór: 3; maximální skór: 15).*

**Fitness orientation**: škála mapuje míru investice do své fyzické kondice nebo sportovních dovedností. Jedinci s vysokým skórem se aktivně podílejí na sportovních aktivitách. Jedinci s nízkým skórem sportovní aktivity nezahrnují do svého životního stylu. *(Počet položek: 13; minimální skór: 13; maximální skór: 65).*

**Health evaluation**: škála mapuje pocity spojené s fyzickým zdravím. Jedinci s vysokým skórem se považují za fyzicky zdravé jedince. Jedinci s nízkým skórem se cítí nezdravě a cítí se být náchylní k onemocnění. *(Počet položek: 6; minimální skór: 6; maximální skór: 30).*

**Health orientation**: škála mapuje míru/rozsah investic do fyzického zdraví a zdravého životního stylu. Jedinci s vysokým skórem se snaží vést zdravý životní styl a jsou si vědomi důležitosti péče o své zdraví. Jedinci s nízkým skórem jsou ke svému zdraví spíš apatičtí. *(Počet položek: 8; minimální skór: 8; maximální skór: 40).*

---

<sup>20</sup> Psychometrické vlastnosti subškál uvádím pro přehlednost v příloze č. V.

<sup>21</sup> Pro přehlednost a „věrnost“ původnímu významu ponechávám názvy škál v anglickém jazyce.

**Illness orientation:** škála mapuje míru reaktivity na blížící se riziko onemocnění. Jedinci s vysokým skórem jsou pozorní k příznakům fyzického onemocnění a mají větší tendence vyhledávat lékařskou pomoc. Jedinci s nízkým skórem nejsou tak citliví na fyzické příznaky onemocnění. (*Počet položek: 5; minimální skór: 5; maximální skór: 25*).

**Body areas satisfaction scale:** škála mapuje spokojenost či nespokojenost s konkrétními částmi těla. Jedinci s vysokým skórem jsou obecně spokojeni s většinou částí svého těla. Jedinci s nízkým skórem jsou obecně méně spokojeni se svým tělem. (*Počet položek: 9; minimální skór: 9; maximální skór: 45*).

**Overweight Preoccupation:** škála hodnotí ostražitost či citlivost ke změnám fyzické hmotnosti. Jedinci s vysokým skórem jsou více úzkostní a pozorní ke změnám své hmotnosti a více jí sledují. Jedinci s nízkým skórem tyto děje pozorují méně často nebo vůbec. (*Počet položek: 4 (minimální skór: 4; maximální skór: 20)*).

**Self-Classified Weight:** Tato škála odráží, jak člověk vnímá a označuje svou hmotnost, od výrazné podváhy po výraznou nadváhu. (počet položek: 2; minimální skór: 2; maximální skór: 10). (Cash, 2000).

## 5.2.6. Der Dresdner Körperbildfragebogen (DKB-35)

Tento dotazník se skládá z pěti subškál. Já jsem se pro účely svého výzkumu rozhodla využít dvě z nich. 1. Fyzický kontakt (Körperkontakt/Physical contact) a 2. Sexuální naplnění (Sexuelle Erfüllung/Sexual fulfillment)<sup>22</sup>.

Při vývoji dotazníku bylo cílem vyvinout nástroj, který zachycuje nejen základní složky přijetí svého těla, ale který také mapuje vlastnosti relevantní pro diagnostiku klinických a osobnostních charakteristik. Těmito klinicky významnými aspekty BI jsou míněny interpersonální oblasti a sexuální zkušenosti. (Pöhlmann, Roth, Brähler, & Joraschky, 2014; Scheffers et al., 2017).

### Subškály dotazníku DKB-35

**Sexual fulfillment:** škála popisuje pozitivní aspekty sexuální zkušenosti a individuální zkušenosti s ní. Jedinci s vyšším skórem jsou spokojenější se svými sexuálními zkušenostmi. (*Počet položek: 6; minimální skór: 6; maximální skór: 30*).  $M = 2,898$ ;  $SD = 1,341$ ; *Cronbachovo alfa* = 0,922. (Pöhlmann, Roth, Brähler, & Joraschky, 2014; Scheffers et al., 2017)

---

<sup>22</sup> Pro soudržnost textu dále názvy škál uvádím v anglickém jazyce.

**Physical contact**<sup>23</sup>: škála mapuje, jestli je jedinec pozitivně či negativně „nastaven“ na fyzický kontakt s jinými lidmi a jaký význam má fyzický kontakt v jeho interpersonálních vztazích. (Počet položek: 6; minimální skór: 6; maximální skór: 30).  $M = 3,160$ ;  $SD = 1,231$ ; Cronbachovo alfa = 0,838. (Pöhlmann, Roth, Brähler, & Joraschky, 2014; Scheffers et al., 2017).

---

<sup>23</sup> Tuto subškálu jsem se nakonec rozhodla nezařadit do analýzy dat.

### 5.3. Proces zpětného překladu

Dotazníky MBSRQ a subškály dotazníku DKB-35 jsem přeložila metodou zpětného překladu. Přeložené položky z anglického a německého jazyka do češtiny jsem nechala přeložit z češtiny zpět do původního jazyka rodilými mluvčími, kteří zároveň velice dobře ovládají český jazyk a dlouhodobě žijí v ČR. Konzultovala jsem s nimi výslednou podobu položek a v některých případech upravila finální verzi dotazníků.

### 5.4. Předvýzkum

Před započítím „ostrého“ sběru dat jsem realizovala předvýzkum, abych předešla případným nesrovnalostem a zbytečně se tak dostala do situace, kdy bude datový soubor například neúplný, některé položky budou respondentům nesrozumitelné, v baterii by byly překlepy apod. Do předvýzkumu se zapojilo celkem 12 respondentů, 7 žen a 5 mužů.

Na základě dat z předvýzkumu a zpětné vazby od účastníků jsem mírně upravila některé položky a lépe strukturovala formulář ke sběru dat, pro jeho větší přehlednost (vzhledem k poměrně velkému množství položek).

### 5.5. Průběh sběru dat

Sběr dat probíhal prostřednictvím Google formuláře a byl započat 19.4.2018. Ukončen byl 14.6.2018. Během téměř dvou měsíců dotazník vyplnilo celkem 610 respondentů, 209 mužů (34,3 %) a 401 žen (65,7 %). Dotazník jsem rozeslala prostřednictvím emailu všem ročníkům studentů psychologie na FF UK. Dále jsem ke sběru dat využívala výhradně sociální sítě – Facebook a LinkedIn.

### 5.6. Kritéria zařazení do vzorku

Z celkového počtu 610 respondentů jsem vyloučila celkem 234 respondentů, 79 mužů a 154 žen. Důvody pro vyloučení z výzkumného souboru byly následující:

- Věk pod 18 let nebo nad 40 let
- BMI 17,5 nebo nižší (jedno z diagnostických kritérií MA)
- BMI 30 a vyšší (diagnostické kritérium obezity)

- Skór v dotazníku psychiatrické zátěže (součást dotazníku o zdravotním stavu) byl HS roven nebo vyšší jak 7 (což je 1 čtvrtina maximální hodnoty)
- Skór v dotazníku výskytu somatických obtíží (součást dotazníku o zdravotním stavu) byl roven nebo vyšší jak 15 (což je 1 čtvrtina maximální hodnoty)
- Zkušenost s poruchou příjmu potravy
- Zkušenost s psychotickým onemocněním
- Zkušenost s léčbou obezity

#### **Počty mužů, kteří byli vyloučeni z výzkumného souboru:**

- 27 mužů bylo vyloučeno kvůli nízkému nebo vysokému věku – 10 mužů bylo mladší jak 18 let a 17 mužů bylo starší jak 40 let.
- 30 mužů bylo vyloučeno na základě BMI – 2 muži měli BMI nižší než 17,5 a 28 mužů mělo BMI vyšší jak 30.
- 10 mužů bylo vyloučeno, protože uvedli, že mají zkušenost s léčbou obezity
- 4 muži byli vyloučeni, protože uvedli zkušenost s PPP.
- 3 muži byli vyloučeni kvůli vysoké psychiatrické zátěži (HS 7 a vyšší)
- 2 muži byli vyloučeni kvůli psychotické zkušenosti
- 2 muži byli vyloučeni kvůli vysokému výskytu somatických obtíží (HS 15 a vyšší).
- 1 muž byl vyloučen, protože uvedl, že je transsexuál.

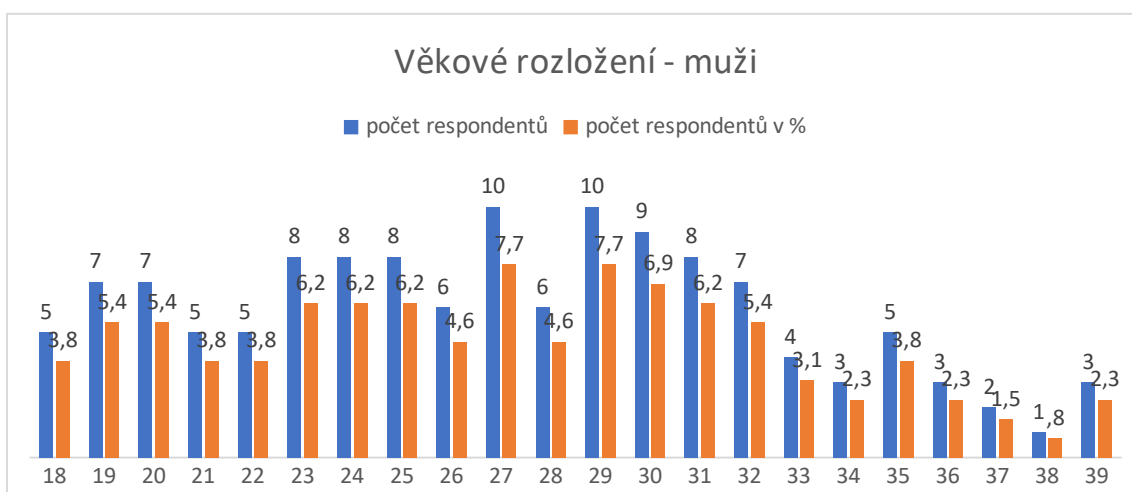
#### **Počty žen, které byly vyloučeny z výzkumného souboru:**

- 25 žen bylo vyloučeno kvůli nízkému nebo vysokému věku – 14 žen bylo mladší jak 18 let a 11 žen bylo starší jak 40 let.
- 43 žen bylo vyloučeno na základě hodnot BMI – 10 žen mělo BMI nižší než 17,5 a 33 žen mělo BMI vyšší jak 30.
- 56 žen bylo vyloučeno, protože uvedlo zkušenost s PPP.
- 12 žen bylo vyloučeno, protože uvedlo zkušenost s léčbou obezity.
- 5 žen bylo vyloučeno pro těhotenství
- 6 žen bylo vyloučeno pro psychotickou zkušenost
- 5 žen bylo vyloučeno pro vysokou psychiatrickou zátěž
- 4 ženy byly vyloučeny pro vysoký výskyt somatických obtíží.

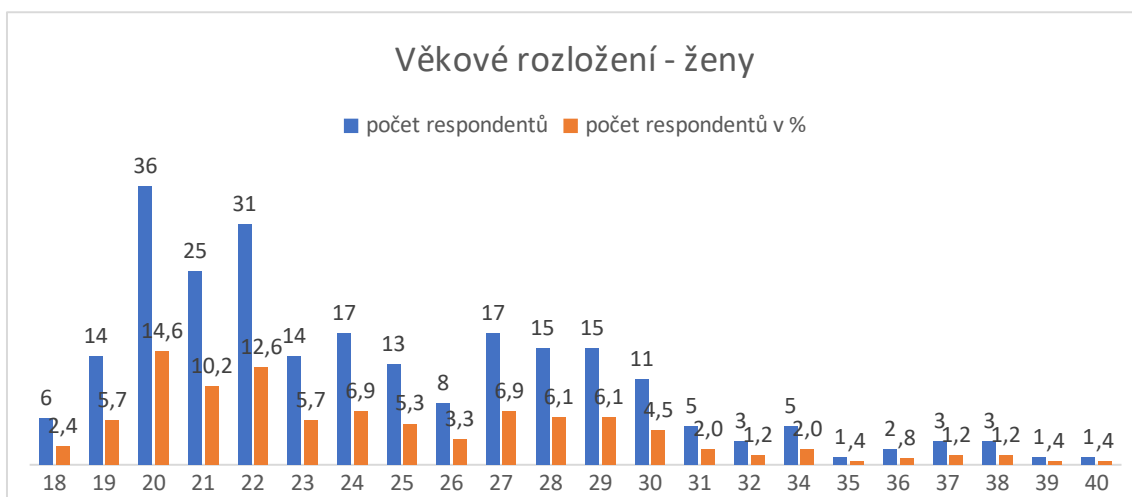
## 5.7. Charakteristika výzkumného souboru

Do výzkumného souboru jsem zařadila celkem 376 respondentů, 130 mužů (34,6 %) a 246 žen (65,4 %). V této kapitole rozeberu hlavní charakteristiky výzkumného souboru. Na následujícím grafu je znázorněno zastoupení mužů a žen ve vzorku.

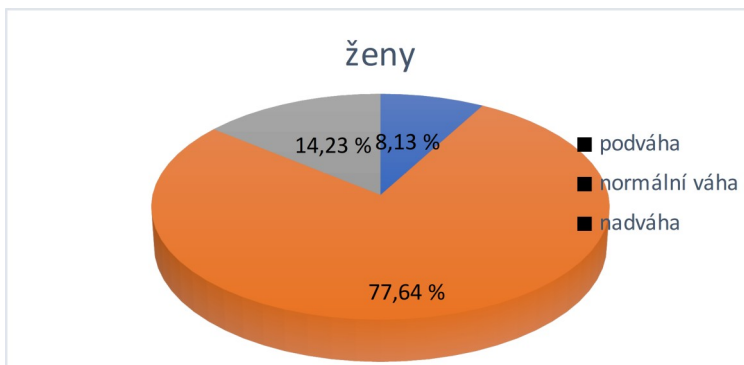
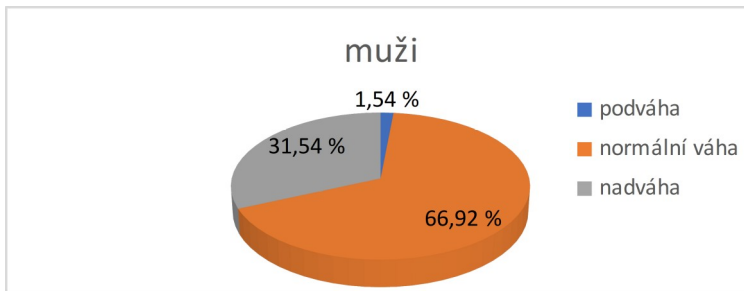
Na následujícím grafu je znázorněno, jak vypadá věkové rozložení mužské části výzkumného souboru. Věkové rozložení je poměrně rovnoměrné. Nejvíce respondentů se pohybuje ve věku 27 a 29 let.



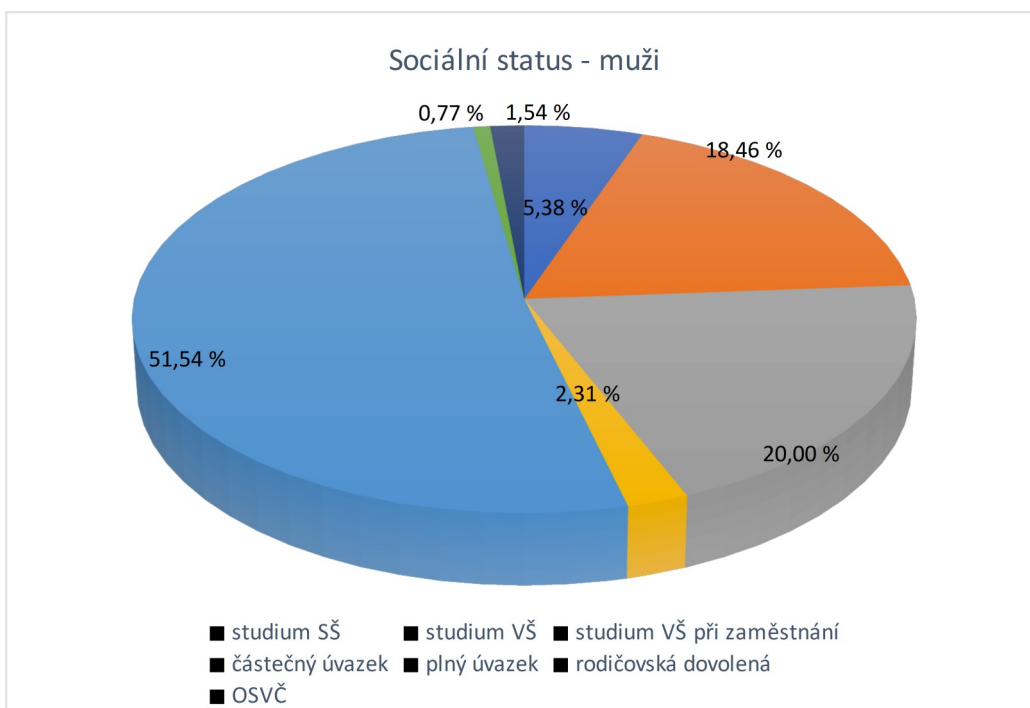
Oproti tomu, věkové rozložení ženské části výzkumného souboru není příliš rovnoměrné. Ve výzkumném souboru převažují ženy ve věku 20–22 let. Ženy starší než 30 let jsou ve vzorku zastoupeny velice málo.



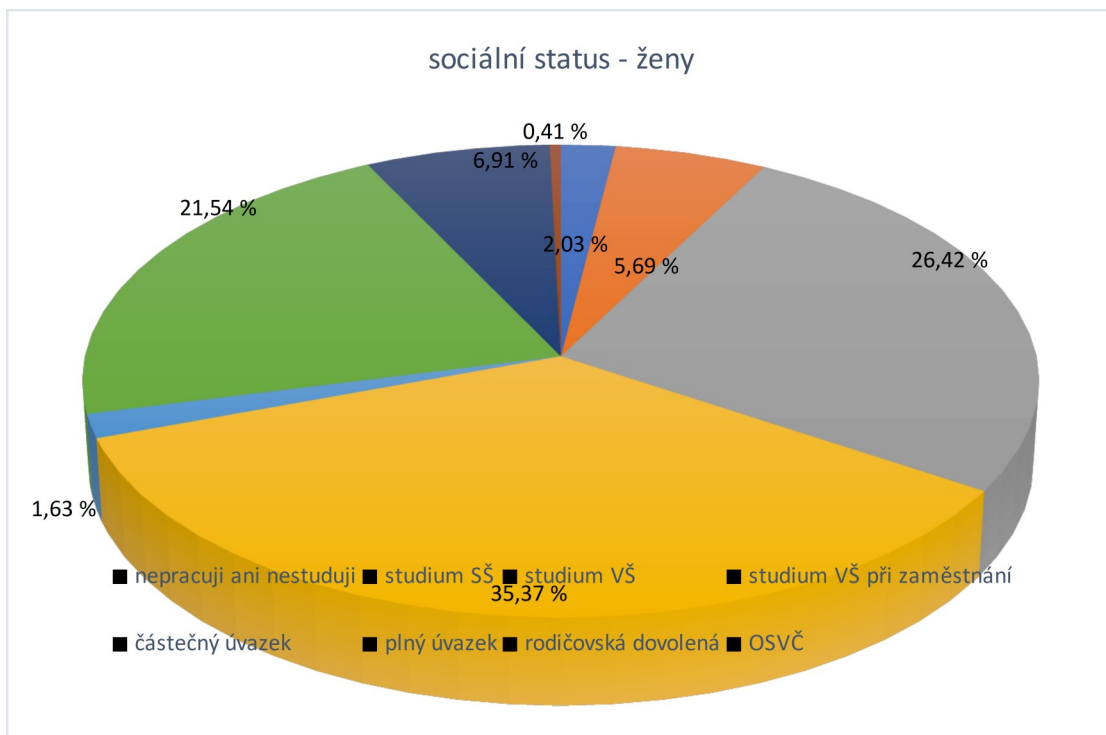
Pokud jde o rozložení BMI, muži i ženy se nejvíce pohybují v pásmu normální váhy. Ženy mají častěji podváhu než muži a muži mají častěji nadváhu.



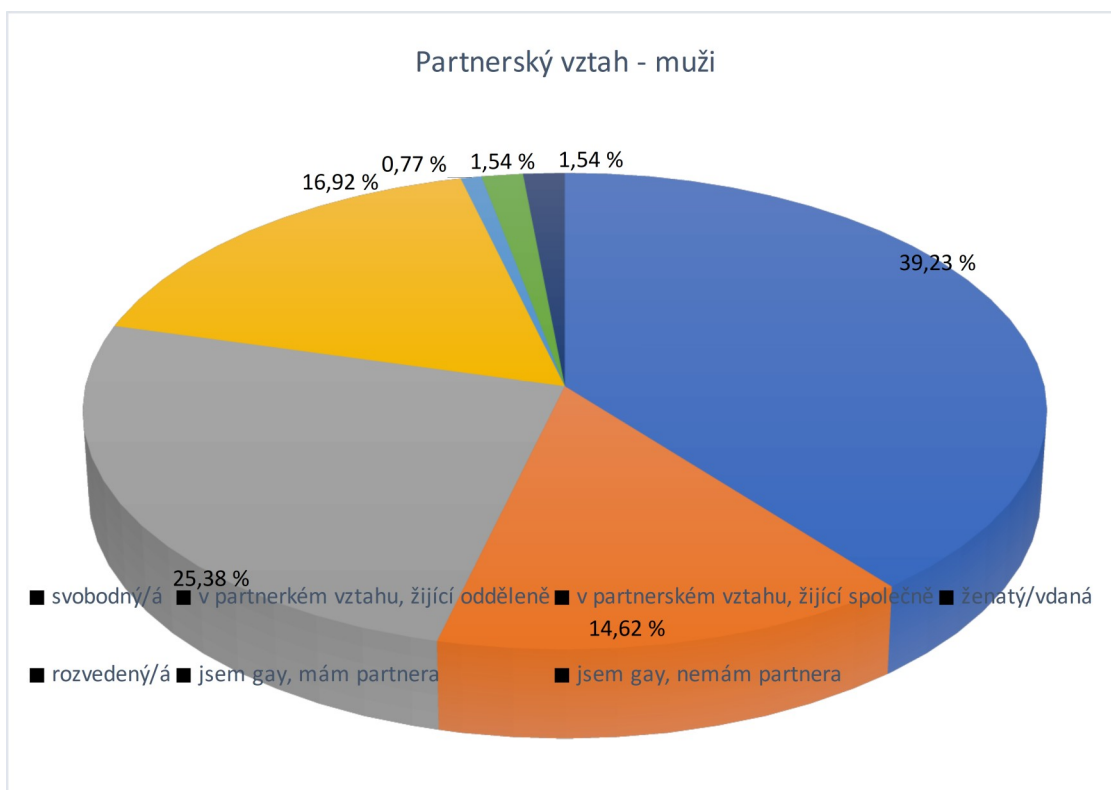
Sledujeme-li sociální status u respondentů, výsledky jsou následující.

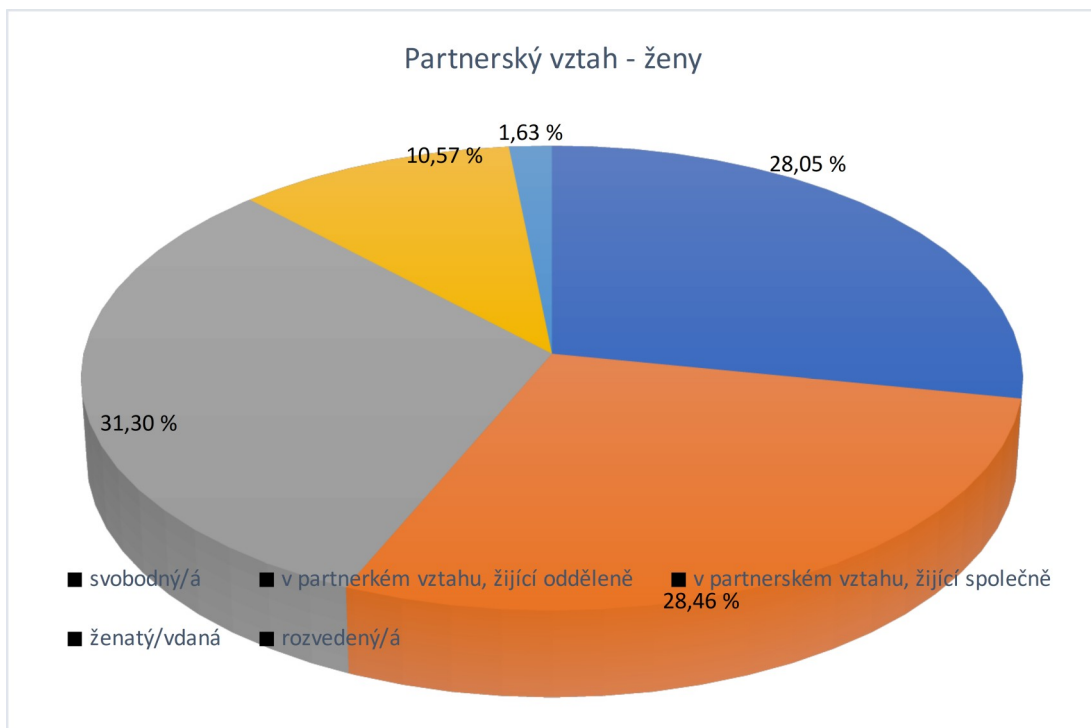




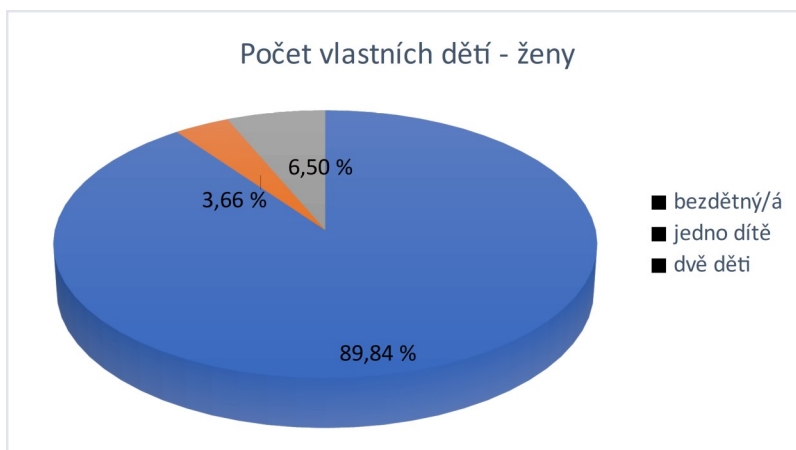
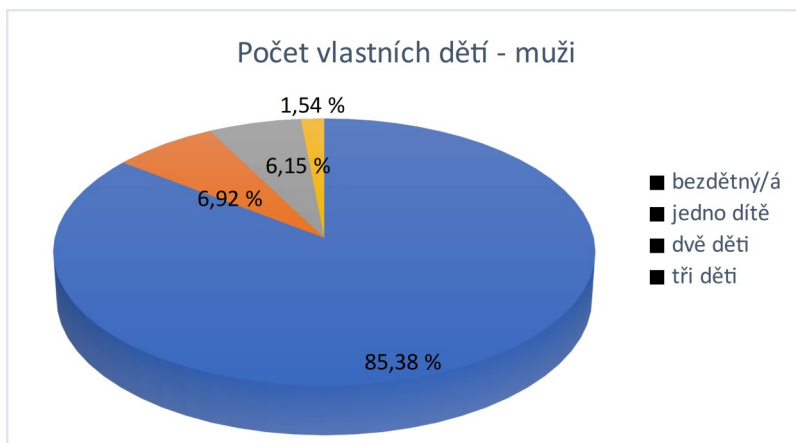


Pokud sledujeme partnerský či rodinný stav respondentů, tak je následující.

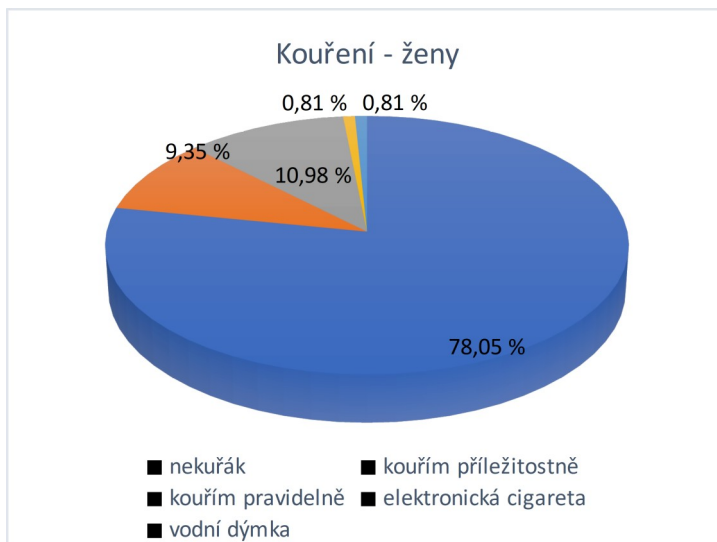
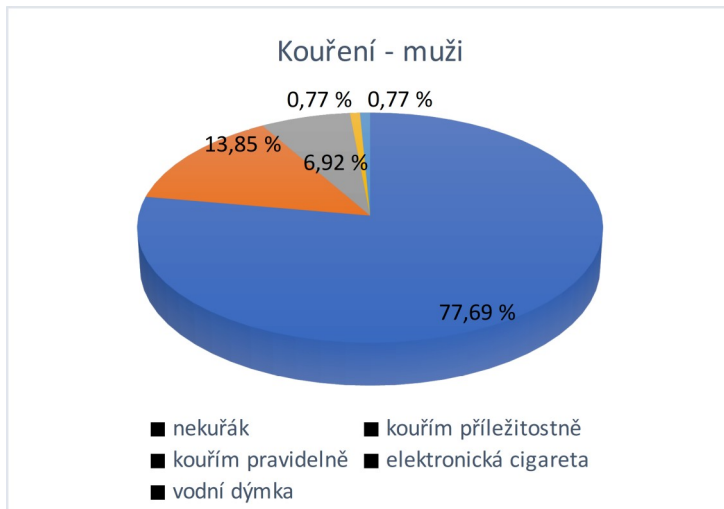




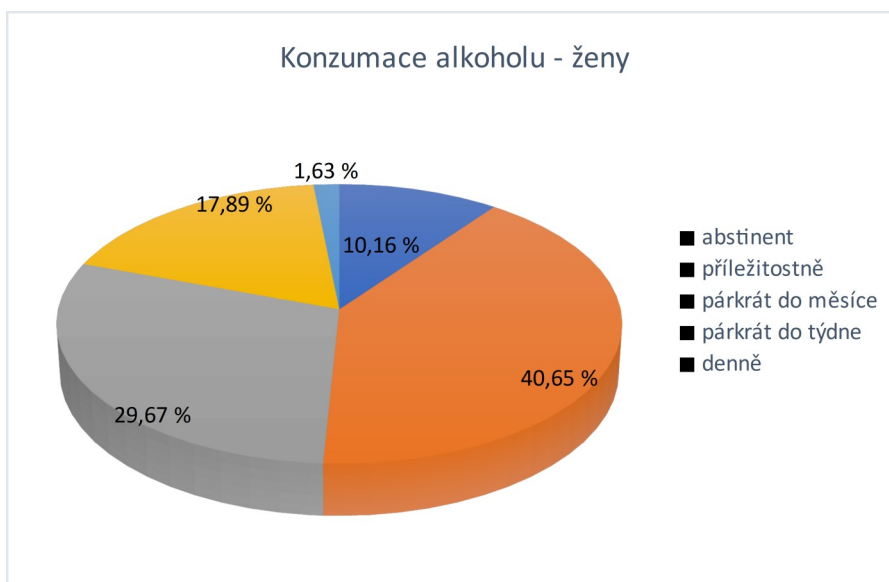
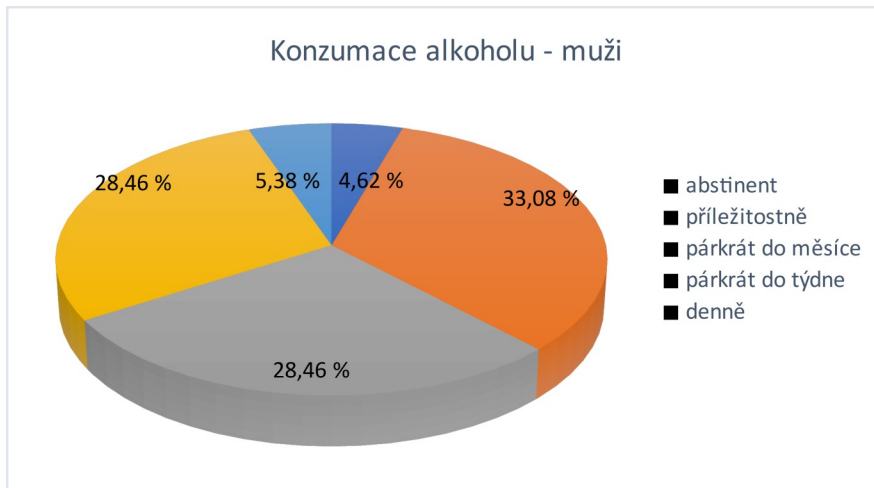
Počty vlastních dětí u respondentů jsou následující.



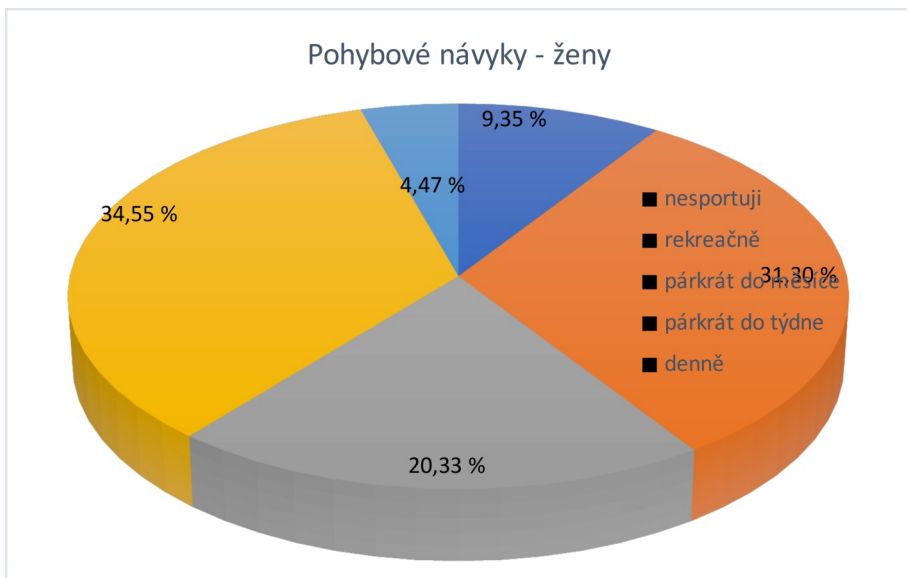
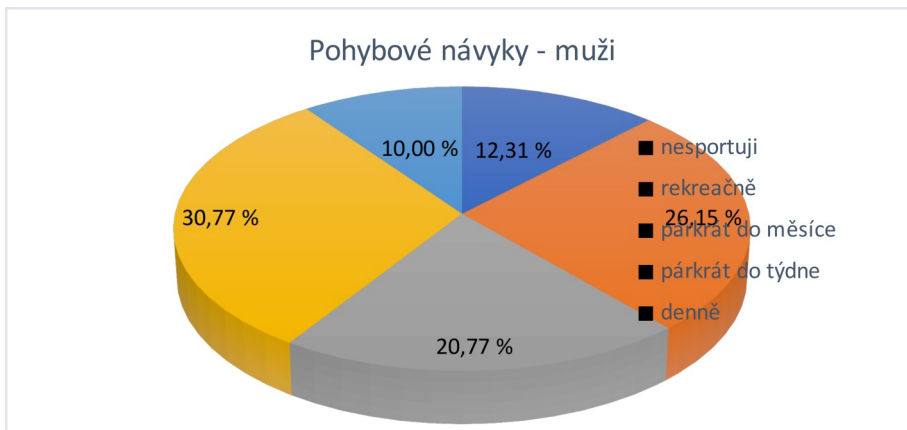
Většina respondentů uvádí, že jsou nekuřáci.



Konzumace alkoholu u respondentů ve výzkumném souboru je následující.



Pohybové návyky respondentů jsou následující.



## 5.8. Výsledná zjištění

Statistická analýza dat byla provedena v programech Microsoft Excel a SPSS. Na základě výsledků testu normality jsem pro statistickou analýzu dat zvolila neparametrické metody pro statistické zpracování. V první části počítám s Mann-Whitneyho U testem, v další části se Spearmanovým korelačním koeficientem.

- Subškály, které se týkají vzhledu, zdatnosti a zdraví, se budou u mužů a žen lišit.

Při vyhodnocování této výzkumné hypotézy jsem pracovala se šesti subškálami dotazníku MB-SRQ. A to se subškálami: Appearance evaluation; Appearance orientation; Fitness evaluation; Fitness orientation; Health evaluation a Health evaluation.

1. Výzkumná hypotéza: ***Výsledky v subškále Appearance evaluation se u mužů a žen budou lišit – ženy budou v této subškále skórovat výš než muži.***

H0: Výsledky v subškále Appearance evaluation se u mužů a žen nebudou lišit.

HA: Výsledky v subškále Appearance evaluation se u mužů a žen budou lišit – ženy budou v této subškále skórovat výš než muži.

**Závěr:** Mann-Whitney U test indikoval, že skórování v této subškále u žen (*medián = 25*) bylo vyšší než u mužů (*medián = 24*).  $U = 13008$ ;  $p = 0,0015$ .

2. Výzkumná hypotéza: ***Výsledky v subškále Appearance orientation se u mužů a žen budou lišit – ženy budou v této subškále skórovat výš než muži.***

H0: Výsledky v subškále Appearance orientation se u mužů a žen nebudou lišit.

HA: Výsledky v subškále Appearance orientation se u mužů a žen budou lišit – ženy budou v této subškále skórovat výš než muži.

**Závěr:** Mann-Whitney U test indikoval, že skórování v této subškále u žen (*medián = 41*) bylo vyšší než u mužů (*medián = 35*).  $U = 9330$ ;  $p = 0,0005$ .

3. Výzkumná hypotéza: **Výsledky v subškále Fitness evaluation se u mužů a žen budou lišit – muži budou v této subškále skórovat výš než ženy.**

H0: Výsledky v subškále Fitness evaluation se u mužů a žen nebudou lišit.

HA: Výsledky v subškále Fitness evaluation se u mužů a žen budou lišit – muži budou v této subškále skórovat výš než ženy.

**Závěr:** Mann-Whitney U test indikoval, že skórování v této subškále u mužů (*medián = 11*) bylo vyšší než u žen (*medián = 9,5*).  $U = 14089$ ;  $p = 0,0285$ .

4. Výzkumná hypotéza: **Výsledky v subškále Fitness orientation se u mužů a žen budou lišit – muži budou v této subškále skórovat výš než ženy.**

H0: Výsledky v subškále Fitness orientation se u mužů a žen nebudou lišit.

HA: Výsledky v subškále Fitness orientation se u mužů a žen budou lišit – muži budou v této subškále skórovat výš než ženy.

**Závěr:** Mann-Whitney U test nenašel signifikantně vyšší rozdíly mezi muži (*medián = 45*) a ženami (*medián = 44*),  $U = 45097,5$ ;  $p = 0,102$ .

5. Výzkumná hypotéza: **Výsledky v subškále Health evaluation se u mužů a žen budou lišit.**

H0: Výsledky v subškále Health evaluation se u mužů a žen nebudou lišit.

HA: Výsledky v subškále Health evaluation se u mužů a žen budou lišit.

**Závěr:** Mann-Whitney U test indikoval, že skórování v této subškále u mužů (*medián = 24*) bylo vyšší než u žen (*median = 22*).  $U = 43152$ ;  $p = 0,001$ .

6. Výzkumná hypotéza: **Výsledky v subškále Health orientation se u mužů a žen budou lišit.**

H0: Výsledky v subškále Health orientation se u mužů a žen nebudou lišit.

HA: Výsledky v subškále Health orientation se u mužů a žen budou lišit.

**Závěr:** Mann-Whitney U test indikoval, že skórování v této subškále u žen (*medián = 26*) bylo vyšší než u mužů (*median = 23,5*).  $U = 12066$ ;  $p = 0,001$ .

▪ Muži a ženy budou vykazovat tělesnou nespokojenost ve stejné míře.

Při vyhodnocování této výzkumné hypotézy jsem pracovala se subškálou BASS, která je součástí dotazníku MBSRQ. Jedná se o devítipoložkovou subškálu.

Výzkumná hypotéza: **Výsledky v subškále BASS se u mužů a žen nebudou lišit.**

H0: Výsledky v subškále BASS se u mužů a žen nebudou lišit.

HA: Výsledky v subškále BASS se u mužů a žen budou lišit.

**Závěr:** Mann-Whitney U test nenašel signifikantní rozdíly mezi tělesnou spokojeností mužů (*medián = 30*) a žen (*medián = 30*),  $U = 15653$ ;  $p = 0,736$ .

▪ BMI nebude odpovídat subjektivnímu odhadu vlastních proporcí, u mužů i u žen.

Při vyhodnocování této výzkumné hypotézy jsem pracovala se Body Mass Indexem, 1. částí testu siluety a se subškálou Self-classified weight, která je součástí dotazníku MBSRQ. Pro výpočet jsem zvolila Spearmanův korelační koeficient.

1. Výzkumná hypotéza: **BMI a výsledky v subškále Self-classified weight spolu nebudou korelovat, a to u mužů i u žen.**

H0: BMI a výsledky v subškále Self-classified weight nebudou korelovat, a to u mužů i u žen.

HA: BMI a výsledky v subškále Self-classified weight spolu budou korelovat, a to u mužů i u žen.

**Závěr:** Spearmanův korelační koeficient indikoval silný pozitivní vztah mezi BMI a subškálou Self-classified weight, u mužů  $r = 0,587$ ;  $p = 0,001$ . U žen  $r = 0,503$ ;  $p = 0,001$ .

2. Výzkumná hypotéza: **BMI nebude odpovídat výběru skutečné siluety, u mužů i u žen.**

H0: BMI nebude korelovat s výběrem skutečné siluety, a to u mužů i u žen.

HA: BMI bude korelovat s výběrem skutečné siluety, a to u mužů i u žen.

**Závěr:** Spearmanův korelační koeficient indikoval silný pozitivní vztah mezi BMI a výběrem skutečné siluety, u mužů  $r = 0,522$ ;  $p = 0,001$ . U žen  $r = 0,534$ ;  $p = 0,001$ .



- Subškály, které se týkají vzhledu, fyzické zdatnosti a zdraví, budou korelovat se subškálou sexual fulfillment, zejména u ženského pohlaví.

Při vyhodnocování této výzkumné hypotézy jsem pracovala se třemi subškálami dotazníku MBSRQ. A to se subškálami: Appearance evaluation; Fitness evaluation a Health evaluation, které jsou součástí dotazníku MBSRQ a se subškálou Sexual fulfillment, která je součástí dotazníku DBK-35. Pro výpočet jsem zvolila Spearmanův korelační koeficient.

1. Výzkumná hypotéza: ***Výsledky v subškále Appearance evaluation budou korelovat se výsledky v subškále Sexual fulfillment.***

H0: Výsledky subškály Appearance eval. nebudou korelovat s výsledky subškály Sex. fulfillment.

HA: Výsledky subškály Appearance eval. budou korelovat s výsledky subškály Sex. fulfillment.

**Závěr:** Spearmanův korelační koeficient indikoval slabý pozitivní vztah mezi subškálou Appearance evaluation a subškálou Sexual fulfillment. U mužů  $r = 0,221$ ;  $p = 0,006$ . U žen  $r = 0,248$ ;  $p = 0,000$ .

2. Výzkumná hypotéza: ***Výsledky v subškále Fitness evaluation budou korelovat se výsledky v subškále Sexual fulfillment.***

H0: Výsledky v subškále Fitness eval. nebudou korelovat s výsledky v subškále Sex. fulfillment.

HA: Výsledky v subškále Fitness eval. budou korelovat se výsledky v subškále Sex. fulfillment.

**Závěr:** Spearmanův korelační koeficient indikoval slabý pozitivní vztah mezi subškálou Fitness evaluation a subškálou Sexual fulfillment. U mužů  $r = 0,214$ ,  $p = 0,007$ . U žen  $r = 0,146$ ,  $p = 0,011$ .

3. Výzkumná hypotéza: ***Výsledky v subškále Health evaluation budou korelovat se výsledky v subškále Sexual fulfillment.***

H0: Výsledky v subškále Health eval. nebudou korelovat s výsledky v subškále Sexual fulfillment.

HA: Výsledky v subškále Health eval. budou korelovat se výsledky v subškále Sexual fulfillment.

**Závěr:** Spearmanův korelační koeficient indikoval téměř nulový vztah mezi subškálou Health evaluation a subškálou Sexual fulfillment. U mužů  $r = 0,065$ ,  $p = 0,461$ . U žen  $r = 0,035$ ,  $p = 0,582$ .

## 6. Diskuse

Už v úvodu této práce jsem zmiňovala rozsah zájmu o vztah k vlastnímu tělu a úskalí, která přináší velké množství pramenů v této oblasti. Jedná se nepochybně o zajímavé a populární téma, které přitahuje pozornost. Samotný fakt, že se během poměrně krátké doby a bez mé větší časové investice, do výzkumu zapojilo přes 600 lidí tomu jen nasvědčuje. Tak vysoký počet respondentů byl pro mě překvapivý. Výzkumy zaměřené na téma tělesné nespokojenosti se objevovali nejčastěji v 80. a 90. letech. Jedná se o dobře probádané téma, a oblast výzkumného zájmu se tímto směrem v současnosti příliš neubírá. Zjištění, která přináší tato studie nejsou převratná, přesto považuji výsledky tohoto šetření za zajímavé.

V této kapitole bych ráda interpretovala závěry výzkumu a nabídla pro ně možná vysvětlení. Dále se zaměřím na popis úskalí a nedostatků, která tato studie nese a popíšu možný vliv na výsledky výzkumu. V neposlední řadě se zaměřím na možnosti dalšího zkoumání, které nabízí výzkumný vzorek šesti set respondentů a množství proměnných, se kterými tento výzkumný soubor pracuje.

Dotazník MBSRQ, který je primární metodou v tomto výzkumu je oproti jiným metodám zaměřeným na vztah k vlastnímu tělu rozsáhlejší a jak napovídá jeho název, mapuje tento vztah na několika úrovních. Vzhledem k jeho psychometrickým vlastnostem ho lze považovat za velice kvalitní metodu. Důležitou fází přípravy výzkumu byl proces zpětného překladu, a to jak dotazníku MBSRQ, tak dotazníku DKB-35. Oba dotazníky prošly metodou zpětného překladu, na kterém jsem spolupracovala s rodilými mluvčími. Je nutné zmínit, že položky většinou nebyly náročné na překlad, ovšem díky zpětnému překladu jsem finální verzi upravovala v několika případech a věřím, že položky lze považovat za ekvivalentní k původnímu znění v originálním jazyce.

Další důležitou fází přípravy byl předvýzkum. Chtěla jsem se vyvarovat zbytečným nedostatkům při sběru dat, proto jsem se rozhodla realizovat předvýzkum a na základě výsledků a slovních doporučení od respondentů (většinou šlo o studenty psychologie) jsem formulář na několika místech upravila. Upřesnila jsem některé položky, lépe jsem strukturovala formulář pro jeho větší přehlednost, vyvarovala jsem se překlepům a nejasnostem při rodovém označení (dotazník byl distribuován ve dvou verzích – pro muže a pro ženy. všechny položky byly ve formuláři nastaveny jako „povinné“, takže se nemohlo stát, že by navrácené formuláře měly nevyplněné položky.

Popis průběhu sběru dat už jsem naznačila v předchozí kapitole. Formulář jsem distribuovala prostřednictvím emailu mezi ostatní studenty psychologie, ale převažující cestou bylo jeho sdílení na sociálních sítích – Facebook a LinkedIn. Na začátku formuláře jsem na sebe v úvodním slovu nechala kontakt pro případné dotazy respondentů nebo pro případ, že by si někdo přál zaslat výsledky.

Jak už může být zřejmé z návratnosti dotazníků, téma bylo zřejmě pro řadu lidí atraktivní. Tak vysoký počet respondentů může svědčit jednak o zájmu společnosti o téma vztahu k vlastnímu tělu, ale také o srozumitelnosti a přehlednosti formuláře – domnívám se, že pokud by položky byly hůř srozumitelné a podoba formuláře nepřehledná, tak vysoká návratnost by nebyla možná, protože by to respondenty v průběhu vyplňování odradilo a dotazník by nedokončili. Během sběru dat jsem dostala množství zpětných vazeb, které pro mě byly velice cenné a díky kterým jsem si uvědomila některé nedostatky této studie.

Jako problematický vnímám sociodemografický dotazník a dotazník mapující zdravotní stav. V sociodemografickém dotazníku vnímám jako nezdařilé dvě položky: jednak položku zjišťující sociální status a za druhé položku zjišťující partnerský vztah respondentů. Vzhledem k povaze odpovědí nelze tyto položky považovat za validní, zejména položku sociálního statutu. K těmto chybám došlo z toho důvodu, že jsem se při přípravě výzkumu snažila o úsporu položek, aby dotazníkové šetření nebylo příliš dlouhé. Zpětně musím konstatovat, že to byla chybná úvaha, kvůli které jsem přišla o zajímavé údaje o respondentech, jako je například nejvyšší dosažené vzdělání, sexuální orientace, obor, ve kterém profesně působí, s kým sdílí domácnost a z jak velkého města pocházejí. Důležitou chybějící informací je etnicita, která je důležitým parametrem při výpočtu BMI, jak je uvedeno v závěru teoretické části. Dotazník byl distribuován pro českou populaci, nicméně dotazník nepochybně vyplnilo několik Slováků a lze předpokládat, vzhledem k množství respondentů, že také lidé s jiným než střeoevropským původem.

Další diskutabilní, a přitom velice důležitou součástí formuláře byl dotazník mapující zdravotní stav. Snažila jsem se obsáhnout možné zdravotní potíže respondentů v co největší šíři a jeho podobu jsem konzultovala s vedoucí práce. Nicméně by bylo vhodné tento dotazník, vzhledem k jeho úloze, konzultovat s osobou, která má lékařské vzdělání, což jsem bohužel neudělala. Nedokážu tedy posoudit, zda je dotazník dostatečně validní. Při přípravě výzkumu jsem se snažila dohledat standardizovaný dotazník, který by byl pro mé účely vhodný, nicméně se mi takovou metodu dohledat nepodařilo.

Diskutabilní je využití BMI, jeho úskalí jsou zmapované v teoretické části, kde také zmiňuji proč jsem se pro tuto metodu rozhodla a z jakých důvodů nebylo možné využít další antropomet-

rickou metodu. BMI předpokládá znalost o své výšce a váze, už to může být problém pro správnost tohoto údaje. Lze předpokládat, že většina lidí zná svou přesnou výšku, nelze však předpokládat, že většina lidí zná svou přesnou hmotnost. Může se zde projevit také subjektivní podhodnocení či nadhodnocení vlastní váhy. Tyto faktory mohou zkreslit jak popis vzorku, tak závěry studie.

Výsledky šetření opět potvrzují, že pro ženy je jejich fyzický vzhled důležitější než pro muže, což se potvrdilo jak v oblasti hodnocení vzhledu (appearance evaluation), tak v oblasti kognitivně behaviorální, kde je rozdíl ještě výraznější (appearance orientation). Ženy tedy nejen, že více hodnotí svůj vzhled a je pro ně důležitější, ale také mu věnují více času a více do svého vzhledu investují. To není překvapivá souvislost, dokud se nepodíváme na výsledky další subškály.

Jestliže se podíváme na výsledky hodnocení fyzické zdatnosti, výsledky jsou už zajímavější. Při hodnocení fyzické zdatnosti (fitness evaluation) se ukázalo, že tato součást BI je pro muže důležitější než pro ženy. Když se ovšem podíváme na výsledky subškály sledující kognitivně behaviorální složku (fitness orientation), tedy na to, jak aktivní vedou respondenti život, jak často sportují a věnují se zlepšování své fyziky, tak mezi ženami a muži není nalezen signifikantní rozdíl. To může vypovídat o odlišné motivaci žen, proč sportují. V teoretické části je uvedeno, že motivace ke sportu bývá u mužů a žen odlišná, ženy častěji cvičí, protože si chtějí udržet dobrou postavu. Byla by tu tedy další možnost statistického zpracování, zda subškála „fitness orientation“ koreluje se subškálou „appearance orientation“. Nicméně tato otázka nebyla předmětem této studie.

Zajímavé jsou také výsledky v hodnocení vlastního zdraví. Při stanovení hypotéz jsem si v těchto subškálách (health evaluation, health orientation) nestanovila, zda budou vykazovat vyšší skóry muži nebo ženy. Analýza ukázala, že v hodnocení zdraví skórují více muži oproti ženám. Muži jsou v tomto výzkumu tedy více zaměřeni na své zdraví a hodnotí ho jako důležitou složku. Při pohledu na výsledek subškály „orientation“ jsou to ovšem naopak ženy, které skórují více. To je zajímavý rozdíl, protože by se dalo předpokládat, že pokud je pro muže zdraví důležitější než pro ženy, tak se toto jejich nastavení také projeví v jejich chování (orientation je kognitivně behaviorální subškála). Opět se tu nabízí možnost dalšího statistického zpracování, a to, zda subškála „health evaluation“ koreluje se subškálami „fitness evaluation“ a „fitness orientation“. Jinými slovy, zda pro muže není nástrojem pro udržení dobrého zdraví udržování fyzické kondice.

Další výzkumná otázka zněla, že mezi muži a ženami nebude signifikantní rozdíl v prožívané tělesné nespokojenosti. Tento předpoklad se potvrdil. Tyto závěry potvrzují mnohaletý trend ve

zvvyšování nároků na vzhled mužského těla, jak je popsán v teoretické části. Ve veřejném prostoru je ovšem stále přijímaný fakt, že na ženy je společností kladen větší tlak, pokud jde o vzhled těla. Výzkumy, včetně toho mého, to ovšem spolehlivě vyvracejí.

Další zkoumaná oblast se týkala odhadu velikosti vlastních tělesných proporcí. Porovnávala jsem BMI se subškálou „Self-classified weight“ a se „skutečnou“ siluetou v Testu siluety. Výzkumným předpokladem bylo, že tyto hodnoty spolu nebudou korelovat. Jinými slovy, že respondenti budou chybně odhadovat své proporce. Tento předpoklad se nepotvrdil, což je pozitivní zprávou pro respondenty a jejich zdravý pohled na své tělo. Hodnoty korelačního koeficientu se pohybovaly ve všech analýzách nad 0,5. Přesto, že jsou ženy a muži nespokojeni se svým tělem, dokáží správně identifikovat a realisticky hodnotit své skutečné tělesné proporce. Tyto výsledky jsou v souladu s tvrzením, že přítomnost tělesné nespokojenosti ještě neznamená přítomnost narušeného vnímání vlastního těla.

Poslední výzkumnou otázkou byla souvislost mezi hodnocením vzhledu, fyzické zdatnosti a zdravím a sexuálním naplněním. Statistická analýza přinesla zajímavé závěry. Při srovnávání hodnocení vzhledu (appearance evaluation) a sexuálního naplnění odhalil korelační koeficient slabou korelaci u mužů i u žen. Vzhledem k dosavadním výzkumům v této oblasti bych očekávala vyšší hodnoty korelačního koeficientu. Tyto výsledky mohou být pravděpodobně zapříčiněny nevhodně zvolenou metodou (subškála sexuálního naplnění). Při srovnávání hodnocení fyzické zdatnosti (fitness evaluation) a sexuálního naplnění odhalil korelační koeficient podobné hodnoty, jako v předchozím případě. U mužů byl však sledovaný vztah silnější než u žen. Při srovnávání hodnocení vlastního zdraví (health evaluation) a sexuálního naplnění korelační koeficient odhalil téměř nulový vztah, jak u mužů, tak u žen. Tento výsledek není překvapivý vzhledem k povaze výzkumného souboru – neklinické populace, u které se nepředpokládají zdravotní obtíže a omezení vážnějšího charakteru.

Rozsah výzkumného souboru a množství proměnných, které jsem získala při sběru dat nabízí velké množství možností dalšího zkoumání. To ovšem většinou bylo nad rámec této práce. Některé příklady, které by mohly přinést zajímavé výsledky jsem už uvedla.

Výzkumný soubor dále nabízí možnost srovnání nespokojenosti s konkrétními částmi těla u mužů a žen (analýza jednotlivých položek v subškále BASS). Jak jsem zjistila při bližší analýze některých výzkumů, někteří výzkumníci si při práci s touto metodou vystačili pouze s deskriptivní statistikou, což je nedostačující a data nemohou být správně interpretována.

Data by bylo možné analyzovat na základě jiných kritérií, než je pohlaví. Bylo by možné sledovat výsledky v subškálách v závislosti na pohybových návycích, či v závislosti na hodnotě

BMI. Zajímavé výsledky by mohlo přinést zpětné zařazení do vzorku respondentů s BMI nad nebo pod pásmem širší normy. Je jejich odhad vlastních tělesných proporcí realistický? Je jejich tělesná nespokojenost vyšší než respondentů s BMI v pásmu širší normy?

Jednou ze subškál, se kterou jsem v analýze dat nepracovala, je subškála „illness orientation“. Sledování této subškály by mohlo přinést porozumění odlišností ve výsledcích mužů a žen v subškálách „health evaluation“ a „health orientation“. Také by bylo možné porovnat tuto subškálu s vyloučeným respondenty pro jejich zdravotní stav s respondenty, které žádné významnější obtíže neuvádějí.

Zajímavé výsledky by mohla přinést analýza Testu siluety a porovnání výsledků s jinými výzkumy, který tento test využívají.

Ve výzkumném souboru je vysoké zastoupení žen, které uvádějí zkušenost s gynekologickými obtížemi. Tyto ženy by bylo možné porovnat s ženami, které takové potíže nepopisují, a to zejména ve výsledcích subškál sexuálního naplnění. Dále jsem musela z výzkumného souboru vyloučit téměř 60 žen, které uvedli zkušenost s PPP. Jedná se o skupinu žen, které by také bylo možné srovnat s populací žen, které tuto zkušenost nemají. Zajímavé výsledky by mohla přinést především subškála „Overweight Preoccupation“. K oběma příkladům lze namítnout, že neznám skutečnou podobu jejich onemocnění a subjektivní zkušenosti.

Nasbíraná data přinesla zajímavé údaje, které byly „viditelné“ na první pohled a které podporují některá témata zmíněná v teoretické části. Respondenti měli možnost doplnit vlastní odpověď v dotazníku mapující zdravotní stav. Jeden z respondentů například uvedl: *„Ještě k výpočtu BMI, několik let posiluji, takže i přes to, že BMI vychází nelichotivě, mám změřený bodyfat 11 % a proto se nedá mluvit o obezitě.“* (respondent měl BMI nad 29 a byl zařazen do vzorku). Jiná respondentka uvedla: *„Jsem amputátka, amputace pravé ruky nad loktem a pravé nohy kompletně. Ve výše položené otázce o váze jsem uvedla 50 kg, což byla váha před amputacemi, po amputacích 36 kg“*. Zde je vidět jasná nevýhoda online sběru dat – pokud by tuto pro výzkum velice důležitou informaci žena neuvedla, do výzkumného souboru bych jí pravděpodobně zařadila. Další respondent uvedl: *„Před 3 měsíci jsem vážil o 20 kilo víc. To dost ovlivňuje následující odpovědi.“* Tento respondent nebyl zařazen do výzkumného souboru, protože se pohyboval v pásmu obezity. Tento výrok poukazuje na subjektivní vnímání změny v tělesném sebepojetí. Jiný muž uvedl: *„Mám nadváhu, ale nemám pocit, že by mě to omezovalo.“* Tento respondent měl BMI 39,5, což je téměř 3. stupeň obezity.

## 7. Závěr

I přes důkladné zmapování tématu Body image a tělesné nespokojenosti napříč vědními obory, se stále jedná o zajímavé téma, které přináší zajímavé výsledky a pomáhá porozumět lidské psychice. Vzhledem k velkému množství výzkumných a diagnostických metod v této oblasti se nabízí široký prostor pro výzkumné bádání.

Domnívám se, že od výzkumu Body image a tělesné nespokojenosti by se nemělo ustoupit zejména z toho důvodu, že vztah k vlastnímu je výrazně determinován kulturními a společenskými nároky, které se ovšem v čase významně proměňují. Skrze tyto výzkumy lze tedy empiricky sledovat trendy a upřednostňované nároky na vzhled aktuální doby.

Jak už bylo popsáno, při takto zaměřených výzkumech je třeba dbát na dodržování kritérií zařazení do výzkumného souboru. Vztah k vlastnímu tělu se mění v závislosti na mnoha faktorech a jedním z nich je dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav či různé formy vrozených vad, úrazy, začínající projevy stárnutí apod.

Vedle kulturně společenských faktorů jsou dalšími faktory determinující vztah k tělu rodina a vrstevnické skupiny. Zejména rodinné prostředí utváří sebepojetí dítěte, a právě tady se utváří základ pro další formování vztahu k vlastnímu tělu. Právě rodinné prostředí lze vnímat jako hlavní prediktor pro rozvoj negativního (tělesného) sebepojetí a v případě přítomnosti tohoto rizika jsou pro dítě důležité jiné protektivní faktory, jako například školní a vrstevnické prostředí.

Je poměrně snadné „předpovídat“ výsledky výzkumu na téma Body image a tělesné nespokojenosti. Jak se ovšem ukázalo v předchozí kapitole, i přes dobrou znalost tématu a velké empirické základny, lze dojít k překvapivým výsledkům, které nabízejí možnost dalších výzkumných otázek.

## 8. Bibliografie

- Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: MACH.
- Barrett, L., Dunbar, R. & Lycett, J. (2007). *Evoluční psychologie člověka*. Praha: *Portál*.
- Ben-Tovim, D. & Walker, M. (1991). Women's Body Attitudes: A Review of Measurement Techniques [Online]. *International Journal of Eating Disorders*, 10(2), 155-167.
- Blatný, M. (ed.). (2003). Část třetí: Sebepojetí z pohledu sociálně-kognitivní psychologie. In M. Blatný & A. Plháková, *Temperament, inteligence, sebepojetí: Nové pohledy n tradiční témata psychologického výzkumu* (87 - 131). Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR Brno a Stružení SCAN.
- Blatný, M. (ed.). (2010). Sebepojetí z pohledu sociálně-kognitivní psychologie. In M. Blatný, *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy* (105 - 136). Praha: Grada.
- Brownell, K. & Rodin, J. (1994). The Dieting Maelstrom: Is It Possible and Advisable to Lose Weight? [Online]. *American Psychologist*, 49(9), 781-782.
- Clark, N. (2014). *Sportovní výživa*. Praha: Grada.
- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z. & Fairburn, C. (1987). The Development and Validation of the Body Shape Questionnaire [Online]. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494.
- Crook, M. (1995). *V zajetí image těla: jak chápat a odmítat mýty o tělesném image*. Ost-rava: OLDAG.
- Curtis, C. & Loomans, C. (2014). Friends, family, and their influence on body image dissatisfaction [Online]. *Women's Studies Journal*, 28(2), 39-56.
- Davis, K. (1995). *Reshaping the female body : the dilemma of cosmetic surgery*. New York: Routledge.
- Dixon, D., Esslinger, K., Yen, W. & Grimes, A. (2015). Body Image Perception and Body Dissatisfaction Gender Differences [Online]. *KAHPERD Journal*, 53(1), 29-41.
- Fallon, A. & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape [Online]. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(1), 102-105.
- Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum.



- Fialová, L. & Krch, F. (2012). *Pojetí vlastního těla - zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum.
- Franzoi, S. & Shields, S. (1984). The Body Esteem Scale: Multidimensional Structure and Sex Differences in a College Population [Online]. *Journal of Personality Assessment*, 48(2), 173-178.
- Furnham, A. & Greaves, N. (1994). Gender and locus of control correlates of body image dissatisfaction. *European Journal of Personality*, vol. 8(issue 3), 183-200.
- Gardner, R. & Brown, D. (2010). *Review: Body image assessment* [Online]. *Personality and Individual Differences*, 48(2), 107-111.
- Grogan, S. (2000). *Body Image: Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada.
- Guskowska, M. (2015). *The Body Image Of Physically Active And Inactive Women*. *Polish Journal of Sport and Tourism*, vol. 22(issue 2), 74-78.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Healey, J. (2014). *Positive body image*. New South Wales: Spinney Press.
- Hrachovinová, T. & Chudobová, P. (2004). *Body image a možnosti jeho měření: (se zaměřením na neklinickou populaci)*. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*, 2004(48(6), 499-509.
- Hunt, M. (2015). *Dějiny psychologie*. Praha: Portál.
- Charles, N. & Kerr, M. (2011). Food for *Feminist Thought*. *The Sociological Review*, vol. 34(issue 3), 537-572.
- Janáčková, L. (ed.). (2014). *Psychologické aspekty plastické a estetické chirurgie*. In P. Brychta & J. Stanek, *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Koudelka, J. (ed.). (2012). *Marketingový význam Body image*. Zlín: Verbum.
- Krauss Whitbourne, S. (ed.) & Skultety, K. (ed.). (2004). *Body Image Development: Adulthood and Aging*. In T. Pruzinsky & T. Cash, *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice* (Paperback ed. pp. 83 - 90). New York: Guilford Press.
- Krch, F. (ed.). (2004). *Epidemiologie poruch příjmu potravy*. In F. Krch, *Poruchy příjmu potravy (2., aktualiz. a dopl. vydpp. 35 - 56)*. Praha: Grada.

- Krch, F. (ed.). (2004). Vymezení poruch příjmu potravy. In F. Krch, *Poruchy příjmu potravy* (2., aktualiz. a dopl. vydpp. 15 - 26). Praha: Grada.
- Kunešová, M. (ed.). (2008). *Léčba obezity dietou*. In Š. Svačina, *Klinická dietologie*. Praha: Grada.
- Kunešová, M. (ed.). (2011). *Vyšetření v obezitologii*. In V. Hainer, *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada.
- Lamb, C., Jackson, L., Cassiday, P. & Priest, D. (1993). Body Figure Preferences of Men and Women: A Comparison of Two Generations [Online]. *Sex Roles*, 28(5-6), 345-358.
- Levine, M. (ed.) & Smolak, L. (ed.). (2004). Body Image Development in Adolescence. In T. Pruzinsky & T. Cash, *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice* (Paperback ed.pp. 74 - 82). New York: Guilford Press.
- Macek, P. (ed.). (2008). Sebesystém, vztah k vlastnímu já. In J. Výrost & I. Slaměník, *Sociální psychologie: 2., přepracované a rozšířené vydání* (89 - 104). Praha: Grada.
- McCabe, M. & Ricciardelli, L. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan. A review of *past literature* [Online]. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(6), 675-685.
- Mishkind, M., Rodin, J., Silberstein, L. & Striegel-Moore, R. (2016). The Embodiment of Masculinity. *American Behavioral Scientist*, vol. 29(issue 5), 545-562.
- Nakonečný, M. (2013). *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář.
- Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM.
- Probst, M. (ed.). (2004). Vztah k vlastnímu tělu u poruch příjmu potravy: vymezení a terapie. In F. Krch, *Poruchy příjmu potravy* (165 - 178). Praha: Grada.
- Pruzinsky, T. & Cash, T. (2004). *Understanding Body Images: Historical and Contemporary Perspectives*. In *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice* (Paperback ed.pp. 3 - 12). New York: Guilford Press.
- Pruzinsky, T. (ed.) & Cash, T. (ed.). (2004). *Understanding Body Images: Historical and Contemporary Perspectives*. In T. Cash & T. Pruzinsky, *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice* (Paperback ed.pp. 3 - 12). New York: Guilford Press.
- Secord, P. & Jourard, S. (1953). The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*, vol. 17(issue 5), 343-347.

- Schwartz, M. (ed.) & Brownell, K. (ed.). (2004). Obesity and Body Image. In T. Pruzinsky & T. Cash, *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice* (Paperback ed.pp. 200 - 209). New York: Guilford Press.
- Siever, M. (1994). Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 62(issue 2), 252-260.
- Singh, D. & Singh, D. (2006). Role of Body Fat and Body Shape on Judgment of Female Health and Attractiveness: An Evolutionary Perspective [Online]. *Psychological Topics, Vol 15, Iss 2, Pp 331-350 (2006), 15(2), 331-350.*
- Smolak, L. (ed.). (2004). *Body Image Development in Children*. In T. Pruzinsky & T. Cash, *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice* (Paperback ed.pp. 65 - 73). New York: Guilford Press.
- Smolík, P. (1997). Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, *diagnostika*. Praha: Maxdorf.
- Stackeová, D. (2007). Tělesné sebepojetí v kontextu psychosomatiky a možnosti jeho ovlivnění. *Psychosomatická medicína*, 5(2), 47 - 54.
- Štich, V. (ed.). (2011). Pohybová aktivita v prevenci a léčbě obezity. In V. Hainer, *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada.
- Šulová, L. (2010). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Vašina, L. & Vychodilová, Z. (2013). Tělesné sebepojetí a somatická psychoterapie-sanoterapie. In *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity* (pp. 65 - 88). Brno: Masarykova univerzita.
- Wilhelm, S. (2006). *Feeling good about the way you look: a program for overcoming body image problems*. New York: Guilford Press.
- Rašticová, M. (2009). Prediktory nespokojenosti s tělem a souvislost s depresí v adolescenci. *E-psychologie* [online]. 3(1), [cit. vložit datum citování]. Dostupný z WWW: ISSN 1802-8853.
- Richmond, V. P., McCroskey, J. C., & Payne, S. K. (1991). *Nonverbal behavior in interpersonal relations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Thompson, J. K., & Tantleff, S. (1992). Female and male ratings of upper torso: Actual, ideal, and stereotypical conceptions. *Journal of Social Behavior & Personality*, 7(2), 345-354.
- Crisp, A. (2006). Anorexia nervosa in males: Similarities and differences to anorexia nervosa in females. *European Eating Disorders Review*, 14(3), pp. 163-167
- Striegel-Moore, R., Silberstein, L., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41(3), pp. 246-263.
- Oyebode, F., Boodhoo, J., & Schapira, K. (1988). Anorexia nervosa in males: Clinical features and outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 7(1), pp. 121-124.
- Nieuwoudt, J., Zhou, S., Coutts, R., & Booker, R. (2012). Muscle dysmorphia: Current research and potential classification as a disorder. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(5), pp. 569-577.
- Pope, H., & Katz, D. (1994). Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use. A controlled study of 160 athletes. *Archives of General Psychiatry*, 51(5), pp. 375-382.
- Pope, H., Gruber, A., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. (1997). Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38(6), pp. 548-557.
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Lizana, P., Moore, C., Pérez-Villalobos, C. E., Simpson, S., & Oda-Montecinos, C. (2017). Factor structure and reliability of the Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire in Chilean youth [Online]. *Eating And Weight Disorders*, 1–12.
- Pöhlmann, K., Roth, M., Brähler, E., & Joraschky, P. (2014). Der Dresdner Körperbildfragebogen (DKB-35): Validierung auf der Basis einer klinischen Stichprobe. *Ppmp - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 64(03/04), 93-100.
- Mia Scheffers, Marijtje A J van Duijn, Ruud J Bosscher, Durk Wiersma, Robert A Schoevers, & Jooske T van Busschbach. Psychometric properties of the Dresden Body Image Questionnaire: A multiple-group confirmatory factor analysis across sex and age in a Dutch non-clinical sample [Online]. *Plos One*, Vol 12, Iss 7, P E0181908 (2017), 12(7), e0181908.
- Cash, T. F. (2000). *Body image assessments: MBSRQ. The Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire Users' Manual.*

## 9. Seznam příloh

- I. Úvodní slovo před vyplněním dotazníku
- II. Sociodemografický dotazník
- III. Dotazník mapující zdravotní stav
- IV. Test siluety
- V. Multidimensional Body-self Relations Questionnaire – psychometrické vlastnosti
- VI. Multidimensional Body-self Relations Questionnaire – položky dotazníku
- VII. Der Dresdner Körperbildfragebogen – položky vybraných subškál
- VIII. Tabulkový přehled výsledků dotazníku mapující zdravotní stav u respondentů zařazených do výzkumu