MASARYKOVA
UNIVERZITA

LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Stigmatizace obézních osob ve zdravotnictví

Diplomová práce

BC. ET BC. JANA MARKOVÁ

Vedoucí práce: prof. PhDr. Hana Přikrylová Kučerová, Ph.D.

Ústav veřejného zdraví
obor Výživa dospělých a dětí

Brno 2023

MUNI
MED

Bibliografický záznam

Autor: Bc. et Bc. Jana Marková
Lékařská fakulta
Masarykova univerzita
Ústav veřejného zdraví

Název práce: Stigmatizace obézních osob ve zdravotnictví

Studijní program: Výživa dospělých a dětí

Vedoucí práce: prof. PhDr. Hana Přikrylová Kučerová, Ph.D.

Rok: 2023

Počet stran: 104

Klíčová slova: obezita, stigma, stigmatizace, stigma ve zdravotnictví, zdravotní péče, diskriminace, postoj

Bibliographic record

Author: Bc. et Bc. Jana Marková
Faculty of Medicine
Masaryk University
Department of Public Health

Title of Thesis: Obesity Stigma in Health Care

Degree Programme: Dietitian

Supervisor: prof. PhDr. Hana Přikrylová Kučerová, Ph.D.

Year: 2023

Number of Pages: 104

Keywords: obesity, obesity stigma, weight stigma, weight bias, discrimination, sizeism, weight bias in health care, anti-fat attitudes

Anotace

Stigmatizace obézních je ve společnosti četný jev a může být jedním z faktorů ovlivňujícím psychické i fyzické fungování obézního jedince. Tyto důsledky, jež stigma na obézního jedince může mít jsou v práci komplexně představeny. Stigmatizace může mít vliv i na léčbu obezity a to mj. skrze postoje a přesvědčení zdravotníků ohledně obézních osob. Právě tyto postoje a přesvědčení jsou v práci kvantifikovány a rovněž jsou zkoumány faktory, jež mohou na tyto postoje a přesvědčení mít vliv.

Abstract

Stigma and discrimination toward obese persons are pervasive and pose numerous consequences for their psychological and physical health. These consequences, which stigma can have on an obese individual are comprehensively presented. Weight stigma can also affect the treatment of obesity, mainly through the attitudes and beliefs that health professionals hold regarding obese people. It is these attitudes and beliefs that are quantified in the thesis as well as the factors that can be associated with these attitudes and beliefs.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma **Stigmatizace obézních osob ve zdravotnictví** zpracovala sama. Veškeré prameny a zdroje informací, které jsem použila k sepsání této práce, byly citovány v textu a jsou uvedeny v seznamu použitých pramenů a literatury.

V Brně 1. ledna 2023

.....
Bc. et Bc. Jana Marková

Poděkování

Děkuji za obětavou podporu příteli a rodině. Děkuji také vedoucí práce, prof. PhDr. Haně Přikrylové Kučerové, Ph.D., za trpělivost a cenné rady. V neposlední řadě chci poděkovat studijním referentkám, RNDr. Ivaně Pánkové z Masarykovy univerzity a Bc. Lence Kubinové z Ostravské univerzity, jež byly velmi nápomocné při sběru dat.

Obsah

Seznam schémat a grafů 13

Seznam tabulek 14

Seznam zkratek 15

1 Úvod 17

2 Obezita 18

2.1 Definice 18

2.2 Epidemiologie 19

2.3 Etiopatogeneze obezity 20

2.4 Důsledky, komplikace, komorbidity 20

2.5 Léčba obezity 22

3 Stigma 24

3.1 Stigma založené na tělesné hmotnosti jedince (*weight stigma*) 25

3.2 Projevy stigmatu 27

3.3 Shrnutí 29

4 Důsledky stigmatizace pro jedince 31

4.1 Psychické důsledky 32

4.2 Příjem potravy a jeho patologie 33

4.3 Fyzická aktivita 34

4.4 Fyziologický stres 35

4.5 Tělesná hmotnost, morbidita, mortalita 35

4.6 Shrnutí 36

5 Stigmatizace obézních ve zdravotnictví 37

5.1 Vnímání obézních osob zdravotníky 37

5.2 Postoje studentů lékařských fakult 38

5.3 Důsledky stigmatizace obézních ve zdravotnictví 40

6 Výzkumný problém a výzkumné cíle 46

6.1 Výzkumné cíle 46

7 Metoda 48
7.1 Design a zkoumaná populace 48
7.2 Operacionalizace, nástroje 48
7.3 Etické aspekty 51
7.4 Hypotézy ke statistickému testování 51
7.5 Procedura 52
7.6 Zpracování dat 53

8 Výsledky 54
8.1 Výzkumný soubor 54
8.2 Psychometrické parametry AFA a BAOP 56
8.3 Postoje a přesvědčení studentů LF 57
8.4 Ověřování platnosti hypotéz 69

9 Diskuze 79
9.1 Diskuze nad výsledky BAOP 81
9.2 Diskuze nad výsledky AFA 82
9.3 Limity a doporučení do budoucna 83

10 Závěr 86

Použité zdroje 87

Příloha A Dotazník 97

Příloha B Leták k dotazníku 101

Seznam schémat a grafů

Schéma 1: Zdravotní důsledky weight stigma. 31
Schéma 2: Stigmatizace obézních ve zdravotnictví. 45

Graf 1: Položka 1 – opravdu nemám tlusté lidi v oblibě. 59
Graf 2: Položka 2 – nemám mnoho přátel, kteří jsou tlustí. 59
Graf 3: Položka 3 – mám sklon si myslet, že lidé s nadváhou jsou trochu nedůvěryhodní. 59
Graf 4: Položka 4 – ačkoli někteří tlustí lidé jsou jistě chytří, obecně si myslím, že nejsou tak inteligentní jako lidé s normální hmotností. 60
Graf 5: Položka 5 – dělá mi problém brát tlusté lidi vážně. 60
Graf 6: Položka 6 – tlustí lidé ve mně vyvolávají nepříjemné pocity. / Tlustí lidé na mě nepůsobí příjemně. 60
Graf 7: Položka 7 – kdybych byl/a zaměstnavatel hledající pracovníky, asi bych nezaměstnal/a tlustého člověka. 61
Graf 8: Položka 8 – když přiberu, cítím se sám sebou znechucen/znechucena. 61
Graf 9: Položka 9 – jedna z nejhorších věcí, která by se mi mohla stát, je přibrat 10 kilo. 62
Graf 10: Položka 10 –bojím se, že ztloustnu. 62
Graf 11: Položka 11 – lidé, kteří váží příliš moc, mohou zhubnout prostřednictvím občasného cvičení. 62
Graf 12: Položka 12 – někteří lidé jsou tlustí, protože nemají žádnou vůli. 63
Graf 13: Položka 13 – tlustí lidé si za svou tloušťku můžou převážně sami. 63
Graf 14: Četnost interakcí s obézními vyučujícími, se zaměstnanci fakulty, s lékaři a s dalšími zdravotníky. 65
Graf 15: Četnost interakcí s obézními spolužáky a s celkově studenty LF. 65
Graf 16: Četnost interakcí s obézními pacienty. 66
Graf 17: Četnost setkávání se s negativními komentáři a/nebo vtipy ohledně obézního pacienta z důvodu jeho/její hmotnosti. 67
Graf 18: Četnost setkávání se s diskriminačním zacházením s obézním pacientem z důvodu jeho/její hmotnosti. 67
Graf 19: Vnímané kompetence léčit pacientovu obezitu. 68
Graf 20: Vnímání kompetencí ohledně léčby pacientovy obezity. 68
Graf 21: Rozdíl mužů a žen ve skórech AFA. 69
Graf 22: Rozdíl mužů a žen ve skórech subškály Nechuť/odpor. 70
Graf 23: Rozdíl mužů a žen v subškále Strach z tloušťky. 70
Graf 24: Rozdíl mužů a žen v subškále Síla vůle. 71
Graf 25: Rozdíl mezi dvěma skupinami BMI ve skórech škály Nechuť/odpor. 72
Graf 26: Rozdíly mezi kategoriemi BMI v subškále Strach z tloušťky. 72

Seznam tabulek

Tabulka 1: BMI a obezita 18
Tabulka 2: Komplikace obezity dle Hainera.[13] 21
Tabulka 3: Zjišťované údaje ve výzkumu. 48
Tabulka 4: Likertova škála četnosti interakcí. (vlevo) 49
Tabulka 5: Likertova škála příznivosti interakcí s obézními osobami. (vpravo) 49
Tabulka 6: Subškály AFA. 49
Tabulka 7: Míra souhlasu u BAOP. 50
Tabulka 8: Údaje o věku vzorku respondentů. 54
Tabulka 9: Zastoupení studovaných oborů v souboru respondentů. 54
Tabulka 10: Zastoupení ročníků ve výzkumném vzorku. 55
Tabulka 11: Popisná statistika BMI výzkumného souboru. 55
Tabulka 12: Popisná statistika BMI a pohlaví. 55
Tabulka 13: Kategorie BMI respondentů. 55
Tabulka 14: Cronbachova alfa subškál AFA. 56
Tabulka 15: Korelace mezi AFA a subškálami AFA (všechny koeficienty vyšly statisticky signifikantní na hladině α=0,01) 56
Tabulka 16: Skóre studentů v AFA. 57
Tabulka 17: Průměrné skóry a míra souhlasu studentů v jednotlivých položkách AFA. 58
Tabulka 18: Celkové skóry respondentů v BAOP. 63
Tabulka 19: Míra souhlasu a průměrné skóry v jednotlivých položkách BAOP 64
Tabulka 20: Četnost interakcí s obézními osobami. 64
Tabulka 21: Příznivost interakcí respondentů s obézními osobami v rámci studia na LF. 66
Tabulka 22: Četnost setkávání se se stigmatizací obézních v rámci studia na LF. 67
Tabulka 23: Korelace BMI s BAOP a AFA. (Sig.=statistická významnost) 73
Tabulka 24: Rozdíly v subškále Síla vůle mezi jednotlivými ročníky studia 74
Tabulka 25: Rozdíl ve skórech AFA mezi respondenty s a bez blízké obézní osoby. 75
Tabulka 26: Rozdíl v subškále Nechuť/odpor mezi respondenty s a bez blízké obézní osoby. 75
Tabulka 27: Rozdíl skórů v subškále Nechuť/odpor mezi respondenty v minulosti obézními a nikoliv. 76
Tabulka 28: Rozdíl ve skórech subškály Strach z tloušťky mezi respondenty v minulosti obézními a nikoliv. 77
Tabulka 29: Výsledky testování hypotéz. 78
Tabulka 30: Srovnání výsledků BAOP s jinými výzkumy. 81
Tabulka 31: Srovnání výsledků AFA s jinými studiemi – průměry (SD) 82

Seznam zkratek

A1C	–	glykovaný hemoglobin
AFA	–	Dotazník postojů proti tloušťce
APA	–	Americká psychologická asociace
BAOP	–	Škála přesvědčení o obézních osobách
BMI	–	Body Mass Index
CRP	–	C-reaktivní protein
ČR	–	Česká republika
LF	–	lékařská fakulta
MKN-10	–	Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů 10. edice
SD	–	směrodatná odchylka
USA	–	Spojené státy americké
WBI	–	Internalizace weight bias
WC	–	obvod pasu
WHO	–	Světová zdravotnická organizace
WHR	–	poměr obvodu pasu a boků

1 Úvod

Obezita i ve druhé dekádě 21. století představuje značnou výzvu pro zdravotnické a sociální systémy celého světa. Prevalence obezity je na vzestupu téměř ve všech částech planety a tento nárůst obézní populace s sebou přináší i s obezitou spojené zdravotní komplikace jako například zvýšené riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění, diabetu mellitu atd. Navzdory existenci řady léčebných možností obezity se stále nedaří epidemii obezity efektivně řešit.

Léčba obezity (stejně jako její etiopatogeneze) je velmi komplexní záležitost, ve které se spojují poznatky z medicíny i dalších přírodních a psychosociálních věd. Je tedy třeba zkoumat mj., jaké psychosociální faktory ovlivňují jedincovu tělesnou hmotnost, a jaké aspekty se uplatňují při snaze redukovat hmotnost nadbytečnou. Jedním z těchto faktorů může být stigmatizace obézních osob.

Právě o osvětlení této problematiky se snaží současná práce – představuje stigmatizaci obézních osob jako důležitý prvek pro pochopení se zdravím spojeného chování obézních osob. V teoretické části je stigma zkoumáno z několika úhlů pohledu a bližší pozornost je věnována především důsledkům stigmatizace obézních osob a stigmatizaci obézních osob ve zdravotnictví, jakožto často přehlíženému sociálnímu fenoménu, jež se může uplatňovat jako faktor etiologie i (ne)úspěšné léčby. Stigma ve zdravotnictví je popsáno především pomocí zkoumání postojů zdravotníků vůči jejich obézním pacientům a pomocí vlivu těchto postojů na prožívání a fungování pacienta. Teoretická část si tedy klade za cíl především přinést komplexní pohled na zkušenost obézního jedince v procesu zdravotní péče.

Postoji a přesvědčeními zdravotníků se zabývá i praktická část práce – konkrétně tedy postoji a přesvědčeními studentů lékařských fakult v České republice. Mezi cíle výzkumu patří především kvantifikace míry negativních postojů a přesvědčení studentů lékařských fakult vůči obézním osobám a také prozkoumání faktorů, jež mohou být s těmito postoji a přesvědčeními ve vztahu.

Na tomto místě je také třeba zmínit, že se tato práce zabývá pouze dospělou obézní populací a zkušenostmi této populace se stigmatizací. Ačkoliv je problematika stigmatizace dětí a dospívajících neméně závažná, v rámci této práce zde pro ni není místo.

2 Obezita

Obezitu lze v současnosti považovat za jeden z nejzávažnějších zdravotních problémů celosvětové populace. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) celosvětově každý rok umírají přes 4 miliony lidí na důsledky nadváhy nebo obezity.[1] Zároveň WHO tvrdí, že prevalence obezity a nadváhy mezi dětmi i dospělými roste a dosahuje proporcí epidemie – alarmující je, že se mezi léty 1975 a 2016 celosvětová prevalence obezity mezi dětmi a dospívajícími ztrojnásobila.[1] Obezita byla dříve vnímána jako problém pouze moderních západních zemí s vysokými příjmy, avšak WHO konstatuje, že výskyt obezity dramaticky roste i v zemích s nízkými a středními příjmy (zejména v městském prostředí).[1] Jedná se tedy o onemocnění přinášející závažné zdravotní, ekonomické a psychosociální důsledky.

Je obecně přijímaný fakt, že obezita představuje závažnou celosvětovou otázku, na niž ani v druhé dekádě 21. století nemáme adekvátní odpověď. V současnosti neexistuje efektivní a dostupné řešení zvyšující se prevalence obezity, které by bylo vhodné a účelné pro celosvětovou populaci.

2.1 Definice

WHO definuje obezitu jako *„abnormální nebo nadměrnou akumulaci tuku, která představuje zdravotní riziko.“*[1] Tradičně je obezita definována hodnotou Body Mass Indexu (BMI) nad 30. BMI představuje poměr tělesné hmotnosti ku tělesné výšce:

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

Hodnoty definující kategorie tělesné hmotnosti dle BMI je níže:

Tabulka 1: BMI a obezita

BMI	**Status**
Pod 18,5	*Podvýživa*
18,5 – 24,9	*Normální hmotnost*
25 - 29,9	*Pre-obezita (nadváha)*
30 - 34,9	*Obezita 1. stupně*
35 – 39,9	*Obezita 2. stupně*
40 a více	*Obezita 3. stupně*

BMI je považován za velmi jednoduchý a vzhledem k administraci a vyhodnocení rychlý nástroj zhodnocení poměru tělesné hmotnosti k výšce. Je ovšem třeba zmínit, že BMI je vhodné především k širokému populačními využití, jeho použití u jednotlivců může být problematické. Studie se čtyřmi tisíci účastníky porovnávající BMI a

metabolické ukazatele zdravotního stavu (krevní tlak, glykemie, inzulinorezistence, krevní lipidy atd.) zjistila, že téměř polovina osob s nadváhou (a 29 % obézních) byla metabolicky zdravá. Naopak přes 30 % osob s normální hmotností vykazovalo abnormality v metabolických parametrech.[2] Tyto diskrepance je třeba brát v úvahu nejen například při formulaci populačních opatření, ale především i v oblasti poskytování zdravotní péče, kdy je třeba individuálně hodnotit zdraví konkrétního pacienta.

Jak je zmíněno výše, BMI kalkuluje s výškou a tělesnou hmotností daného jedince – nebere v úvahu jeho tělesné složení (množství svalové hmoty, tuku atd.) ani distribuci těchto složek v těle. Přičemž distribuce tělesného tuku v lidském organismu může být další sledovaný parametr při posuzování rizik plynoucích z nadměrného ukládání tělesného tuku. Měření obvodu pasu (*WC – waist circumference*) nebo poměru pasu a boků (*WHR – waist-to-hip ratio*) dle meta analýzy stejně jako BMI korelovalo s celkovou mortalitou, a navíc není třeba pacienty vážit (pouze přeměřit).[3] Existují dokonce spekulace o tom, že by WC a WHR by mohly BMI v kvantifikaci rizik celkové mortality nahradit.[4]

Co se týká terminologického aparátu této práce je třeba zmínit, že i přestože mezi obezitou a nadváhou existuje jasná klinická hranice daná pomocí BMI, ve studiích zabývajících se stigmatizací obézních nebývají tyto dvě jednotky striktně oddělovány. V tomto typu výzkumů existují spíše tendence tyto dvě jednotky zaměňovat[5] , nicméně oba termíny bývají používány k popsání stavu nad normální hodnotu tělesné hmotnosti. Tuto terminologickou problematiku dále komplikuje fakt, že se v některých studiích zkoumá vnímaná tělesná hmotnost (oproti faktické).

Obezitu lze samozřejmě nalézt i v Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. edici (MKN-10) a to v sekci E (nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek).[6]

2.2 Epidemiologie

WHO udává, že v roce 2016 bylo celosvětově 1,9 miliard dospělých s nadváhou – z toho 650 milionů osob obézních. Na celém světe tedy bylo v roce 2016 39 % osob nad 18 let obézních.[1] Dle analýzy dat z Global Burden of Disease Study se mezi lety 1980 a 2013 zvýšila celosvětová prevalence obezity z 28,8 % na 36, 9 % u mužů a u žen z 29,8 % na 38,0 %.[7]

Tato analýza se věnovala i prevalenci obezity a nadváhy v České republice a zjistila, že v roce 2013 bylo 17, 8 % mužů obézních (65,5 % nadváhy a obezity). Co se týče žen, obezitu a nadváhu mělo 50 % (pouze obezitu 20,8 %).[7]

Výše uvedená čísla lze porovnat s daty od Eurostatu z roku 2019: Dospělých mužů bylo v České republice obézních 21,8 % (pouze nadváhu mělo 48 %) a dospělých žen bylo 18 % obézních (nadváhu mělo 32,6 %). Celkem tedy mělo v České republice 40 % populace nadváhu a téměř 20 % obezitu.[8]

2.3 Etiopatogeneze obezity

V současnosti je obecně přijímaným faktem, že v populaci četná obezita je tzv. multifaktoriální povahy – v rozvoji a průběhu onemocnění se uplatňují jak faktory prostředí, tak faktory na straně vnitřní biologie jedince. (Tato práce se nevěnuje monogenním formám obezity). Obezita může vzniknout v jakémkoliv životním období, nicméně existují určitá riziková období pro vznik tohoto onemocnění jako například dospívání, těhotenství, menopauza atd.

Jako základní patofyziologický faktor obezity se udává především porušení rovnováhy v příjmu a výdeji energie.[9] Celosvětově se tedy v nárůstu prevalence obezity dle WHO uplatňuje zvýšený příjem energeticky denzních potravin a pokrmů, jež jsou bohaté na tuky a jednoduché cukry a snížená fyzická aktivita z důvodu nárůstu sedavého způsobu života.[9] Patogeneze obezity může být často trivializována na pouhou problematiku přejídání se a nedostatku pohybu, nicméně v regulaci tělesné hmotnosti se uplatňuje celá řada dalších faktorů:

Ve vzniku a rozvoji obezity hraje do určité míry roli i neovlivnitelná genetická výbava jedince – ať jde o monogenní formy obezity nebo o vliv mnoha tzv. obezitogenních genů. Genetickou komponentu utváření BMI jedince lze zkoumat především pomocí studií dvojčat – jejich metaanalýza odhadla dědičnost obezity přes 40 %.[10]

Pro jedince neovlivnitelný je také způsob, jakým způsobem byl epigeneticky naprogramován jeho organismus prenatálně. Řada faktorů má pravděpodobně schopnost ovlivnit jedince již před narozením, a tím potenciálně zvýšit jeho riziko rozvoje obezity v pozdějším věku.[11] V patogenezi obezity se mohou taktéž uplatňovat další faktory životního stylu - například zanechání kouření, nedostatečná délka nebo kvalita spánku, jedincem užívaná léčiva (např. kortikosteroidy), ale i faktory životního prostředí – včetně vlivu např. endokrinních disruptorů.[12]

WHO doplňuje, že změny ve stravovacích zvyklostech a fyzické aktivitě jsou často výsledkem změn v životním prostředí a společnosti, které bývají spojené se nedostatkem podpůrných politik v odvětvích jako zdravotnictví, potravinářství, doprava, životní prostředí, marketing, vzdělávání atd.[9]

Rozvoj obezity je tedy jak na populační, tak na individuální úrovni velmi složitou problematikou s řadou uplatňujících se vlivů – některých individuálně ovlivnitelných, některých nikoliv. Bylo by tedy velmi krátkozraké rozvoj obezity zjednodušovat například na pouhou absenci tělesného pohybu nebo na přejídání se.

2.4 Důsledky, komplikace, komorbidity

Zvýšené BMI dle WHO přestavuje rizikový faktor pro řadu onemocnění:[9]

- kardiovaskulární onemocnění – především infarkt myokardu, centrální mozková příhoda
- diabetes mellitus
- onemocnění svalstva a skeletu – především osteoartritida
- některé druhy onkologických onemocnění – například karcinom endometria, prsu, prostaty, jater, žlučníku, ledvin a tlustého střeva

Rizikům obezity pro zdraví se věnuje i Hainer[13] – vybrané komplikace obezity z jeho publikace shrnuje tabulka:

Tabulka 2: Komplikace obezity dle Hainera.[13]

Kardiovaskulární	**Metabolické**	**Respirační**
Hypertenze Ischemická choroba srdeční Cevní mozková příhoda Tromboembolická nemoc	Diabetes mellitus 2. typu Inzulinorezistence Dyslipidemie Hyperurikémie	Hypoventilace Syndrom spánkové apnoe Astma bronchiale
Onkologické	**Gastrointestinální**	**Endokrinní**
Karcinom endometria, prsu, vaječníků, tlustého střeva, rekta, žlučníku atd.	Refluxní choroba jícnu Hiátová hernie Pankreatitida Jaterní steatóza	Hyperestrogenismus Hypogonadismus Hyposekrece růstového hormonu
Gynekologické	**Kožní**	**Ortopedické**

Psychiatrické komorbidity

Na tomto místě nelze opomenout komorbiditu psychiatrickou, která je u obezity neméně závažná. Co se psychopatologie týče, bylo zjištěno, že osoby s obezitou mohou mít vyšší riziko existence psychiatrických onemocnění oproti neobézním jedincům. Toto zvýšené riziko ve studii platilo pro poruchy nálad, úzkostné poruchy i poruchy příjmu potravy – tedy pro poměrně široké spektrum v populaci nejčastějších duševních onemocnění.[14]

Mezi nejčastější poruchy nálady lze zařadit depresivní epizodu, jejíchž vztah k obezitě zkoumala metaanalýza. Autoři zjistili, že osoby s obezitou měli o 32 % vyšší šanci existence depresivní epizody oproti osobám s normálním BMI.[15] Mezi obezitou a depresí navíc pravděpodobně existuje vztah oboustranný – riziko vzniku deprese za obezity, ale i vzniku obezity za deprese.[16] Mediátory tohoto bidirekcionálního vztahu jsou stále předmětem výzkumu – může se jednat například o body image, fyzické zdraví, pohlaví, ale také právě stigma, jež ohledně zvýšené tělesné hmotnosti panuje.[17]

Jako závažné psychiatrické komorbidity obezity je třeba zmínit i poruchy příjmu potravy. Výzkum porovnával obézní a neobézní jedince v riziku existence poruch příjmu potravy a bylo zjištěno, že obézní mají toto riziko 18x vyšší než neobézní.[14] Častou poruchou příjmu potravy o obézních může být *binge-eating disorder* (v MKN-

10 jako *psychogenní přejídání*) a *night-eating syndrome* (v MKN-10 nemá ekvivalent), jež mohou dokonce přispívat k dalšímu nárůstu tělesné hmotnosti obézního jedince.[18]

Tato práce se zabývá primárně stigmatem ohledně obezity jedince, současným cílem není podat vyčerpávající přehled o psychice obézního jedince nebo jedince s nadváhou. Nicméně nelze nezmínit existenci několika dalších psychosociálních aspektů, jež mohou hrát roli v problematice vnitřního prožívání obézní osoby. Jedním z nejhojněji zkoumaných konstruktů je body image.

Body image představuje to, jak daná osoba vnímá své tělo – zahrnuje postoje, pocity, myšlenky i chování vztažené k vlastnímu tělu.[19] Metaanalýza zjistila, že obézní lidé jsou značně více nespokojeni se svým tělem oproti osobám neobézním, zvláště pak tento fakt platil u ženského pohlaví.[20] Negativní body image může být v asociaci s dalšími důležitými psychickými aspekty jako například se self-esteemem (sebehodnocením) nebo se self-efficacy (vědomí vlastní účinnosti). V patogenezi a udržování obezity mohou hrát roli například také osobnostní rysy jako svědomitost nebo impulzivita. [21,22]

2.5 Léčba obezity

S obezitou spojená onemocnění a jejich zátěž pro zdravotnické systémy přitahuje pozornost odborné i neodborné veřejnosti jak na populační, tak na individuální úrovni.

Na populační úrovni se řešením obezity zabývají odborné vědecké společnosti, nadnárodní organizace i zákonodárci. Cílem všech těchto subjektů je přinést účinné strategie, jež budou schopny přispívat k řešení nastalé epidemie obezity. Například WHO ve svém Zdraví 2020 identifikuje nepřenosné nemoci hromadného výskytu jako jednu z prioritních oblastí zdraví Evropské populace.[23] V návaznosti na Zdraví 2020 vznikla řada strategických prohlášení, jako například Evropská strategie pro prevenci a kontrolu neinfekčních onemocnění[24] nebo Evropský akční plán v oblasti potravin a výživy.[25]

Na individuální úrovni stojí v první linii léčby obezity změna životního stylu zaměřená na redukci tělesné hmotnosti – cílí se především na adekvátní změnu stravování a zvýšení fyzické aktivity. Změnou životního stylu podmíněná mírná redukce hmotnosti o 5–10 % vedla ve studii ke zlepšení kardiovaskulárních parametrů, vyšší redukce hmotnosti přinášela ještě lepší výsledky vzhledem ke zdravotním rizikům obezity.[26]

Samotná redukce hmotnosti ovšem může pro řadu pacientů představovat velmi obtížný úkol. Existuje řada faktorů, které komplikují redukci hmotnosti i udržování hmotnosti v normě po úspěšném zhubnutí. Mezi některé tyto bariéry na cestě k efektivní léčbě obezity lze zmínit například zneužívání návykových látek, užívání obezitogenních farmak, souběžná onemocnění ovlivňující tělesnou hmotnost, socio-

ekonomický status, nedostatek času, nedostatek sociální opory, nedostupnost kvalitní zdravotní péče atd. [27,28]

Další léčebnou možnost, ke které se přistupuje především po selhání opatření životního stylu představuje farmakologická intervence. Lze využívat léčiva jako například orlistatum, jež snižuje vstřebávání tuků v tenkém střevě a tím pádem snižuje množství přijaté energie. Na trhu existují i léčiva cílící na centrální nervovou soustavu (např. Mysimba).

V neposlední řadě se jako možnost léčby obezity užívá bariatrická chirurgie, která je vhodná pro pacienty s BMI nad 40 (nebo BMI nad 35 společně se závažnými komplikacemi obezity). Operační restriktivní, malabsorpční nebo kombinované zákroky mohou vést k redukci tělesné hmotnosti i zlepšení parametrů komorbidit obezity j(ako například diabetu mellitu 2. typu) a představují poměrně bezpečnou možnost léčby obezity.[29] V závislosti na typu procedury a dalších faktorech může u pacientů dojít k redukci až 25 % tělesné hmotnosti v horizontu pěti let[30] a až u 50 % pacientů lze nalézt v návaznosti na bariatrii remisi diabetu mellitu trvající 12 let.[31]

Hainer nezapomíná v rámci léčebného procesu obezity zmínit úlohu péče o psychiku daného pacienta – účast psychologa by měla být součástí multifaktoriálního přístupu k léčbě obezity.[13] S oblibou bývá využívána kognitivně-behaviorální psychoterapie pro její možný příznivý efekt nejen na redukci hmotnosti, ale i pro potenciální zlepšení psychiky jedince a zmírnění příznaků možných koexistujících poruch příjmu potravy.[32]

Léčba obezity je tedy stejně jako její etiologie multifaktoriální záležitostí propojující nejen medicínu, ale i psychosociální vědní pole. Na řešení obezity by se měla na populační i individuální úrovni podílet řada odborníků.

3 Stigma

Následující kapitola představí pojmový aparát práce a stručně vysvětlí, co vlastně stigma je. Na tomto místě je rovněž probráno jak a kde se stigma projevuje. V tomto textu není věnován prostor teoriím vysvětlujícím stigma na filozofické a psychologické úrovni, jelikož toto téma přesahuje možnosti současné práce.

Slovník Americké psychologické asociace (APA) definuje **stigma** jako *„negativní sociální postoj spojený s vlastností jedince, jenž může být vnímána jako mentální, fyzický nebo sociální nedostatek“*.[33]

Postoj (*attitude*) je velmi častým pojmem v sociální psychologii a lze ho definovat jako *„hodnotící vztah k různým sociálním objektům“*.[34] Postoje tedy mají určitou valenci – nemohou být neutrální. V zahraniční literatuře se pro popis negativních postojů vůči obezitě a obézním využívá pojmu *anti-fat attitudes*. Právě tyto postoje a jejich složky jsou zkoumány v praktické části práce.

Dalším častým termínem používaným v souvislosti se stigmatem je **přesvědčení** (*belief*) – tento pojem úzce souvisí s postoji. Sociální psychologie tvrdí, že *„každé přesvědčení přisuzuje objektu určitou vlastnost a postoj osoby je funkcí těchto vlastností“*.[35] APA definuje přesvědčení jako *„přijetí platnosti něčeho (např. jevu, pravdivosti osoby), zejména při absenci zdůvodnění“*.[36] V problematice stigmatizace obézních osob se zkoumají především přesvědčení ohledně kauzality obezity.

Stigma na sebe může brát i podobu **stereotypu** (*stereotype*) – tedy sociálního schématu pro určitou skupinu. Stereotypy lze popsat jako soubory vlastností, o kterých lze předpokládat, že vystihují určitou skupinu či kategorii lidí.[37] Pokud je stereotyp negativní povahy, lze o něm smýšlet jako o **předsudku** (*prejudice*). Předsudek je dle APA definován jako *„negativní postoj vůči osobě/skupině osob vytvořený před jakoukoli zkušeností s touto osobou/skupinou osob“*.[38] Předsudky zahrnují afektivní (emoční), kognitivní i behaviorální složku. Behaviorální složka znamená, že se negativní hodnotící reakce vůči obézním osobám mohou manifestovat i v chování vůči těmto jedincům – může docházet k jejich **diskriminaci** (někdy je používán termín *sizeism*).

V zahraniční odborné literatuře se lze setkat i s výrazem ***„bias“***, který lze přeložit jako jakousi zaujatost nebo zkreslení vůči něčemu.[39] Vzniká tedy termín *„weight bias“*, popisující nerovný přístup a negativní zaujetí vůči obézním osobám a obezitě jako fenoménu celkově.

Obecně lze hodnotící tendence (v literatuře především postoje) rozdělovat na dvě úrovně – implicitní a explicitní. Postoje nemusí být vědomě přístupné, aby byly schopny vyvolat hodnotící reakce na objekt. A právě nevědomé reakce se nazývávají implicitní postoje. Implicitní postoj je relativně trvalá obecná hodnotící reakce, jež si osoba neuvědomuje a neovládá. Tyto postoje jsou aktivovány automaticky pouhou přítomností objektu, ke kterému jsou vázány. Implicitní hodnotící reakce je velmi obtížné zkoumat – většinou se používá Test implicitních asociací, jež má měřit sílu

podvědomé asociace mezi mentálními reprezentacemi objektů v mysli testované osoby. Naproti tomu, explicitní postoje operují na vědomé úrovni a lze je měřit tradičními sebe posuzujícími škálami a dotazníky.[40]

3.1 Stigma založené na tělesné hmotnosti jedince (*weight stigma*)

Výše uvedená oficiální definice stigmatu pojem *„weight stigma"* vnímá především jako postoj, nicméně stigma založené na hmotnosti jedince zahrnuje kromě negativních postojů i negativní přesvědčení, stereotypy a chování (tedy diskriminaci) – vše zaměřené na obézní osobu/osobu s nadváhou.

Weight stigma lze tedy definovat jako *„sociální znevažování osob kvůli jejich tělesné hmotnosti".*[41] V práci bude často používán tento anglický výraz z důvodu nesnadného překladu tohoto termínu do plynulého textu. V zahraničních studiích bývají velmi často zaměňovány pojmy *weight stigma*, *obesity stigma* a *weight bias*, s tím, že všechny termíny mají v podstatě představovat znevažování osob s vyšší tělesnou hmotností.

3.1.1 Internalizace stigmatu (WBI – *weight bias internalization*)

V souvislosti s vnímáním stigmatu samotnou stigmatizovanou osobou lze namítnout, že přeci záleží na tom, zda se samotná osoba cítí být stigmatizovaná. Touto myšlenkou se zabývá řada autorů. Pracují většinou s premisou, že stigma se stává ohrožujícím pro fungování jedince, pokud jej daný jedinec přijme za své.

Internalizaci (tedy jakési zvnitřnění) stigmatu lze definovat jako situaci, kdy obézní jedinec/jedinec s nadváhou sám na sebe aplikuje negativní stereotypy týkající se jeho tělesné hmotnosti – jedinec tedy sám sebe znevažuje kvůli svému tělu.[42]

WBI pravděpodobně představuje častý jev – studie z roku 2018 zjistila, že více než 40 % Američanů si internalizovalo weight bias (napříč pohlavími i hmotnostními kategoriemi).[43] Stejná studie naznačila, že vyšší tendence ke zvnitřnění stigmatu byly spojené s bělošským etnikem, nižším vzděláním a příjmem, vyšším BMI a častější zkušeností se stigmatizací od okolí.

Dle poznatků ze systematického review byla míra WBI spojena s celkově horším mentálním zdravím (konkrétně s depresí, úzkostmi, poruchami příjmu potravy, nízkým self-esteem, nízkým body image). Předmětem review byl i vztah WBI a fyzického zdraví, nicméně v této oblasti nejsou důkazy dostatečně konzistentní. Studie řešila například vztah WBI s BMI, redukcí hmotnosti, fyzickou aktivitou nebo se schopností udržet zredukovanou hmotnost.[42] Vyšší internalizace negativních postojů ohledně obezity je tedy pravděpodobně spojena s celkově horším psychosociálním i fyzickým fungováním. Ale nejen to – WBI pravděpodobně může být i mediátorem vztahu mezi vnímanou stigmatizací a biopsychosociálními důsledky stigmatizace pro obézního (například narušeným jídelním chování, depresí, úzkostí atd.).[44]

Je zřejmé, že v oblasti WBI je třeba dalšího bádání – mj. i protože právě WBI může být faktor vysvětlující, proč část stigmatizovaných obézních nevykazuje negativní efekty stigmatizace.

3.1.2 Diskriminace

Slovník APA definuje diskriminaci jako *„rozdílné zacházení s příslušníky určité skupiny“.*[45] Dále také tvrdí, že diskriminace je obvykle behaviorálním projevem předsudků – zahrnuje tedy negativní až hostilní zacházení s členy odmítané skupiny.[45] Diskriminaci na základě tělesné hmotnosti (*sizeism*) tedy můžeme vnímat jako důsledek weight stigmatu, jež představuje nespravedlivé zacházení s lidmi z důvodu jejich tělesné hmotnosti. Sizeism sám o sobě je jev, který nelze brát na lehkou váhu – jak běžný ovšem je?

Studie ukazují, že diskriminace osob s vyšší tělesnou hmotností je pravděpodobně velmi četný úkaz. Například metaanalýza observačních studií zjistila, že téměř 20 % osob s obezitou prvního stupně vnímalo diskriminaci z důvodu jejich tělesné hmotnosti. U kategorie osob s BMI nad 35 to bylo dokonce téměř 42 % respondentů.[46]

Studie z roku 2017 s téměř 5 500 participanty zjistila, že 13,4 % obézních respondentů uvádělo zkušenost s diskriminací na základě jejich vyšší tělesné hmotnosti (oproti 0,8 % u respondentů s normálním BMI).[47] Další studie řešila četnost sizeismu ve vztahu k pohlaví a etnicitě účastníků. Přišla s poznatky, že diskriminaci zažívají osoby napříč těmito skupinami společnosti.[48]

Přínosný je i výzkum trendů nárůstu míry diskriminace obézních. Americké longitudinální sledování odhalilo, že mezi lety 1995 a 2005 vnímaný sizeismus narostl ze 7 % na 12 %.[49] Autoři trefně poznamenávají důležitost výzkumu trendů prevalence tohoto druhu diskriminace i ve vztahu k ostatním druhům diskriminace – např. rasové nebo na základě pohlaví. Diskriminace na základě vyšší tělesné hmotnosti byla mezi ženami označena jako třetí nejčastější vnímaný typ diskriminace (u mužů čtvrtý). [50]

Sizeism je závažný problém, který se projevuje potenciálně velmi závažnými důsledky pro život obézního jedince. Diskriminace, jakožto morálně opovrženíhodné jednání představuje společensky nežádoucí jev a některé formy diskriminace jsou i zákonem zakázané. Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon) definuje přímou diskriminaci jako takové jednání, kdy se *„s jednou osobou zachází méně příznivě, než by se zacházelo s jinou osobou ve srovnatelné situaci.“*[51] Bezdůvodně odlišné zacházení s osobou na základě její hmotnosti je tedy možné označit za diskriminační i z hlediska tohoto právního předpisu. Oblasti, kde se lze se stigmatizací a diskriminací obézních setkat jsou uvedeny níže.

3.2 Projevy stigmatu

Popisovat fenomén stigmatizace přesnými daty je velmi obtížné už jen kvůli neujasněné terminologii. V rámci výzkumu prevalence stigmatizace obézních lidí většina autorů využívá termín diskriminace, jež se pokouší měřit. Je tedy velmi obtížné kvantifikovat míru stigmatizace obézních v populaci, protože jednu stranu mince vytváří postoje a předsudky společnosti a druhou stranu mince tvoří, jakým způsobem a v jaké míře stigma pociťují stigmatizované osoby.

Pro oba případy existuje několik škál a dotazníků. Pro zjišťování postojů a přesvědčení populace ohledně obézních osob lze využít např:[52]

- Antifat Attitude Test
- Attitudes Toward Obese Persons Scale
- Anti-fat Attitude Scale
- Fat Phobia Scale
- Antifat Attitudes Questionnaire
- Beliefs About Obese Persons Scale

Poslední dva dotazníky jsou využity v praktické části práce.

Pro druhý způsob výzkumu – přístup zjišťující zkušenosti a prožitky přímo stigmatem potenciálně dotčených osob se využívá například Stigmatizating Situations Inventory. Dále se také zjišťuje míra vnímané diskriminace kvůli vyšší tělesné hmotnosti. Existuje i škála pro zjišťování míry internalizace weight bias (Weight Bias Internalization Scale), jež je mezi výzkumníky poměrně oblíbená.

3.2.1 Oblasti projevování stigmatu

Přestože lze čím dál více obyvatel západních zemí kategorizovat dle BMI jako obézní, negativní postoje či dokonce chování vůči nim jsou velmi časté a zasahují do mnoha oblastí života obézního jedince.[53] Je nad rámec této práce se detailně věnovat projevům stigmatu ve všech oblastech života obézní osoby, nicméně je vhodné zde alespoň zmínit ty nejzásadnější. Oblast zdravotnictví je prozkoumána níže v samostatné kapitole.

Zaprvé, obézní lidé mohou trpět nerovným přístupem v **pracovní sféře**. Ať už se jedná o stigmatizaci v průběhu náborového procesu nebo při samotném výkonu práce – studie ukazují, že diskriminace obézních může být velmi častá. Mezi projevy stigmatu v této oblasti lze zařadit nevhodný humor cílený na obézní osobu, nemístné poznámky od kolegů a nadřízených, ale i závažnější otázky – vliv na plat, odmítnutí povýšení nebo dokonce neoprávněné ukončení pracovního poměru.[53] I metaanalýza korelačních studií z potvrdila existenci vztahu mezi tělesnou hmotností a negativními důsledky v pracovní sféře.[54]

Další nezanedbatelnou oblastí stigmatizace obézních osob je **vzdělávání**. Systematické review literatury upozorňuje na existenci weight bias mezi studenty i

mezi pedagogy, což může přinášet nerovnost ve vzdělávání a negativně postihovat zdraví studentů.[55]

Další oblastí, kde obézní osoba může narážet na stigma je **veřejný prostor** – problémem může být například velikost židlí v restauracích, prostředcích hromadné dopravy nebo kulturních zařízeních. Problémem může také být i velikost bezpečnostních pásů, jež se při nevhodném použití stávají nebezpečnými.

Velmi důležitou oblastí, kde lze vnímat projevy weight stigma jsou **média**. Problematika mediálního zobrazování obézních je velmi komplexní záležitost, zvláště pak při zahrnutí sociálních médií. Nicméně studie přichází s poznatky, že obézní osoby bývají v televizních pořadech simplifikovány a zobrazovány jako terč humoru.[56,57] V tištěných médiích bývá obezita rámována jako jakési individuální charakterové selhání.[58] Vizuální zobrazování obézních osob také vykazuje jisté stigmatizační rysy – autoři analýzy fotografií doprovázejících články o obezitě dospěli k závěru, že obézní jedinci byli často zobrazování pouze jako tělo (*„headless stomach“*). Tito autoři poznamenali, že stigmatizační zobrazování obézních těl vykazuje dehumanizační tendence a redukuje obézní osoby pouze na symboly onemocnění.[59]

Nabízí se otázka, zda to, jak média zobrazují obézní může mít vliv na postoje a přesvědčení konzumentů těchto informačních kanálů. Například u adolescentů může sledování televizních reality show posilovat negativní implicitní i explicitní postoje vůči obézním.[60] I fotografické zobrazování obézních v novinách může pravděpodobně ovlivňovat postoje čtenářů.[61]

Média tedy mohou hrát roli v udržování a podporování weight stigma – fiktivní postavy v televizních pořadech bývají zobrazovány jako osobnostně plytké cíle humoru. Realita obézních osob ovšem není směšná – pervazivní stigma komplikuje obézním osobám každodenní fungování téměř ve všech kontextech a nevyhýbá se ani jejich vlastní psychice.

3.2.2 Společenské vnímání obézních osob

V jednom z nejstarších výzkumů sociálního stigmatu obezity měly děti seřadit imaginární spolužáky od nejvíce po nejméně oblíbené. V této již tradiční studii ze 70. let 20. století se jako nejméně oblíbené dítě ukázalo to obézní.[62] Pět desetiletí poté se při replikaci původního výzkumu téměř nic nezměnilo (kromě stoupající prevalence obezity).[63] Několik desetiletí výzkumu potvrdilo širokou existenci společenských stereotypů o obézních lidech – lidé s nadváhou nebo obezitou bývají vnímáni jako líní, nenasytní, bez vůle a sebekontroly, neschopní, nemotivovaní ke změně životního stylu a nespolupracující ve zdravotní péči.[53]

Studie, kde účastníci přiřazovali adjektiva k somatotypům na obrázku nalezla jasný pozitivní vztah mezi mírou BMI a označením osoby jako líné.[64] K podobným závěrům ve své studii došli i další autoři – i v jejich studii byla předložená obézní silueta spojována s výrazy jako pomalý, líný, nudný.[65]

Obézní osoby bývají tedy ve společnosti vnímány pomocí předsudků – pouhý tvar jejich těla jim přisuzuje negativní charakteristiky. Jedním z důvodu existence tohoto bias může být přesvědčení, že tělesná hmotnost je věcí čistě osobní zodpovědnosti a kontroly (navzdory vědeckým poznatkům, že v patogenezi obezity se uplatňuje řada jedincem neovlivnitelných faktorů). Tento předpoklad je v souladu s výsledky studií – například v jedné z nich autoři zkoumali sociální vnímání příběhu původně obézní fiktivní osoby, která zhubla buď bariatrickou chirurgií nebo změnou životního stylu (cvičením a změnou stravy). Pokud fiktivní osoba zhubla změnou životního stylu (nebo o způsobu redukce nebyla podána informace), byla hodnocena jako méně líná než osoba redukující chirurgickým způsobem.[66]

Redukce tělesné hmotnosti může přinést i redukci negativního společenského vnímání, nicméně do určité míry záleží i na způsobu redukce. Přesvědčení společnosti ohledně „zásluh“ na redukci hmotnosti tudíž pravděpodobně hrají roli ve vnímání obézních, ale i osob, které již obézní nejsou. Problematika stigmatu v bariatrické chirurgii je dále ještě zmíněna v kapitole o stigmatu ve zdravotnictví.

Výše zmíněné poznatky podporuje i další studie, ve které byla nalezena podobná míra negativních postojů vůči obézním napříč Spojenými státy americkými, Kanadou, Islandem a Austrálií. Ve všech těchto zemích byla vyšší míra weight bias predikována připisováním obezity behaviorálním faktorům a přesvědčeními o nedostatku vůle obézních. Naopak, nižší míra weight bias byla nalezena u osob, jež více věřily ve fyziologické nebo enviromentální příčiny obezity.[67] Dále stejná studie zjistila, že ženy obecně vykazovaly nižší úroveň weight bias oproti mužům.

To, zda je osoba obézní může také představovat faktor v tom, jaké má postoje a přesvědčení ohledně samotné obezity. Ve výše zmíněné studii bylo vyšší BMI spojeno s nižším weight bias pouze v Kanadě a Islandu (nikoliv v USA a Austrálii).[67] Vztah BMI a postojů vůči obézním (a obezitě) se tedy nezdá být zcela lineární. V americké studii sice platilo, že se síla weight bias snižovala se zvyšující se hmotností respondentů, nicméně významný anti-fat bias byl patrný i skupiny nejvíce obézních respondentů.[68] Tento fenomén lze pravděpodobně zčásti vysvětlit internalizací. Weight bias je tudíž pravděpodobně velmi pervazivní – nevyhýbá se žádné hmotnostní kategorii.

3.3 Shrnutí

Výzkum v oblasti weight stigma dochází k jasným závěrům – bias vůči lidem s nadváhou a obezitou je velmi častý a zasahuje do řady zásadních oblastí života.[53] Například ve studii provedené v západních zemích přes 50 % obézních osob uvedlo, že trpí stigmatizací a diskriminací z důvodu jejich tělesné hmotnosti.[69] Pro situaci v České republice bohužel prozatím nemáme statisticky signifikantní data.

Obézní lidé ztělesňují ve společnosti persona non grata – jsou apriori vnímáni negativně – jako líní, nenasytní, postrádající vůli a sebekázeň, neschopní a

nemotivovaní.[53] Být, nebo se stát obézním, se zdá být jednou z nejhorších událostí, co se člověku může stát. Ve výzkumu by se 46 % respondentů raději vzdalo 1 roku života, než aby byli obézní. Pro 30 % by bylo přijatelnější se rozvést než být obézní.[68]

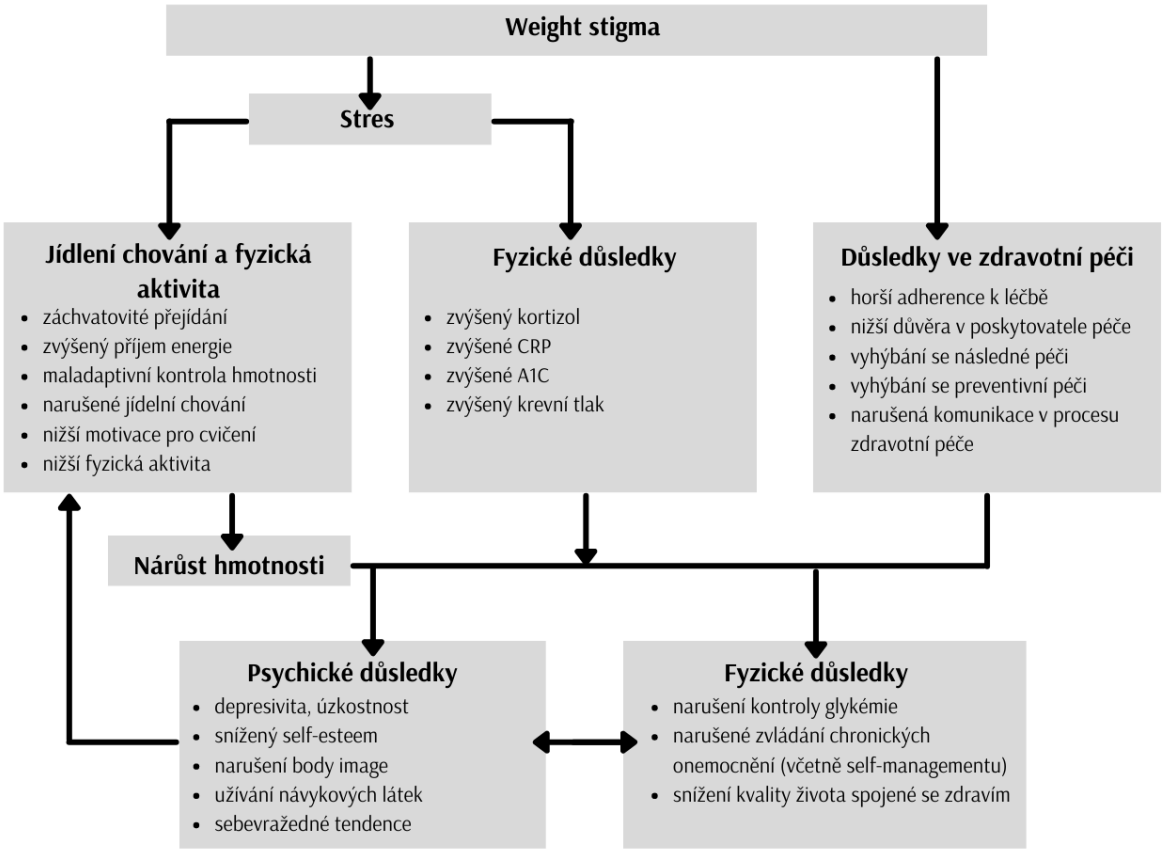
Jak bylo výše popsáno, být obézní představuje pro jedince velmi těžké břímě. Nést toto břímě a vyrovnávat se s ním s sebou může přinášet řadu důsledků, právě kterým se bude věnovat následující kapitola.

4 Důsledky stigmatizace pro jedince

Následující kapitola se věnuje důsledkům procesu stigmatizace na fyzický a psychický stav obézního jedince/jedince s nadváhou. Zároveň tato kapitola zkoumá vztahy mezi weight stigma a chováním spojeným s tělesnou hmotností jedince (například fyzickou aktivitou nebo patologickými stravovacími návyky).

Být terčem stigmatizace a diskriminace z důvodu obezity může vést k celé řadě nepříznivých zdravotních důsledků ovlivňujících psychické, sociální i fyzické zdraví. Mechanismy působení weigh bias na fungování jedince shrnuje schéma níže. Autoři tohoto schématu poznamenávají, že stigmatizace může mít důsledky i v čistě medicínských oblastech, kde nemusí být prvotní myšlenkou výzkumníka měřit biologické markery jako důsledky stigmatizace – nicméně i v nich se zkušenost se stigmatizací může promítat (např. hladina C-reaktivního proteinu – CRP nebo glykovaného hemoglobinu – A1C).[70]

Schéma 1: Zdravotní důsledky weight stigma.



Poznatky uspořádané ve schématu potvrzuje i systematické review 33 studií, jehož tématem byl právě vliv weight stigma na fyzické i psychické zdraví obézních.

Autoři výzkumu došli k závěrům, že weight stigma bylo pozitivně spojeno s narušením jídelního chování, depresí, úzkostností a nespokojeností s vlastním tělem. Negativní vztah byl nalezen mezi weight stigma a self-esteemem. Toto review prozkoumalo i fyzické důsledky weight stigma a našlo pozitivní vztah tohoto fenoménu s obezitou, rizikem diabetu, hladinami kortizolu, oxidativním stresem, hladinou CRP.[71]

Stigmatizace obézního jedince je tedy zdrojem psychického, sociálního, ale i fyzického stresu, který může nadále představovat rizikový faktor pro rozvoj dalších zdravotních potíží. Některé oblasti, v nichž se stigmatizace negativně projevuje jsou přiblíženy níže.

4.1 Psychické důsledky

Metaanalýza zahrnující 105 studií věnujících se vztahu weight stigma a mentálního zdraví odhalila střední až velký negativní vztah mezi těmito dvěma sledovanými konstrukty (r=-0,35).[72] Velmi podobná metanalýza tento negativní vztah mezi weight stigma a psychickými útrapami také potvrdila.[73]

Co se týče konkrétní psychopatologie, jak již bylo zmíněno výše, deprese a obecně poruchy nálady mohou být komorbiditou obezity. Vyšší míra zažívané stigmatizace je pravděpodobně ve vztahu s vyšší mírou deprese a úzkosti.[74] Ukazuje se dokonce, že zažívaná stigmatizace může být mediátorem nebo prediktorem vztahu BMI a depresivity.[75,76]

Sebevražedné tendence jsou dalším fenoménem dávaným do spojitosti s weight stigma a zvýšenou tělesnou hmotnostní obecně. Daly a kolegové zkoumali vztah mezi vnímanou tělesnou hmotností a suicidalitou u početného vzorku amerických adolescentů. Vnímaná nadváha (oproti vnímané normální hmotnosti) predikovala zvýšené riziko sebevraždenosti (i po vyrovnání pro věk, pohlaví a etnicitu). Tento vztah (a tedy i riziko suicidality) navíc v posledních 20 letech posílil.[77] K podobným závěrům došli i další autoři (především u adolescentních dívek).[78,79]

4.1.1 Nespokojenost s vlastním tělem

Jak již bylo zmíněno výše, lidé s obezitou mají tendence vykazovat vyšší míru nespokojenosti s vlastním tělem oproti neobézním osobám.[20] Jak do tohoto vztahu zasahuje weight stigma je ovšem méně probádaná problematika. Ukazuje se nicméně, že vyšší frekvence zažívání stigmatizace je pravděpodobně spojena s horším body image.[74] Studie s vysokoškolačkami dokonce přišla se závěry, že stigmatizace představovala mediátor vztahu BMI a nespokojenosti s vlastním tělem.[75]

4.1.2 Motivace

Nezbytnou podmínkou pro jakoukoliv činnost je motivace a změna životního stylu není výjimkou. Ať se jedná o motivaci k redukci hmotnosti konzervativní cestou nebo motivace k dodržování doporučení po bariatrické operaci, motivace ztělesňuje nutný předpoklad. Pokud je narušený proces motivace, může mít tato skutečnost vliv na rozvoj obezity i na průběh léčby tohoto onemocnění.

Ve studii si účastníci po dva týdny zapisovali jejich zkušenosti se stigmatizací, emoční stavy a motivaci ke zdravému stravování, ke cvičení a celkově motivaci hubnout. Negativní emoční reakce po prožití stigmatizační zkušenosti byly spojeny s nižší motivací k dietě, ke cvičení a k hubnutí (u žen, u osob s častými předchozími zkušenostmi se stigmatizací a u osob s vysokým WBI). Dále bylo zjištěno, že čím častěji lidé v daný den pociťovali stigma, tím méně byli motivováni k dodržování diety, cvičení a hubnutí na konci dne.[80] Stigmatizace tedy může mít negativní vliv na motivaci osob rozhodovat se zdravě a adekvátně vzhledem ke snaze o redukci hmotnosti.

4.2 Příjem potravy a jeho patologie

Dosavadní výzkum na poli vztahu stigmatizace obézních osob a příjmu potravy shrnuje review literatury, které došlo k závěru, že zažívání weight stigma bylo spojeno s nezdravým jídelním chováním a psychopatologií příjmu potravy (například záchvatovitým přejídáním). Tento vztah byl zkoumán v korelačních studiích, ale i pomocí experimentů. Tato zjištění o vztahu patologie jídelního chování a stigmatu byla přítomna u řady populací a dospěla k nim i longitudinální studie. Jako potenciální mediátory vstupující do vztahu mezi weight stigma a jídelním chováním autoři zmiňují například negativní afekt, depresi a WBI.[81]

Experimentální studie v této oblasti většinou využívají *priming stereotypů* – tedy jakési „vzbuzení" stereotypu v mysli zkoumané osoby (často pomocí vystavení zkoumané osoby nějakému stigmatizačnímu materiálu). Například v jednom experimentu si účastníci četli článek s obezitu stigmatizačním obsahem a měli k dispozici různé dobroty. Účastníci, kteří sami sebe vnímali jako s nadměrnou hmotností po vystavení stigmatizující informaie zkonzumovali více dobrot a cítili se méně schopni kontrolovat svůj příjem jídla. Po přečtení stigmatizačního článku se u těchto účastníků také zvýšila obava, že se stanou terčem stigmatizace (u účastníků s nadváhou i bez nadváhy).[82] Analogická studie využívající namísto článku video došla k velmi podobným závěrům.[83] Tyto výzkumy ukazují, že kampaně zaměřené proti obezitě mohou mít až paradoxní účinky. Pokud je obsah sdělení stigmatizační, může toto sdělení naopak přispět ke zvýšenému příjmu stravy a k nižší kontrole nad jídelním chováním.

Podobné důsledky na jídelní chování má pravděpodobně i stigmatizace obézních ve zdravotnictví. Vyšší míra zažívané stigmatizace ve zdravotnictví byla ve studii

spojena s vyšší mírou nekontrolovaného a emočního jedení (tento vztah byl zprostředkován prostřednictvím WBI).[84]

Často zkoumanou psychopatologií jídelního chování ve vztahu ke stigmatizaci představuje záchvatovité přejídání. Ve studii byly tyto dva fenomény nejen ve vztahu, ale stigmatizační zkušenosti dokonce záchvatovité přejídání predikovaly.[85]

4.3 Fyzická aktivita

Je všeobecně přijímáno, že adekvátní fyzická aktivita by měla být součástí vyváženého životního stylu vedoucímu k co nejvyššímu stupni zdraví a k prevenci především onemocnění hromadného výskytu neinfekčního původu (tedy i obezity). Plnit doporučení ohledně fyzické aktivity ovšem není zcela jednoduchý úkol – zvláště pak pro obézního jedince existují na cestě k vhodnému objemu i typu fyzické aktivity řada překážek. Jak naznačují studie, weight stigma může být jednou z nich.

Studie na téměř 5 500 dospělých zjistila, že vnímaná diskriminace z důvodu vyšší tělesné hmotnosti byla spojena s 59 % vyšší pravděpodobností, že osoba bude fyzicky neaktivní (nezávisle na BMI).[47]

Podobné výsledky byly nalezeny i u vzorku respondentů, jež podstoupili chirurgickou léčbu obezity. Vyšší vnímané weight stigma bylo u těchto osob spojeno s vyhýbáním se cvičení.[86] Tento vztah byl nalezen i v další studii.[87]

Weight stigma ovšem může mít rozdílné efekty na ženy oproti mužům. Studie zjistila, že vyšší míra weight stigma byla spojena s nižší motivací a nižším zapojením do fyzické aktivity u žen, u můžu nikoliv.[88]

Výzkum věnující se obézním účastnicím intervenčních redukčních programů zjistil, že v návaznosti na intervenční program se míra fyzické aktivity zvýšila u žen s nízkou mírou WBI (u žen s vysokou mírou WBI nikoliv).[89] Tento vztah byl nalezen i v další studii, kde vysoká motivace vyhnout se cvičení byla zjištěna u osob s vysoce internalizovanými anti-fat postoji.[90] WBI tedy může být jedním z faktorů, proč intervenční redukční programy na některé účastníky fungují více a na některé méně.

Přijetí stigmatu za své může mařit snahy fyzioterapeutických intervenčních programů, jež si kladou za cíl zvyšovat fyzickou aktivitu účastníků. Je ovšem třeba si uvědomit i druhou stranu mince – existenci předpokladu, že redukce internalizace bias může být prostředkem k minimalizaci negativních dopadů stigmatu – a tím například může přispět k usnadnění redukce tělesné hmotnosti.

Obecně lze shrnout, že osoby zažívající stigmatizaci z důvodu jejich nadměrné tělesné hmotnosti mohou mít tendence k nižší fyzické aktivitě.

4.4 Fyziologický stres

Co se týče fyzických důsledků prožívání stigmatizace, výzkumy se věnují měření CRP, a především měření kortizolu.

Co se týče nejznámějšího markeru zánětu, ve studii se 7 tisíci účastníky byl nalezen pozitivní vztah mezi zažíváním sizeismu a hladinou CRP (tento vztah platil u účastníků s BMI mezi 25 a 30).[91]

Ukazuje se, že kortizol, jakožto ukazatel chronického stresu se zdá být ve vztahu se zažívaným sizeismem. Ve studii obézních nekuřáků měli účastníci zažívající diskriminaci o 33 % vyšší průměrné hodnoty kortizolu než obézní účastníci nezažívající diskriminaci.[92] V jiné studii bylo weight stigma ve vztahu s mírou kortizolu v organismu bez ohledu na množství abdominálního tuku účastníků.[93]

Celkově výzkumy naznačují, že weight stigma může být spojeno se stresem na biologické úrovni a může tedy přispívat k patofyziologickým tělesným procesů – včetně procesů, jež zvyšují riziko obezity a jejích komorbidit.[41] Tento předpoklad podporuje i longitudinální studie, ve které vnímaná diskriminace částečně vysvětlovala, proč je obezita spojena s multisystémovou fyziologickou dysregulací – výzkum zjistil, že jak obezita, tak vnímaná diskriminace předpovídala nárůst fyziologické dysregulace od výchozího stavu do kontroly po 4 letech (vnímaná diskriminace vysvětlovala více než 25 % vztahu mezi obezitou a dysregulací).[94]

4.5 Tělesná hmotnost, morbidita, mortalita

Výše jsou zmíněny mechanismy, jakými může weight stigma potenciálně přispívat ke vzniku nebo udržování obezity. Jedná se především o emoční, kognitivní nebo behaviorální fenomény a procesy, u niž by leckdo mohl namítnout, že v udržování obezity nemusí hrát přímou roli. Je tedy vhodné zjišťovat, zda stigma může mít skutečný vliv na tělesnou hmotnost, zdravotní komplikace a celkovou mortalitu pacientů.

Longitudinální studie zkoumající vliv stigmatizace na vznik nebo udržování obezity zjistila, že neobézní účastníci, jež zažívali diskriminaci na základě jejich tělesné hmotnosti měli přibližně 2,5krát vyšší šanci být obézní za kontrolního měření (oproti participantům bez zkušenosti s diskriminací). Osoby, jež byly obézní na počátku sledování měly 3krát vyšší šanci být obézní i za kontroly oproti osobám, jež diskriminaci nezažívaly. Je nutné zmínit, že tyto účinky se projevily i při kontrole demografických faktorů a při zahrnutí BMI jako kovariátu.[95] K velmi podobným závěrům dospěla i další rozsáhlá studie.[96]

Ukazuje se tedy, že weight stigma může mít důsledky i na zvyšování hmotnosti – takže i na samotnou obezitu. Spíše, než jako motivace slouží stigmatizace obézních jako překážka v léčbě obezity, a dokonce zvyšuje riziko vzniku nebo udržování obezity.

Velmi zajímavé výsledky přinesla studie zkoumající vztah vnímaného sizeismu a celkové mortality. Na vzorku čítajícím přes 13 000 osob bylo zjištěno, že diskriminace byla spojena se zvýšením rizikem mortality o téměř 60 %.[97] Toto zvýšené riziko nebylo možné vysvětlit jinými běžnými fyzickými nebo psychickými faktory.

4.6 Shrnutí

Weight stigma je vysoce relevantní, ale často přehlížený psychosociální faktor, jež je třeba vzít v úvahu při etiologii a léčbě obezity. Při existenci přesvědčivých důkazů o nepříznivosti weight stigmatu si nelze nadále myslet, že stigmatizace obézních představuje účinný nástroj pro motivaci těchto osob k redukci hmotnosti.

Dle dosavadního stavu bádání lze tvrdit, že weight stigma je škodlivé pro zdraví – je spojeno se zvýšenou mortalitou a zvýšeným výskytem chronických onemocnění. Stigmatizaci obézních lze také vnímat jako jev potenciálně přispívající ke vzniku obezity, ale i jako fenomén tvořící překážku efektivní léčby obezity.

Jak bylo popsáno výše, jedinci zažívající weight stigma mohou mít také zvýšené riziko deprese, úzkosti, nízkého sebevědomí, nespokojenosti s vlastním tělem i zneužívání návykových látek. Tyto faktory (někdy i komorbidity) mohou s obezitou vytvářet spletitou síť faktorů, jež mohou zhoršovat kvalitu života jedince a také mohou komplikovat léčbu obezity.

Rozvinutím lepšího porozumění dopadu, jež má stigma na chování spojené se zdravím jedince, můžeme pracovat na snížení negativních dopadů těchto stigmatizačních zkušeností – tím pádem zlepšit duševní i fyzické zdraví obézních osob.

5 Stigmatizace obézních ve zdravotnictví

Chápání procesů a důsledků stigmatizace obézních osob ve zdravotnictví je zásadní především v kontextu vysoké míry obezity po celém světě (viz kap. 1). Další důležitou skutečností je, že obezita je ve své podstatě medicínská diagnóza, jejíž řešení vyžaduje součinnost několika složek zdravotního systému. Zdravotníci se s obézními pacienty setkávají běžně a někteří z nich se dokonce na obezitu profesně specializují. Je tedy zásadní zkoumat stigmatizaci obézních v prostředí zdravotní péče – právě tam, kde má být cílem obezitu léčit. Následující kapitola se bude zabývat tím, jak zdravotníci vnímají obézní osoby, a jaké toto vnímání může mít potenciální důsledky. Zvláštní pozornost je věnována studentům lékařských fakult (LF) – budoucím zdravotníkům, jelikož představují cílovou populaci výzkumné části této práce.

Okrajově je zmíněna i destigmatizace ve zdravotnictví, nicméně toto neméně zajímavé téma značně přesahuje možnosti současné práce.

5.1 Vnímání obézních osob zdravotníky

Negativní vnímání obézních osob je přítomné u praktických lékařů – ti ve studii vnímali obézní osoby jako trapné, neatraktivní, ošklivé a nespolupracující. Léčbu obezity vnímali jako neefektivní proces (oproti léčbě jiných chronických onemocnění).[98] Praktickým lékařům se věnoval i další výzkum, v němž byl nalezený explicitní anti-fat bias v pozitivním vztahu s délkou praxe lékaře.[99]

K podobným závěrům došla i studie, jež zkoumala přes 350 tisíc lékařů různých specializací – nalezen byl silný implicitní i explicitní bias (srovnatelný s běžnou, nezdravotnickou, populací). Ženy v tomto výzkumu vykazovaly nižší implicitní bias.[100] Silné implicitní negativní hodnocení obézních osob mezi lékaři našel i další výzkum, ten však přišel se závěry, že tento bias byl nižší než u běžné populace.[101] I studie z roku 2020 přišla s poznatkem, že zdravotníci vykazovali nižší míru stigmatu, než běžná populace.[102]

Negativní vnímání obézních osob mohou vykazovat i všeobecní ošetřovatelé, přestože jsou výzkumy v této oblasti méně početné než u lékařů.[103] Implicitní negativní postoje byly nalezeny i u všeobecných ošetřovatelů v intenzivní péči – účastníci studie vnímali obézní pacienty jako líné a s nižší vůlí. Postoje ovšem nebyly spojeny se záměrem se k obézním chovat jiným způsobem.[104]

Další důležitý prvek komplexní zdravotní péče představují fyzioterapeuti, nicméně ani oni nejsou imunní vůči negativním postojům a mohou mít tendence vnímat obézní osoby značně negativně.[105] Výzkumu na tomto poli se věnovalo review zmiňující existenci explicitní stigmatizace obézních, jež byla často vnímána pacienty. Ti následně měli tendence cítit se nemotivovaní a ignorovaní.[106]

Jak si vedou nutriční terapeuti? Australská studie nalezla u zkoumaného vzorku mírný explicitní odpor vůči obézním. Zároveň respondenti vnímali fiktivní obézní klienty jako méně vnímavé, méně motivované a jako osoby s nižší schopností porozumět a držet se doporučení.[107] Co se týče implicitního bias, byla u nutričních terapeutů nalezena střední až silná preference štíhlých osob (oproti „tlustým"). Nutriční terapeuti v této studii dokonce vykazovali vyšší míru bias než běžná populace.[108] Bohužel u nutričních terapeutů neexistuje dostatek recentních a kvalitních výzkumů.

Zajímavá jsou data z výzkumu zaměřeného na zdravotníky, kteří se ve svém profesním životě věnují přímo obezitě. Autoři výzkumu otestovali účastníky každoroční akce jedné severoamerické obezitologické asociace a zjistili, že i ty osoby, jež by obezitě měly rozumět nejlépe, vykazují značný implicitní bias vůči obézním. Zkoumaní specialisté implicitně i explicitně spojovali obézní osoby s atributy jako „líný, hloupý, bezcenný".[109]

Zdravotníky zaměřující se na obezitu (sběr dat proběhl na obezitologickém sympoziu) si jako svůj vzorek vybrala i další studie, jež nalezla implicitní bias vůči obézním. Obézní osoby byly vnímány jako špatné, líné, hloupé a bezcenné v porovnání s hubenými. Přesná profese, věk nebo roky praxe nehrály ve vnímání obézních pacientů signifikantní vliv.[110]

Konkrétně implicitnímu bias u zdravotníků se věnovalo systematické review, jež došlo k závěru, že zdravotníci vykazovali velmi podobné podvědomé negativní hodnotící reakce jako běžná populace a tento fakt mohl mít vliv na kvalitu péče, jež byla pacientovi poskytována. Korelační studie zahrnuté v tomto review naznačily, že bias mohl ovlivňovat především proces stanovení diagnózy a také rozhodnutí ohledně léčby.[111]

Celou problematiku postojů zdravotníků vůči obézním lze shrnout metaanalýzou 41 studií z níž vyplývá, že mezi zdravotníky je značný implicitní bias stejně jako bias explicitní (měřený řadou škál). Mezi zdravotníky, jimž se weight bias nevyhýbá patří lékaři, ošetřovatelé, nutriční terapeuti, psychologové, ergoterapeuti i fyzioterapeuti atd.[112]

Trendy v této oblasti zkoumalo review, jehož autoři došli závěru, že negativní postoje ohledně obézních ve zdravotnictví vykazují snižující se tendence. Nicméně autoři také zdůraznili, že anti-fat bias je ve zdravotnictví stále značně přítomný.[113]

5.2 Postoje studentů lékařských fakult

Implicitní i explicitní weight bias lze nalézt i u studenů LF. Americké šetření zahrnující přes 4 500 studentů prvních ročníků LF zjistilo, že téměř tři čtvrtiny z nich vykazovaly implicitní bias a 65 % vykazovalo explicitní weight bias. Studenti měli dokonce tendence být více explicitně zaměření vůči obézním než vůči rasovým minoritám nebo

homosexuálům.[114] Obézní pacient může být studenty LF vnímán jako neatraktivní, ošklivý, nespolupracující a líný.[115]

Ani studenti nelékařských zdravotnických oborů nejsou výjimkou v jejich negativních postojích vůči obézním, jak zjistila britská studie. Studenti nutriční terapie, ošetřovatelství, ale i všeobecného lékařství byli téměř vyrovnaní v úrovni jejich předsudků vůči obézním.[116] Tato studie též přišla s poznatkem, že pouze 1,4 % respondentů vyjádřilo vůči obézním postoje pozitivní nebo neutrální. Regresní analýza odhalila, že nižší míra negativních postojů byla predikována vyšším BMI respondenta a silnějším přesvědčením, že obezita není zcela pod osobní kontrolou jednotlivce.

Podobné výsledky nalezla řada dalších studií, ať už se jedná o implicitní bias u studentů všeobecného ošetřovatelství[117] nebo negativní explicitní postoje studentů nutriční terapie.[118] Většina studií se věnovala studentům LF v USA, pro naše prostředí mohou být relevantnější výsledky výzkumu z Německa.[119] V této studii byla fiktivní obézní pacientka respondenty (studenty LF) hodnocena statisticky signifikantně negativněji než fiktivní pacientka s normální hmotností.

Nabízí se otázka, zda studenti o svých předsudcích ví – zda jsou pouze implicitní nebo i explicitní. Tuto oblast zkoumala studie a zjistila, že přes třetinu dotazovaných studentů vykazovalo implicitní anti-fat bias a pouze hrstka o těchto svých negativních postojích věděla (vykazovala je tedy i explicitně).[120]

Negativní vnímání obézních osob se může manifestovat různými způsoby, jedním z nich je například hanlivý humor na účet obézních pacientů. Studie s ohniskovými skupinami zjistila, že se tohoto urážlivého humoru účastnili studenti i vystudovaní zdravotníci. Nejčastější oblasti, kde se hanlivý humor objevoval, představovala chirurgie a gynekologie a porodnictví. Humor zacílený na ponížení obézní osoby byl všeobecně přijímaný a většina studentů ho neviděla jako něco nevhodného.[121] I post-graduální studenti tyto fenomény vnímali – 63 % z nich pozorovalo negativní postoje a hanlivý humor na účet obézních ze strany vrstevníků a 65 % z nich ze strany praktikujících zdravotníků.[122]

5.2.1 Role fakulty a vyučujících

Stigma, jež s sebou zdravotníci nesou by nemělo být tématem pouze jich samotných, ale i jejich zaměstnavatelů – respektive LF u studentů. Studenti LF věří fakultě v tom, že jim poskytne to nejlepší možné vzdělání a přípravu na budoucí povolání. Jak může prostředí fakulty zasáhnout do procesu vytváření nebo redukování stigmatu ohledně obezity u jejích studentů?

Studie z roku 2015 zkoumala vztahy mezi postoji studentů, vyučovanými předměty, kontaktem s obézními jedinci a vzory, jež na studenty působí. Autoři pracují mj. s premisou, že pokud studenti u vyučujících vidí předsudky, nedostatek respektu a nízká očekávání od obézních pacientů, mohou si normalizovat tato schémata myšlení a chování. Autoři dospěli k závěru, že vyšší míra implicitního i explicitního bias vůči

obézním byla ve vztahu s vyšší mírou vystavení negativního zacházení s obézním ze strany vyučujících.[123] Faktory na straně prostředí LF tedy mohou mít vliv na postoje studentů těchto fakult. Tuto problematiku okrajově zkoumá i praktická část práce.

Stejná studie také zkoumala, zda se míra implicitního a explicitního bias liší mezi studenty jednotlivých ročníků – autoři zjišťovali s jak velkými předsudky studenti do studia nastupují a jaké následně tyto fenomény vykazují trendy. Bylo zjištěno, že implicitní bias se s dobou studia snižuje, zatímco explicitní se mírně zvyšuje.[123] Explicitní a implicitní bias jsou tedy do určité míry nezávislé konstrukty i u populace studentů LF.

Cítí se vůbec studenti za těchto složitých okolností kompetentní léčit obézní osoby? Téměř každý student se ve svém budoucím zaměstnání ve zdravotním zařízení bude setkávat s obézními pacienty a je možné, že obezita bude přispívat ke vzniku nebo rozvoji potíží, kvůli kterým pacient zdravotníka vyhledal. Zdravotník by tedy měl být schopný pacientovi efektivně pomoci. Někdy to může znamenat radu ohledně změny životního stylu, někdy odeslání za specialistou. V každém případě by zdravotník měl umět pacienta empaticky vyslechnout a namotivovat pacienta ke léčbě obezity a vyhledání následné péče. Otázkou ovšem je, zda se studenti cítí za studia i po absolvování studia kompetentní s obézními pacienty pracovat. V této oblasti se ve studii 80 % post-graduálních studentů cítilo sebevědomých.[122] Otázce vnímaných kompetencí studentů léčit obezitu se dále okrajově věnuje i praktická část.

Ve studii praktických lékařů znalosti ohledně léčby obezity hrály zásadní roli v následné péči o extrémně obézní pacienty. Lékařem vnímaná vyšší míra jeho znalostí o redukčních dietách byla spojena s nižší nechutí o redukci hmotnosti mluvit, nižší frustrací, nižším přesvědčením, že léčba bude neefektivní a nižším pesimismem ohledně úspěchu pacienta.[124] Jinak řečeno, pokud měli lékaři pocit, že jsou kompetentní na poli redukčních diet, přistupovali k pacientům pozitivněji.

S obézními pacienty se lze setkat téměř ve všech medicínských oborech a často může obezita přispívat k obtížím, kvůli kterými byla zdravotní péče vyhledána. Z posílení znalostí ohledně obezity a ohledně práce s obézním pacientem mohou těžit nejen zdravotníci a jejich pacienti, ale celkově zdravotnické systémy.

5.3 Důsledky stigmatizace obézních ve zdravotnictví

Jak bylo již několikrát zmíněno výše, stigma může představovat značnou výzvu pro každodenní fungování obézního člověka a také potenciálně překážku ve snaze redukovat nadměrnou hmotnost. Současná kapitola řeší, jaký může mít stigma dopad v procesu zdravotní péče.

Co se týče vlivu negativních předsudků na kvalitu zdravotní péče, výzkumy se doposud věnovaly především dopadům etnické příslušnosti. Oblast vztahu weight stigma a kvality zdravotní péče není dosud dostatečně probádaná.

Výzkumy nicméně ukazují, že obézní pacienti negativní postoje zdravotníků pravděpodobně vnímají – ve rozsáhlé studii zahrnující několik států bylo zjištěno, že stigma ve zdravotnictví vnímalo 66 % obézních pacientů, jež někdy zažilo stigmatizaci. Studie také zjistila, že účastníci s vyšší mírou WBI vykazovali vyšší vyhýbání se péči a zvýšeně vnímali, že je lékař soudí kvůli jejich tělesné hmotnosti. Dále také vnímali, že jim bylo méně často naslouchán a dostávalo se jim méně respektu od zdravotníka. Celkově byla zkušenost se stigmatizací spojena s horšími prožitky v procesu zdravotní péče.[125] V této studii byl WBI ústředním fenoménem – ukazuje se, že míra internalizace může ovlivňovat nejen každodenní fungování obézních, ale i jejich fungování a zkušenosti se zdravotní péčí.

Prožitky a zkušenosti se stigmatizací ve zdravotnictví zkoumala také kvalitativní studie, ve které ženy s nadváhou popisovaly především pocity ponížení a odmítání ze strany poskytovatelů zdravotní péče. Účastnice rovněž popisovaly problémy s pro jejich hmotnost neadekvátním vybavením zdravotnického zařízení, ale i nedostatkem času a podpory ve vztahu se zdravotníkem. Účastnice nicméně zmiňovaly i jakousi snahu nenechat se odbýt a hledat adekvátní zdravotní péči navzdory negativním minulým zkušenostem.[126] Obézní pacientky tedy vyjadřovaly svoji potřebu respektujícího vztahu se svým lékařem, ale také vyhýbání se návštěvy lékaře, pokud se jim takového vztahu nedostává.

Přímým měřitelným důsledkům implicitního i explicitního bias ve zdravotní péči se věnovala pouze hrstka studií, nicméně data z těchto výzkumů přinášejí alarmující poznatky. Například v jednom výzkumu autoři předkládali lékařům dokumentaci fiktivních pacientů trpících migrénou, kteří se lišili pouze v jejich tělesné hmotnosti. Lékaři poté měli zhodnotit další postup, a také jak dlouho by se daným pacientem zabývali. I přestože lékaři u fiktivních obézních pacientů předepisovali více dalších vyšetření, udávali však nižší strávený čas, jež by pacientovi doopravdy věnovali.[127] V návaznosti na výsledky studie se dá namítnou, že otevření témata léčby obezity s pacientem vyžaduje dostatek ochoty věnovat pacientovi čas.

Podobnou studii provedli i další autoři – zdravotníci i laici měli také hodnotit dokumentaci pacienta s migrénami, poskytované informace se lišily pouze v tělesné hmotnosti fiktivního pacienta. I tento výzkum tedy přišel se závěry, že rozhodování zdravotníka ohledně léčby pacienta je ovlivněno pacientovou hmotností. U zdravotníků nicméně (oproti laikům) toto zkreslení neznamenalo neřešení současného problému – v tomto případě migrén. Laici měli tendence u fiktivních obézních osob řešit pouze obezitu (a jejich migrénu řešit v menší míře).[128]

Výše zmíněný výzkumný design byl využit i u vzorku studentů LF. Studenti ve virtuální realitě vyšetřovali buď obézní nebo neobézní pacientku. Obézní pacientku studenti vnímali jako méně adherentní k léčbě, její zdravotní obtíže do vyšší míry přisuzovali obezitě. Ve vztahu k obézní pacientce také studenti vykazovali více negativních stereotypů a méně snahy navázat vztah. Pozitivní zprávou je, že v oblasti klinických doporučeních k obézní pacientce nepřistupovali se zkreslením.[129]

Nabízí se i otázka, jak může hmotnost samotného lékaře ovlivňovat jeho přístup k pacientům. Odpověď přináší výzkum, který porovnával BMI lékařů s jejich tendencemi přistupovat k léčbě obézních pacientů. Lékaři s normálním BMI se častěji s pacienty zapojovali do diskusí o hubnutí a také měli lepší důvěru ve své schopnosti poskytnout pacientovi radu ohledně stravy a cvičení. Lékaři s normálním BMI také vnímali, že by měli jít pacientům příkladem a udržovat svou tělesnou hmotnost v normě. Zajímavý je také fakt, že pravděpodobnost udělení pacientovi diagnózy obezity byla vyšší, pokud lékaři vnímali, že pacientova tělesná hmotnost je stejná nebo vyšší než jich samotných.[130] Stanovení diagnózy obezity pacientovi i následná péče tedy může být ovlivněna vnitřními přesvědčeními lékaře, ale pravděpodobně i jejich samotnou hmotností.

5.3.1 Komunikace, respekt a důvěra

Komunikace s pacientem je ve většině oborů naprosto zásadní součástí léčebného procesu – od zisku anamnestických údajů po zajištění spolupráce pacienta atd. Součástí profesionální komunikace ve zdravotnickém prostředí je respekt.

Ve studii byl měřen respekt obvodních lékařů vůči jejich pacientům. Autoři zjistili, že vyšší BMI pacienta bylo spojeno s nižším respektem lékaře (i po vyrovnání pro věk a pohlaví).[131] Poskytovatelé zdravotní péče tedy mohou mít tendence projevovat obézním pacientům méně respektu. Respekt vůči pacientovi by přitom měla být jedna ze základních složek profesionálního vztahu k pacientovi u pomáhajících profesí. Lékaři, kteří svým pacientům prokazovali vyšší míru respektu měli tendence sdílet s těmito pacienty více informací a udržovat s nimi pozitivnější komunikaci a vztah (v porovnání s pacienty, ke kterým vykazují nižší míru respektu).[132,133] Pozitivní komunikaci a adekvátní předávání informací přitom jistě můžeme zařadit k nutným podmínkám úspěšné léčby obezity s dlouhodobým efektem.

Další klíčovou složkou vztahu zdravotníka a pacienta představuje důvěra. Právě důvěru však může stigma pravděpodobně narušovat. Studie zjistila, že pacienti, jež se cítili souzeni zdravotníkem za svou hmotnost pociťovali v daného zdravotníka mnohem nižší důvěru.[134] Důvěra v poskytnutou zdravotní péči i v toho, kdo ji poskytuje může být jedním z předpokladů ke spolupráci pacienty na léčbě.

Izraelská kvalitativní studie zkoumala procesy, ke kterým dochází, když nutriční terapeut pracuje s obézním pacientem. Obézní, kteří viděli příčinu své hmotnosti v sobě a převzali za sebe zodpovědnost v terapeutovi vzbuzovali spíš pro terapeutický proces pozitivní pocity – lítost, empatii. Naopak pacienti, jež vinili za svoji nemoc ostatní vzbuzovali frustraci a hněv. Nutriční terapeuti měli tendence vůči některým pacientům pociťovat emoční odmítání, což se následně projevovalo například v kratší délce sezení s obézními pacienty a v nižším entuziasmu, inciativě a úsilí. Emoční odmítání a odpor byly také spojeny s negativnějším tónem řeči a vyhýbavou neverbální komunikací.[135]

5.3.2 Vyhýbání se péči

V rozsáhlé studii autoři zjistili, že 22 % obézních pacientů odkládalo vyhledání potřebné zdravotní péče. Jedinci, kteří zažívali weight stigma méně docházeli na pravidelné zdravotní prohlídky. Zároveň bylo zjištěno, že vyšší míra vyhýbání se péči byla spojena s nepříjemnými pocity ohledně tělesného vyšetření.[125]

Ke stejným závěrům došli i autoři review – weight bias poskytovatelů zdravotní péče negativně ovlivňovalo pacientovo vyhledávání a zapojení se do procesu primární zdravotní péče. Jako hlavní témata a překážky v zisku adekvátní péče se ukázaly povýšenecké a neuctivé zacházení lékaře, připisování všech pacientových zdravotních problémů nadměrné hmotnosti, domněnky ohledně nárůstu hmotnosti, nízká důvěra ve vztahu s lékařem, špatná komunikace atd. Tyto překážky mohou vyústit ve, jak už bylo zmíněno, vyhýbání se nebo oddalování zdravotní péče anebo nadměrné střídání lékařů v krátkém časovém období ve snaze nalézt poskytovatele péče, který bude pacientovi vyhovovat.[136]

Jádro výzkumu vyhýbání se zdravotní péči u obézních osob představuje oblast gynekologie a porodnictví. Australská studie věnující se těhotným ženám zjistila, že ženy s vyšším BMI častěji uváděly negativní zkušenosti se zdravotní péčí během těhotenství a porodu. Poskytovatelé zdravotní péče měli tendence vnímat obézní ženy jako méně schopné sebekontroly a celkově měli méně pozitivní postoje vůči péče o obézní ženy (v porovnání s ženami s BMI v normě nebo s nadváhou).[137]

V gynekologii je fenomén vyhýbání se péči u obézních pacientek velmi dobře prozkoumán – dle metaanalýzy byla vyšší tělesná hmotnost spojena s nižší mírou screeningu na karcinom děložního hrdla.[138] Podobný vztah byl nalezen u screeningu na karcinom prsu [139,140] a dokonce i u screeningu kolorektálního karcinomu.[141]

5.3.3 Stigmatizace v oblasti bariatrické chirurgie

Bariatrická chirurgie představuje jednu z nejefektivnějších léčebných modalit u obezity. Zájemci o využití tohoto způsobu léčby přitom představují specifickou skupinu pacientů, pro něž stigmatizace na základě tělesné hmotnosti nepředstavuje ojedinělou zkušenost.[74]

Existují důkazy, že u zájemců o bariatrickou operaci zkušenost se stigmatizací negativně koreluje se sebehodnocením a pozitivně s depresivitou, úzkostností, narušením vnímání vlastního těla a patologií v jídelním chování (emoční jedení, záchvatovité přejídání).[74] U potenciálního chirurgického pacienta je přitom nutno prokázat vhodnost jeho uchazečství o operaci – musí ukázat, že má pod kontrolou svou možnou jídelní psychopatologii i další psychické stavy, jež by mohly negativně ovlivnit jeho adherenci k pooperačním doporučením a přispět tak k pooperačním komplikacím chirurgického zákroku. Stigma ovšem může nepřímo ztěžovat celý tento proces – od zisku kladného doporučení až po pooperační adaptaci. Studie zkoumající 300 pacientů po bariatrické operaci zjistila, že internalizované stigma a celkově zkušenosti se

stigmatizací předpovídaly horší dodržování dietních doporučení (a to i delší dobu po zhubnutí). Stejný výzkum přišel i s poznatky, že si pacienti tento vztah stigmatu a jejich adherence k doporučení neuvědomovali. Zdravotníci zase měli za to, že pacienti jsou prostě nespolupracující.[142]

Stigma může mít vliv i na pacientovo rozhodování o absolvování bariatrického zákroku. Výzkum přišel se závěry, že internalizace stigmatu predikovala vyšší ochotu riskovat potenciální mortalitu při bariatrické operaci. Jinak řečeno, účastnice výzkumu s vyšší mírou internalizace weight bias byly více ochotny pro redukci hmotnosti riskovat smrt.[143]

I samotné podstoupení bariatické operace s sebou pravděpodobně může nést určité stigma. Bariatričtí pacienti mohou slýchávat poznámky jako např. „že se měli více snažit zhubnout", „nemají žádnou vůli", „podvádějí tím, že podstoupili operaci". Někteří se tomuto stigmatu mohou chtít vyhnout a svou operaci a její okolnosti skrývat.[144]

Tyto negativní zážitky obézních ohledně jejich operace odráží existenci výše zmíněného stigmatu ohledně bariatrické operace. Osoby, jež nadměrnou hmotnost zhubly pomocí bariatrické operaci mohou být v porovnání osobami, jež zhubly pouhou změnou životního stylu vnímány negativněji – jako méně atraktivní, méně zdravé a méně zodpovědné za redukci hmotnosti. [145]

5.3.4 Destigmatizace obezity ve zdravotnictví

Weight stigma je ve zdravotnictví poměrně běžným fenoménem, který může mít zásadní dopady na pacienta. Potřeba toto stigma redukovat má jak etickou, tak faktickou oporu (viz celá kapitola). Nabízí se ovšem otázka, jaké přístupy v redukci stigmatu zvolit.

Jako potenciálně efektivní strategie v redukci weight stigma ve zdravotnictví se zmiňuje například vyšší míra vzdělávání ohledně obezity, poskytování informací ohledně kontrolovatelnosti tělesné hmotnosti a v neposlední řadě také vyvolávání empatie.[146] Weight stigma a jeho redukci je nutné věnovat pozornost včas, a to již v průběhu přípravy na budoucí povolání – přínosná může být například výuka genetických a socio-enviromentálních faktorů uplatňujících se v rozvoji a udržování obezity. Dále také může být vhodná diskuze o stigmatizaci obézních – především o zdrojích stigmatizace a dopadech, jež tento proces může mít na obézní jedince.[146]

Nicméně intervenční programy cílící na redukci stigmatu ve zdravotnictví přináší spíše smíšené výsledky, experimentální výzkumy věnující se tomuto tématu vykazují řadu nedostatků. Jako hlavní nevyřešená otázka se ukazuje dlouhodobá udržitelnost potenciální změny postojů v návaznosti na destigmatizační intervence.[147]

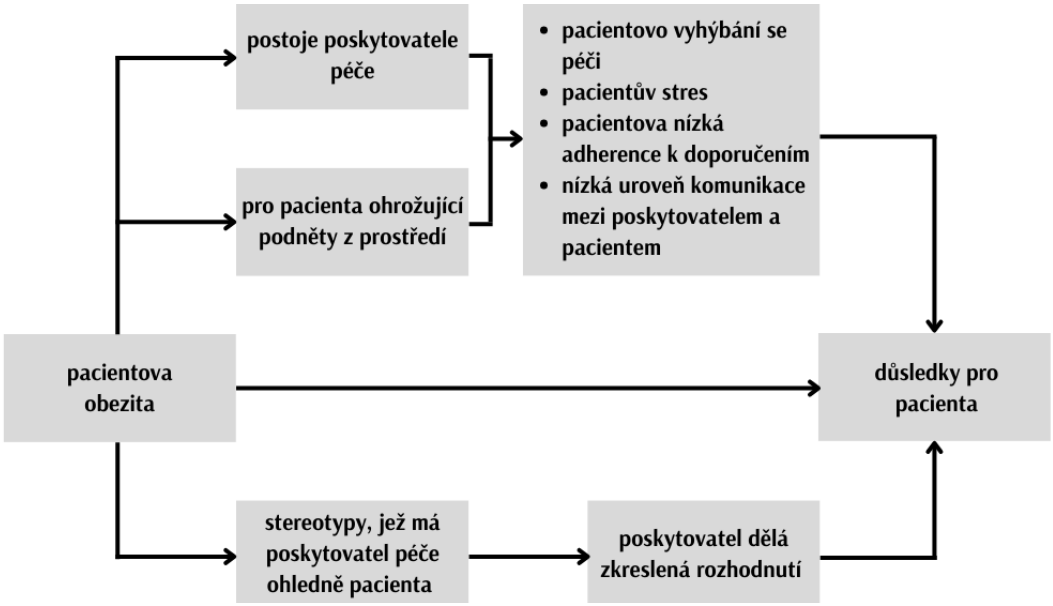
V procesu stigmatizace obézních osob hraje roli komunikace. Jak je s pacientem komunikována redukce hmotnosti může hrát důležitou roli vzhledem k jeho motivaci, adherenci k léčbě a k celkové úspěšnosti léčby.[148] Už jen jazykový aparát, jež je

používán pro pojmenování obezity může hrát roli v míře zažívaného weight stigma. Systematické review ukázalo, že obézní osoby spíše preferují neutrálně zabarvené výrazy (jako hmotnost, nezdravá hmotnost) oproti potenciálně stigmatizačním výrazům jako obézní, tlustý atd.[149]

5.3.5 Shrnutí

Praktickým způsobem zmiňované jevy a prožitky obézního pacienta ve zdravotnictví shrnuje schéma (přeloženo).[150]

Schéma 2: Stigmatizace obézních ve zdravotnictví.



Negativní postoje vůči obézním pacientům byly nalezeny téměř ve všech složkách zdravotního systému. Existují navíc důkazy o tom, že tyto postoje mohou mít negativní vliv nejen na kvalitu života a fungování jedince, ale i na povahu poskytované zdravotní péče. Jakákoliv stigmatizace obézního pacienta je tedy nejen eticky zavrženíhodná, ale i neprofesionální a potenciální mařící šance na léčbu pacienta. Tuto premisu podporují i studie, kde těžce obézní pacienti, jež měli zkušenost se stigmatizací ve zdravotnictví měli o téměř 1,5 kg/m^2 vyšší BMI oproti nestigmatizovaným těžce obézním.[151]

I přes existenci jasných důkazů o negativním vlivu stigmatizace na jedince ve zdravotnictví i mimo něj, se tyto poznatky dostatečně neodráží ve veřejném zdraví. Důraz je stále kladen především na individuální zodpovědnost obézních jedinců, často s využitím stigmatizačních technik za cílem motivování obézních ke změně životního stylu. Stigmatizace ovšem dle dosavadního stavu bádání nepředstavuje efektivní nástroj ke snižování míry obezity a nadváhy v populaci. Naopak, stigmatizace spíše zdraví obézních ohrožuje, vytváří bariéry ve zdravotní péči a narušuje snahy populační prevalenci obezity efektivně řešit.[152]

6 Výzkumný problém a výzkumné cíle

Obezita je problém značné části české populace. Jako závažná záležitost se ovšem ukazuje i stigmatizace této části společnosti. Weight bias je všudypřítomné negativní zaujetí vůči osobám s vyšší tělesnou hmotností. Tento jev pravděpodobně vyvstává z přesvědčení, že hmotnost jedince je plně pod jedincovou kontrolou a je v maximální míře jedincovou zodpovědností. Společnost si tak vůči obézním osobám konstruuje negativní postoje a předsudky, jež hrubě generalizují, jaký obézní člověk je, a jak se chová. Tyto postoje a předsudky se mohou manifestovat i v diskriminačním chování vůči obézním osobám – v tzv. sizeismu.

Výzkumu předsudků a diskriminace vůči obézním se v České republice (ČR) věnovala pouze hrstka autorů. Lze zmínit práci Mgr. Kostkové, která se věnovala postojům a přesvědčením ohledně obézních u adolescentů.[52]

Negativní postoje, předsudky a sizeismus se nevyhýbají ani oblasti poskytování zdravotní péče. Je nutné zkoumat povahu těchto postojů a také faktory, jež mohou být spojené s negativními postoji a přesvědčeními zdravotníků ohledně obézních pacientů. Znalost těchto vztahů může napomoci k pochopení procesu vzniku, udržování, ale i redukce weight stigma ve zdravotnictví.

Současná studie se snaží právě o zkoumání postojů, přesvědčení, ale i faktorů s nimi spojených u osob čerstvě vstupujících do oblasti zdravotnictví – tedy u studentů LF. V současnosti v České republice podobný výzkum neexistuje.

6.1 Výzkumné cíle

V návaznosti na výzkumný problém byly zvoleny výzkumné cíle současné studie – všechny tyto cíle se snaží o prozkoumání toho, jaké aspekty může mít stigmatizace obézních osob v prostředí studia na LF.

Vzhledem k tomu, že v současném výzkumu využité nástroje měření postojů a přesvědčení nemají v českém prostředí tradici, je vhodné ověřit jejich psychometrické parametry. Mgr. Kostková již psychometrické parametry využitých metod ověřovala u jejího souboru adolescentů[52], nicméně je vhodné tyto zjištěné parametry porovnat i s výsledky získanými na současném vzorku – tedy u studentů LF v ČR. Vzniká tudíž první cíl:

1. **Stručně přinést informace o psychometrických parametrech vybraných metod u současného vzorku respondentů.**

Další cíl tvoří jádro práce – prozkoumání toho, jaké postoje a přesvědčení mají studenti LF v ČR ohledně obézních osob a obezity obecně:

2. **Zmapování postojů a přesvědčení studentů českých LF ohledně obézních osob.**

Následující cíl práce vyšel z nutnosti zkoumání, zda existují některé faktory, jež mohou být s postoji a přesvědčeními studentů LF ve vztahu:

3. **Zjištění rozdílů v postojích a přesvědčeních mezi zvolenými proměnnými (pohlaví, BMI, ročník studia, obézní mezi blízkými respondenta, obezita v minulosti respondenta).**

Další cíl se věnuje tomu, za jakých okolností se studenti LF setkávají s obézními osobami (jak často a jaké jsou tyto interakce):

4. **Zjištění povahy interakcí studentů s obézními osobami v rámci jejich studia (četnost setkávání, příjemnost interakcí).**

Jako vhodné se jeví i stručné prozkoumání toho, zda jsou studenti v rámci svého studia vystaveni stigmatizaci obézních – tj. jestli jsou svědky humoru na účet obézních z důvodu jejich nadměrné hmotnosti nebo dokonce, zda jsou svědky diskriminačního jednání s obézními z důvodu jejich nadměrné hmotnosti.

5. **Prozkoumání toho, jak často jsou studenti svědky humoru mířeného na obézního jedince a diskriminačního jednání s obézním pacientem.**

Poslední cíl vychází z potřeby zjištění vnímaných kompetencí studentů LF. Jak bylo zmíněno v teoretické části práce, vnímané kompetence mohou ovlivňovat způsob práce s obézním pacientem. Je tedy vhodné zjišťovat, jak připraveni si na tuto práci studenti připadají.

6. **Zjistit míru vnímaných kompetencí poskytovat obéznímu pacientovi správné a relevantní informace ohledně léčby jeho/její obezity.**

7 Metoda

7.1 Design a zkoumaná populace

V souladu s výzkumnými cíli a s ohledem na náročnost výzkumu byla zvolena populace vysokoškolských studentů, jež se připravují na výkon povolání ve zdravotnictví – tedy studenti LF v ČR.

Na podkladě výzkumného problému a výzkumných cílů byl zvolen kvantitativní přístup. S ohledem na specifika populace bylo vybráno dotazníkové šetření. Pro zmapování postojů a přesvědčení studentů byl použit deskriptivní přístup, pro rozlišení rozdílů mezi vybranými proměnnými byly využity induktivní statistické postupy. Zdroje dat pro oba přístupy poskytly informace z dotazníku.

Jak již bylo řečeno, populaci představují studenti LF v ČR. Studie se omezila pouze na vysoké školy – střední odborné školy a vyšší odborné školy nebyly zahrnuty do výzkumu. Zároveň platí, že byli zahrnuti pouze studenti magisterských, bakalářských a navazujících magisterských oborů (nikoliv doktorských).

7.2 Operacionalizace, nástroje

U studentů zjišťované údaje jsou pro přehlednost shrnuty v tabulce (v závorce je uveden způsob odpovědi na otázku – viz plné znění dotazníku v příloze). Získávány byly demografické údaje, údaje o studiu a podrobnosti o interakcích s obézními osobami atd.

Tabulka 3: Zjišťované údaje ve výzkumu.

Parametr	**Způsob měření**
Věk	Číslo
Pohlaví	Muž/žena
LF	Výběr jedné z 8 LF v ČR
Studijní obor	Výběr z výčtu oborů, jež lze v ČR na LF studovat
Studijní ročník	Výběr z 1. až 6. ročníku
BMI	Číslo, výpočet z tělesné hmotnosti a výšky
Obezita studenta v minulosti	Ano/ne
Obézní osoba v nejbližším okolí studenta	Ano/ne
Četnost setkávání se s obézními osobami v rámci studia na LF • Obézní vyučující, zaměstnanci fakulty, lékaři a další zdravotníci • Obézní spolužáci a celkově studenti LF • Obézní pacienti	Likertova pětibodová škála četnosti (viz tabulka 4)

Příznivost interakcí s výše uvedenými 3 skupinami osob	Likertova pětibodová škála povahy interakcí (viz tabulka 5)
Četnost svědectví negativních poznámek a/nebo humoru na účet obézních pacientů kvůli jejich hmotnosti	Likertova pětibodová škála četnosti (viz tabulka 4)
Četnost svědectví diskriminačního zacházení s obézním pacienty kvůli jejich hmotnosti	Likertova pětibodová škála četnosti (viz tabulka 4)
Souhlas s výrokem: *Díky studiu na LF se cítím kompetentní poskytnout obézními pacientovi správné a relevantní informace ohledně léčby jeho/její obezity.*	Likertova čtyřbodová škála souhlasu (1=rozhodně nesouhlasím, 4=rozhodně souhlasím)

Tabulka 4: Likertova škála četnosti interakcí. (vlevo)
Tabulka 5: Likertova škála příznivosti interakcí s obézními osobami. (vpravo)

1	Nikdy
2	Zřídka
3	Občas
4	Často
5	Velmi často

1	Velmi špatné
2	Podprůměrné
3	Průměrné
4	Nadprůměrné
5	Vynikající

Pro zjišťování postojů a přesvědčení respondentů byl využit v zahraničí běžně využívaný dotazník a škála. Obě metody se opírají o tvrzení, u kterých respondent označuje míru souhlasu. Jedná se tedy o metody měřící explicitní postoje a přesvědčení ohledně obézních osob.

7.2.1 Dotazník postojů proti tloušťce (*Antifat Attitudes Questionnaire* – AFA)

Dotazník byl vytvořen C. S. Crandallem a poprvé jej tento autor publikoval v roce 1994.[153] Test má 3 subškály, jež jsou blíže představeny v tabulce:

Tabulka 6: Subškály AFA.

Anglický název	**Český překlad**	**Položky**	**Popis škály**
Dislike	Nechuť/odpor	1 až 7	Nelibost vůči obézním, negativní postoje vůči obézním.
Fear of Fat	Strach z tloušťky	8 až 10	Obavy ohledně vlastní obezity a hmotnosti obecně.
Willpower	Síla vůle	11 až 13	Přesvědčení, že hmotnost jedince je pod individuální kontrolou a závislá na jedincově vůli.

Celkem dotazník zahrnuje 13 položek, respondenti odpovídají na Likertově škále o 10 bodech, kde 0 znamená velmi silně nesouhlasím a 9 znamená velmi silně souhlasím.[153]

Českou verzi AFA v roce 2020 zpracovala Mgr. Kostková. Převedla dotazník z angličtiny do češtiny se souhlasem autora dotazníku. Požádala pět překladatelů, aby přeložili AFA do češtiny. Z překladů provedla obsahovou analýzu a definovala české verze položek. Následně proběhl zpětný překlad položek z češtiny do anglického jazyka. Poté finalizovala znění položek, jež posléze prošly češtinářskou korekturou.[52] V současné studii byla provedena pouze jedna minimální změna v dotazníku – v položce číslo 4 bylo slovo váha přepsáno na hmotnost. Tato změna nemění význam položky a fakticky uvádí pojem na pravou míru (váha je přístroj na měření hmotnosti). Plné znění této české verze nástroje lze nalézt v dotazníku v příloze.

7.2.2 Škála přesvědčení o obézních osobách (*Beliefs About Obese Persons Scale* – BAOP)

Nástroj BAOP byl sestaven v roce 1991 Allisonem a kolegy. Tato škála zkoumá přesvědčení ohledně obezity u zkoumaných osob – především přesvědčení ohledně vzniku a udržování tohoto onemocnění. Jedná se o 8 položek na něž je 6 možností odpovědi dle míry souhlasu s tvrzením.[154] Plné znění české verze škály je součástí dotazníku v příloze.

Tabulka 7: Míra souhlasu u BAOP.

Označení	Míra souhlasu
-3	Naprosto nesouhlasím
-2	Středně nesouhlasím
-1	Mírně nesouhlasím
+1	Mírně souhlasím
+2	Středně souhlasím
+3	Naprosto souhlasím

BAOP měří především přesvědčení o kontrolovatelnosti obezity a tělesné hmotnosti obecně. Dá se říct, že vyšší skóre v BAOP naznačují silnější přesvědčení, že obezita není pod osobní kontrolou jedince (že se do velké míry uplatňují i vlivy, jež jsou mimo jedincovu kontrolu – například genetické a enviromentální). Obecně tedy platí, že čím vyšší skóre BAOP, tím pozitivnější přesvědčení o obezitě a obézních osobách.

Ani škála BAOP není v české oficiální verzi dostupná. Z těchto důvodů byla stejně jako u AFA využita česká verze od Mgr. Kostkové. Převod metody probíhal obdobně jako u AFA.[52] Psychometrické parametry obou metod jsou zmíněny v části výsledky.

7.3 Etické aspekty

Respondenti byli před účastí (na úvodní straně online dotazníku) informováni o dobrovolnosti, anonymitě a možnosti kdykoliv odstoupit od výzkumu v průběhu vyplňování. Dotazník byl zcela anonymní. Od účastníků nebyly vyžadovány jakékoliv citlivé údaje anebo údaje, jež by mohly snadno vést k identifikaci účastníků. Rovněž online povaha sběru dat přinesla jistou míru anonymity. Dále byli respondenti ujištěni, že sebraná data budou použita pouze pro účely současné práce (popř. pro účely budoucích prací autorky). Respondentům byla také poskytnuta možnost kontaktovat autorku pro zisk finální podoby práce, pokud by téma respondenta zaujalo.

7.4 Hypotézy ke statistickému testování

Pro splnění výzkumného cíle číslo 3 byly formulovány následující hypotézy, jež jsou rozděleny podle nezávislých proměnných:

Hypotézy týkající se postojů a přesvědčení u **mužů a žen**:

- **H1:** Muži dosahují vyššího průměrného skóru v BAOP než ženy.
- **H2:** Muži dosahují vyššího průměrného skóru v AFA než ženy.
- **H3:** Muži dosahují vyššího průměrného skóru v subškále AFA Nechuť/odpor.
- **H4:** Ženy dosahují vyššího průměrného skóru v subškále AFA Strach z tloušťky.
- **H5:** Muži dosahují vyššího průměrného skóru v subškále AFA Síla vůle.

Následují hypotézy se zabývají **BMI** respondentů. Hypotézy zjišťují rozdíly v postojích a přesvědčeních ohledně obézních mezi kategoriemi BMI.

- **H6:** Existuje rozdíl mezi kategoriemi BMI ve skórech BAOP.
- **H7:** Existuje rozdíl mezi kategoriemi BMI ve skórech AFA.
- **H8:** Existuje rozdíl mezi kategoriemi BMI ve skórech subškály AFA Nechuť/odpor.
- **H9:** Existuje rozdíl mezi kategoriemi BMI ve skórech subškály AFA Strach z tloušťky.
- **H10:** Existuje rozdíl mezi kategoriemi BMI ve skórech subškály AFA Síla vůle.

Třetí skupina hypotéz se věnuje potenciálním rozdílům ve skórech AFA a BAOP mezi jednotlivými **ročníky studia**.

- **H11:** Existuje rozdíl mezi studenty jednotlivých ročníků LF ve skórech metody BAOP.
- **H12:** Existuje rozdíl mezi studenty jednotlivých ročníků LF ve skórech metody AFA.

- **H13:** Existuje rozdíl mezi studenty jednotlivých ročníků LF ve skórech subškály AFA Nechuť/odpor.
- **H14:** Existuje rozdíl mezi studenty jednotlivých ročníků LF ve skórech subškály AFA Strach z tloušťky.
- **H15:** Existuje rozdíl mezi studenty jednotlivých ročníků LF ve skórech subškály AFA Síla vůle.

Dále se hypotézy týkají rozdílů mezi studenty, jež mají **v nejbližším okolí obézního jedince** a studenty, jež takové jedince jako velmi blízkou osobu nemají.

- **H16:** Existuje rozdíl mezi studeny, kteří mají a nemají blízkou obézní osobu ve skóre BAOP.
- **H17:** Existuje rozdíl mezi studenty, kteří mají a nemají blízkou osobu ve skóre AFA.
- **H18:** Existuje rozdíl mezi studenty, kteří mají a nemají blízkou obézní osobu ve skóre subškály Nechuť/odpor AFA.
- **H19:** Existuje rozdíl mezi studenty, kteří mají a nemají blízkou obézní osobu ve skóre subškály Strach z tloušťky AFA.
- **H20:** Existuje rozdíl mezi studenty, kteří mají a nemají blízkou obézní osobu ve skóre subškály Síla vůle AFA.

Poslední skupina hypotéz se týká rozdílů ve skórech studentů na základě toho, **zda student/ka byl/a v minulosti sám/a obézní.**

- **H21:** Existuje rozdíl mezi studenty, kteří byli/nebyli v minulosti obézní ve skóre BAOP.
- **H22:** Existuje rozdíl mezi studenty, kteří byli/nebyli v minulosti obézní ve skóre AFA.
- **H23:** Existuje rozdíl mezi studenty, kteří byli/nebyli v minulosti obézní ve skóre subškály Nechuť/odpor AFA.
- **H24:** Existuje rozdíl mezi studenty, kteří byli/nebyli v minulosti obézní ve skóre subškály Strach z tloušťky AFA.
- **H25:** Existuje rozdíl mezi studenty, kteří byli/nebyli v minulosti obézní ve skóre subškály Síla vůle AFA.

7.5 Procedura

V návaznosti na formulaci výzkumných cílů, volbumetody a na stanovení informací, jež bylo nutno zjistit byl sestaven dotazník. Dotazník byl převeden do online podoby pomocí aplikace Google Forms a následně byl pomocí odkazu a QR kódu rozšiřován.

První způsob šíření dotazníku představovala studijní oddělení všech LF v ČR – tj.:

- 1. LF Univerzita Karlova

- 2. LF Univerzita Karlova
- 3. LF Univerzita Karlova
- LF Masarykovy univerzity
- LF v Plzni, Univerzita Karlova
- LF v Hradci Králové, Univerzita Karlova
- LF Ostravské univerzity
- LF Univerzity Palackého v Olomouci

Pouze dvě fakulty rozšířily dotazník skrze studijní oddělení (LF Masarykovy univerzity a LF Ostravské univerzity). Některá studijní oddělení odkázala rozšiřování dotazníku na jiná oddělení a spolky, kam byl dotazník také zaslán. Nicméně celkově fakulty nebyly nakloněny výzkumu studenta z jiné univerzity. Některé univerzitní orgány si vyžádaly leták s QR kódem, který si studenti načetli (viz přílohy).

V druhé vlně sběru dat byly využity studentské skupiny na sociální síti Facebook. Nicméně ne všechny oslovené skupiny daly svolení ke zveřejnění dotazníku. Sběr dat probíhal 3 týdny v prosinci roku 2022.

7.6 Zpracování dat

Celkem se ze šetření sešlo 836 odpovědí. Vyřazeny byly 3 odpovědi, ve kterých nebyla uvedena výška a hmotnost. K analýze tedy zbylo 833 odpovědí.

V rámci přípravy dat byly v programu Excel respondenty uvedená výška a hmotnost zaokrouhleny na celá čísla. Dále byla výška převedena z centimetrů na metry a následně bylo pro všechny respondenty vypočítáno BMI. I hodnota BMI byla zaokrouhlena, a to na dvě desetinná místa. Následně byli respondenti dle BMI rozděleni do pěti kategorií (podváha, norma, nadváha, obezita 1. stupně, obezita 2. stupně).

Skóry z položek AFA byly sloučeny do celkových skóru jednotlivých subškál a do celkového skóru pro celý dotazník. Skóre z položek BAOP byly také sloučeny, aby vznik celkový skór z této škály.

Následná práce s daty probíhala v programu IBM SPSS Statistics 28.0 v anglické verzi. Normalita rozdělení dat byla hodnocena pomocí histogramů, krabicových grafů a Shapirova-Wilkova testu.

I když histogram u některých proměnných ukazoval normální rozložení, ani krabicové grafy ani Shapirův-Wilkův test normální rozdělení u žádné sledované hodnoty nepotvrdily. Pro testování hypotéz byly tedy použity neparametrické metody. Pro porovnání dvou kategoriálních proměnných byl použit Mannův-Whitneyův U test, pro porovnání skórů více než dvou proměnných byl použit Kruskalův-Wallisův test.

8 Výsledky

8.1 Výzkumný soubor

Základní populaci současného výzkumu tvořili všichni studenti všech LF v ČR – těchto fakult je v současnosti 8. Kliknutí na odkaz vedoucí k dotazníku (nebo načtení QR kódu) bylo založeno čistě na dobrovolnosti účastníků, výzkumný soubor byl tedy získán samo výběrem. Z všech těchto fakult se podařilo získat celkem 836 respondentů, do finálních analýz bylo zahrnuto 833.

Většinu výzkumného souboru tvořily ženy – celkem jich bylo 652 (78,3 %). Mužů bylo 181 (21,7 %). Věkové rozložení souboru shrnuje tabulka níže. Průměrný věk mužů byl 22,1 (SD=2,68) let. Ženy měly průměrný věk 21,93 (SD=2,73) let.

Tabulka 8: Údaje o věku vzorku respondentů.

	Průměr	Směrodatná odchylka (SD)	Medián	Minimum	Maximum
Věk	21,97	2,72	22,00	19	45

Nejvíce respondentů uvedlo, že studuje na LF Masarykovy univerzity (66,1 %). Druhá nejčastější fakulta byla LF Ostravské univerzity (19,8 %). Zbytek připadal na všechny ostatní fakulty (tj. 14,1 %). Nejméně respondentů bylo z 1. LF Univerzity Karlovy (1 osoba). Zastoupení studijních oborů respondentů lze nalézt v tabulce níže:

Tabulka 9: Zastoupení studovaných oborů v souboru respondentů.

Studijní obor	Počet	Procenta
Dentální hygiena	5	0,6 %
Embryolog	8	1,0 %
Ergoterapie, Ergoterapie pro dospělé	7	0,8 %
Fyzioterapie, Aplikovaná fyzioterapie	38	4,6 %
Laboratorní diagnostika ve zdravotnictví	17	2,0 %
Nutriční terapie, Výživa dospělých a dětí	41	4,9 %
Ochrana a podpora zdraví, Ochrana a podpora veřejného zdraví, Veřejné zdravotnictví	12	1,4 %
Optika a optometrie, Ortoptika, Optometrie	31	3,7 %
Porodní asistence, Komunitní péče v porodní asistenci	22	2,6 %
Radiologická asistence	23	2,8 %
Všeobecné lékařství	498	59,8 %
Všeobecné ošetřovatelství, Pediatrické ošetřovatelství, Intenzivní péče, Ošetřovatelská péče v psychiatrii	77	9,2 %
Zdravotnické záchranářství	13	1,6 %
Zubní lékařství	41	4,9 %

Rozložení ročníků, v nichž respondenti studovali shrnuje tabulka níže, nejvíce respondentů bylo z druhého ročníku:

Tabulka 10: Zastoupení ročníků ve výzkumném vzorku.

ročník	počet	procenta
1.	192	23,0 %
2.	208	25,0 %
3.	168	20,2 %
4.	121	14,5 %
5.	80	9,6 %
6.	64	7,7 %

8.1.1 BMI

Průměrné BMI všech respondentů bylo 22,21, což značí, že jejich hmotnost byla vzhledem k jejich výšce průměrně v normě. Průměrné BMI pro jednotlivá pohlaví shrnuje tabulka 12.

Tabulka 11: Popisná statistika BMI výzkumného souboru.

Průměrné BMI	22,21
Medián	21,61
SD	3,33
Minimum	15,35
Maximum	47,88

Tabulka 12: Popisná statistika BMI a pohlaví.

Pohlaví	Průměrné BMI	Počet respondentů	SD
Muž	24,08	181	4,13
Žena	21,69	652	2,87
Celkově	22,21	833	3,33

Pro účely statistické analýzy byli respondenti rozděleni dle jejich BMI do kategorií, přes tři čtvrtiny výzkumného vzorku měly BMI v normě:

Tabulka 13: Kategorie BMI respondentů.

Kategorie BMI	Počet respondentů	Procenta
Podváha	66	7,9 %
Norma	637	76,5 %
Nadváha	108	13,0 %
Obezita 1. stupně	18	2,2 %
Obezita 2. stupně	4	0,5 %

8.2 Psychometrické parametry AFA a BAOP

Následující výsledky nepředstavují klíčovou oblast výzkumu, nicméně ověření reliability nástrojů u současného vzorku může přispět k rozšíření vědění o níže zkoumaných dvou nástrojích v českém prostředí. Zároveň je vhodné si ověřit, že nástroje užívané v současné studii splňují základní psychometrické požadavky.

8.2.1 AFA

Dotazník AFA byl vyplněn 833 respondenty, výsledné průměrné hodnoty výzkumného vzorku v této metodě jsou uvedeny v další podkapitole (Postoje a přesvědčení studentů LF).

Pro nástroj AFA byla zjišťována reliabilita ve smyslu vnitřní konzistence pomocí Cronbachovy alfy. Ta u škály vyšla α=0,785 – obecně platí, že minimálně přijatelná hodnota Cronbachovy alfy je 0,7, takže současný dotazník jako celek kritérium splnil a byl dostatečně vnitřně konzistentní.

AFA má nicméně subškály, u nichž je také vhodné ověřit vnitřní konzistenci a zjistit, jaké mají mezi sebou vztahy. Tabulka 15 shrnuje hodnoty Cronbachovy alfy u jednotlivých subškál. Je patrné, že subškála Síla vůle měla nedostatečně vysokou Cronbachovu alfu – je tedy nedostatečně vnitřní konzistentní. Nicméně je dále ve výzkumu použita, jelikož i studie, se kterými budou současné výsledky porovnávány většinou využily celé AFA se všemi subškálami.

Tabulka 14: Cronbachova alfa subškál AFA.

Subškála	Nechuť/odpor	Strach z tloušťky	Síla vůle
Cronbachova alfa	0,815	0,834	0,619

Pomocí korelačního koeficientu byly zjištěny vztahy mezi jednotlivými subškálami. Vzhledem k nenormálnímu rozložení výsledků metod v byl využit neparametrický Spearmanův koeficient. Z tabulky níže vyplývá, že nejsilnější vztah byl nalezen mezi celkovým AFA a subškálou Nechuť/odpor. Co se týče korelací mezi subškálami, nejsilnější vztah byl nalezen mezi subškálou Nechuť/odpor a Síla vůle.

Tabulka 15: Korelace mezi AFA a subškálami AFA (všechny koeficienty vyšly statisticky signifikantní na hladině α=0,01)

	AFA celkově	Nechuť/odpor	Strach z tloušťky	Síla vůle
AFA celkově		0,775	0,630	0,623
Nechuť/odpor	0,775		0,166	0,365
Strach z tloušťky	0,630	0,166		0,147
Síla vůle	0,623	0,365	0,147	

8.2.2 BAOP

Škálu BAOP také vyplnilo 833 osob. Cronbachova alfa u tohoto nástroje byla pouze α=0,477 – škála tedy pro současný vzorek nebyla dostatečně reliabilní. Možná vysvětlení této skutečnosti jsou řešena v diskuzi této práce.

Byla provedena i korelace AFA s BAOP – obecně by mělo platit, že jsou tyto dvě metody v negativním vztahu. Nižší míra negativních postojů (měřená například AFA) by měla být spojena s vyšší mírou přesvědčení, že obezita není zcela pod individuální kontrolou (BAOP). Tento předpoklad se potvrdil – vzhledem k nenormálnímu rozložení dat byl využit Spearmanův koeficient (r=-0,294, p<0,001).

8.3 Postoje a přesvědčení studentů LF

Následující část práce přestavuje skóry, kterých dosáhl soubor respondentů v AFA a BAOP – popisuje tedy, jaké postoje a přesvědčení převažovaly a jakých hodnot nabývaly.

8.3.1 AFA

Jak již bylo řečeno, AFA má 13 položek, ve kterých lze označit míru souhlasu na škále od 0 do 9. Maximální možné skóre je tedy 117. Celkově výzkumný vzorek v AFA dosáhl průměrného skóre 44,69. Průměrná skóre v jednotlivých subškálách jsou v tabulce níže (průměr ze součtu skóre všech položek dané subškály dohromady).

Tabulka 16: Skóre studentů v AFA.

	Naměřené minimum	Naměřené maximum	Možné maximum	Průměr	SD
Celkové skóre	0	104	117	44,69	17,27
Subškála Nechuť/odpor	0	63	63	15,99	10,54
Subškála Strach z tloušťky	0	27	27	13,89	8,02
Subškála Síla vůle	0	27	27	14,81	5,89

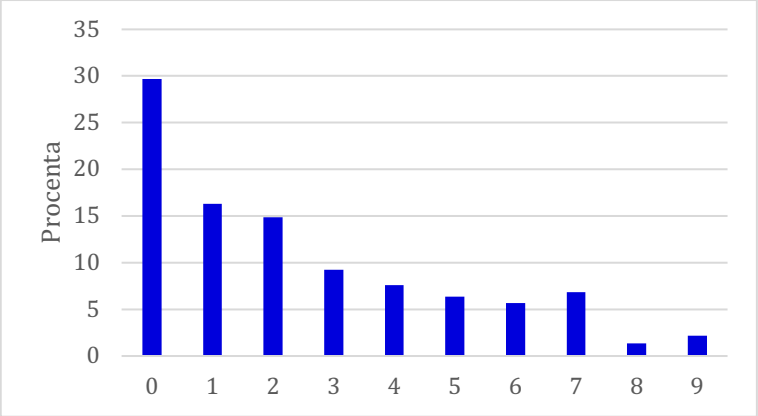
Níže jsou v tabulce průměrné skóry jednotlivých položek a jejich směrodatné odchylky. Rovněž jsou v tabulce uvedeny počty respondentů a odpovídající procenta (tučně), jež s položkou buď silně nesouhlasili (0, 1, 2) nebo silně souhlasili (7, 8, 9). Střední hodnoty (3, 4, 5, 6) uvedeny nejsou. Jednotlivé subškály jsou odděleny tlustou čarou.

Tabulka 17: Průměrné skóry a míra souhlasu studentů v jednotlivých položkách AFA.

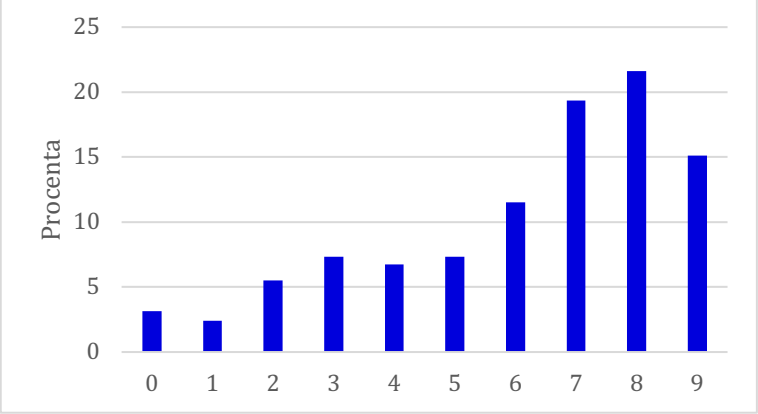
Položka	Silný nesouhlas	Silný souhlas	Průměr	SD
1. Opravdu nemám tlusté lidi v oblibě.	507 **60,9 %**	86 **10,3 %**	2,47	2,49
2. Nemám mnoho přátel, kteří jsou tlustí.	92 **11 %**	467 **56 %**	6,12	2,46
3. Mám sklon si myslet, že lidé s nadváhou jsou trochu nedůvěryhodní.	677 **81,2 %**	20 **2,4 %**	1,28	1,96
4. Ačkoli někteří tlustí lidé jsou jistě chytří, obecně si myslím, že nejsou tak inteligentní jako lidé s normální hmotností.	714 **85,7 %**	27 **3,2 %**	1,01	1,94
5. Dělá mi problém brát tlusté lidi vážně.	710 **85,3 %**	15 **1,8 %**	1,00	1,74
6. Tlustí lidé ve mně vyvolávají nepříjemné pocity. / Tlustí lidé na mě nepůsobí příjemně.	511 **61,4 %**	79 **9,5 %**	2,45	2,51
7. Kdybych byl/a zaměstnavatel hledající pracovníky, asi bych nezaměstnal/a tlustého člověka.	617 **74,1 %**	28 **3,4 %**	1,62	2,04
8. Když přiberu, cítím se sám sebou znechucen/znechucena.	204 **24,5 %**	366 **43,9 %**	5,28	3,03
9. Jedna z nejhorších věcí, která by se mi mohla stát, je přibrat 10 kilo.	343 **41,1 %**	204 **24,5 %**	3,84	3,11
10. Bojím se, že ztloustnu.	245 **29,4 %**	306 **36,8 %**	4,80	3,10
11. Lidé, kteří váží příliš moc, mohou zhubnout prostřednictvím občasného cvičení.	233 **28 %**	222 **26,6 %**	4,50	2,71
12. Někteří lidé jsou tlustí, protože nemají žádnou vůli.	151 **18,1 %**	350 **42 %**	5,49	2,70
13. Tlustí lidé si za svou tloušťku můžou převážně sami.	168 **20,2 %**	232 **27,8 %**	4,81	2,40

Nejvíce respondenti souhlasili s položkou 2 a položkou 12. Nejméně souhlasili s položkou 5 a 4. Rozložení odpovědí shrnují grafy, první skupina grafů je pro subškálu Nechuť/odpor (tedy pro položky 1 až 7):

Graf 1: Položka 1 – opravdu nemám tlusté lidi v oblibě.

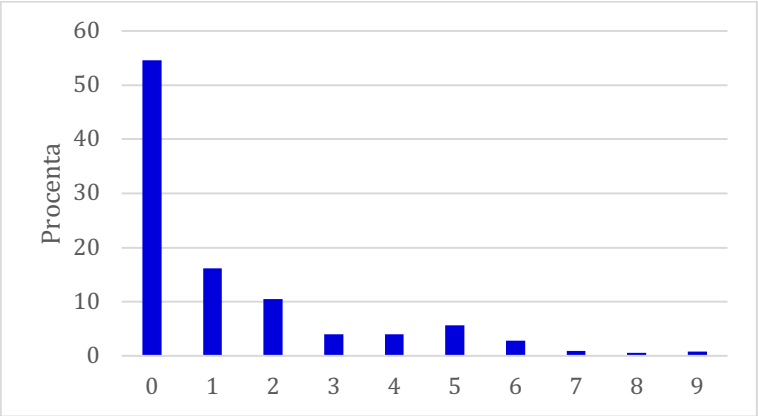


Graf 2: Položka 2 – nemám mnoho přátel, kteří jsou tlustí.

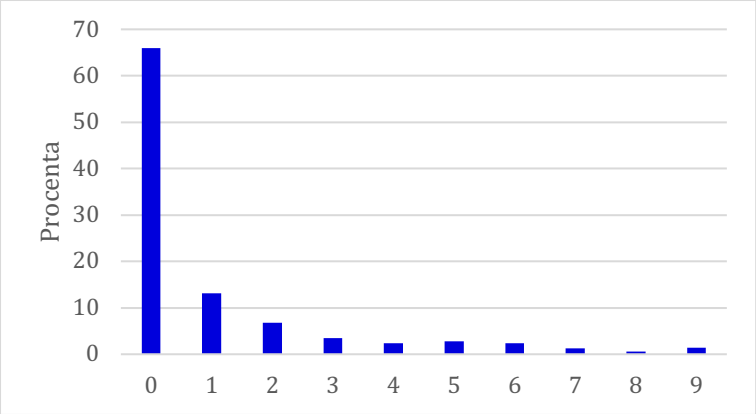


Z prvních dvou grafů je patrné, že respondenti ve většině nesouhlasí s výrokem, že nemají obézní osoby v oblibě, nicméně zároveň uvádějí, že nemají mnoho obézní přátel.

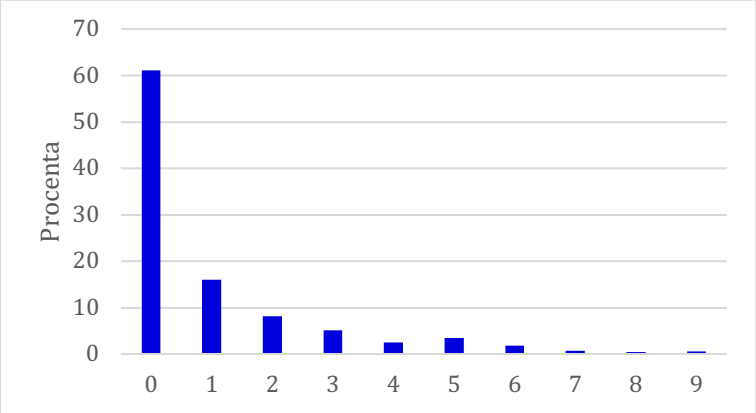
Graf 3: Položka 3 – mám sklon si myslet, že lidé s nadváhou jsou trochu nedůvěryhodní.



Graf 4: Položka 4 – ačkoli někteří tlustí lidé jsou jistě chytří, obecně si myslím, že nejsou tak inteligentní jako lidé s normální hmotností.

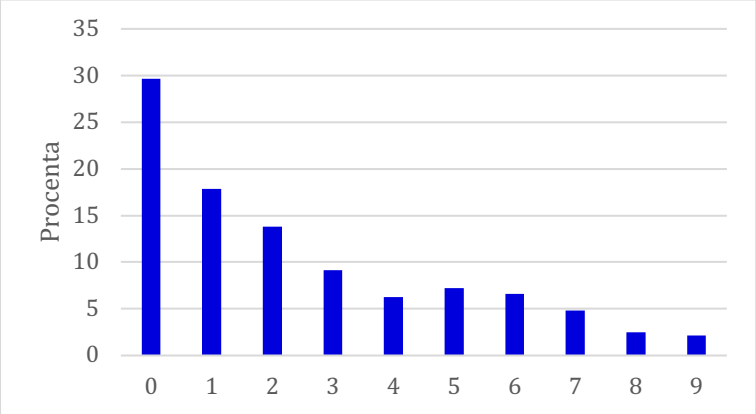


Graf 5: Položka 5 – dělá mi problém brát tlusté lidi vážně.



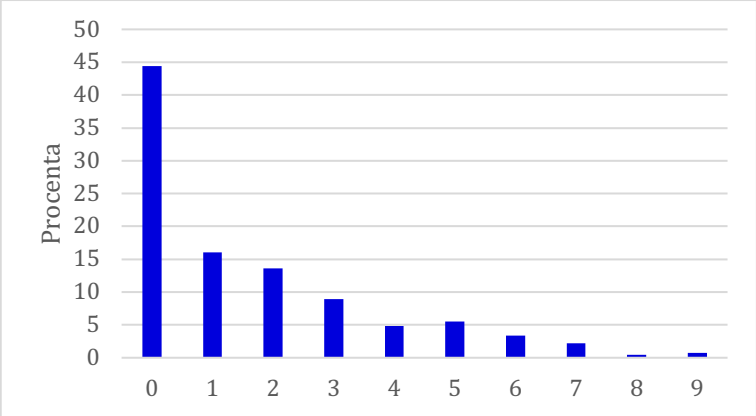
Na výše uvedených třech grafech lze pozorovat obecně poměrně nízké zaujetí vůči obézním osobám.

Graf 6: Položka 6 – tlustí lidé ve mně vyvolávají nepříjemné pocity. / Tlustí lidé na mě nepůsobí příjemně.



V položce číslo 6 jsou negativní postoje vůči obézním vidět v lehce vyšší míře – pokud bychom jako souhlas s tvrzením určili označení hodnoty 6 a více (na škále od 0 do 9), pak s tímto tvrzením souhlasilo 16,4 % respondentů.

Graf 7: Položka 7 – kdybych byl/a zaměstnavatel hledající pracovníky, asi bych nezaměstnal/a tlustého člověka.

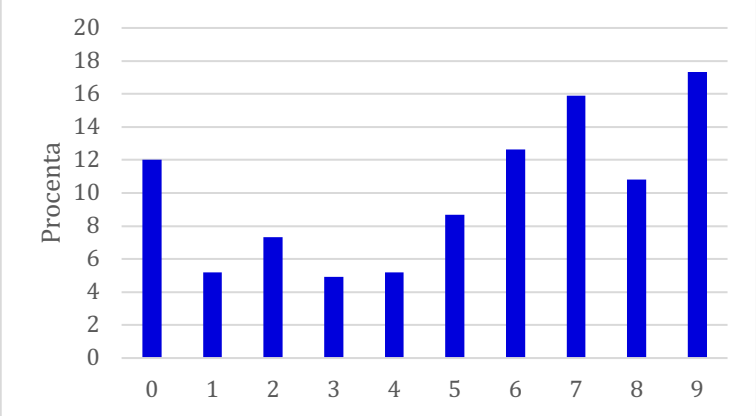


Položka číslo 7 dotazující se na případný sizeismus v pracovní sféře odhalila, že naprostá většina respondentů neměla potenciální záměr obézní osobu v práci diskriminovat.

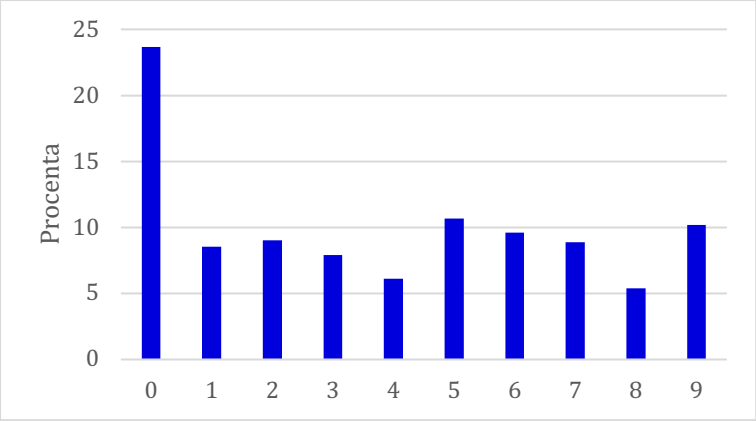
Následující tři grafy shrnují rozložení skórů v subškále Strach z tloušťky (položky 8,9,10). Tyto položky vypovídají spíše o míře internalizace společenských postojů ohledně obézních a strachu z potenciálního zvýšení hmotnosti respondenta.

Pokud bychom jako souhlas vnímali označení hodnoty 6 a více, potom s tvrzením *„když přiberu, cítím se sám sebou znechucen/znechucena“* souhlasila více než polovina respondentů (56,5 %). Obdobně platí, že téměř polovina respondentů (48 %) se bojí ztloustnutí.

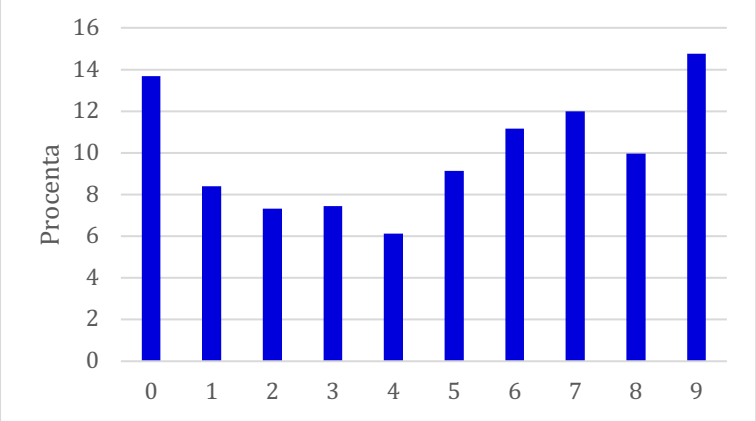
Graf 8: Položka 8 – když přiberu, cítím se sám sebou znechucen/znechucena.



Graf 9: Položka 9 – jedna z nejhorších věcí, která by se mi mohla stát, je přibrat 10 kilo.

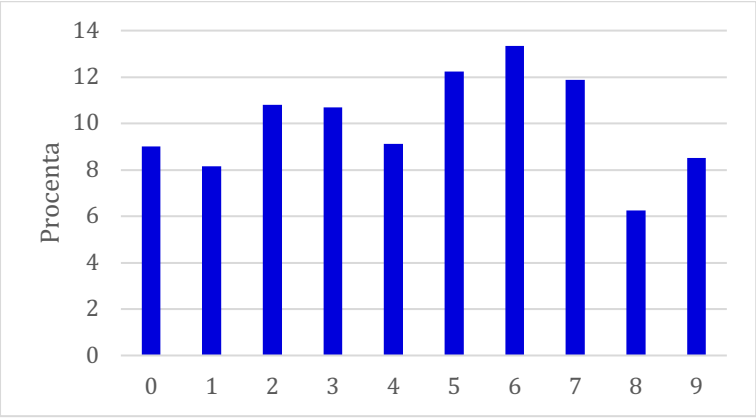


Graf 10: Položka 10 –bojím se, že ztloustnu.

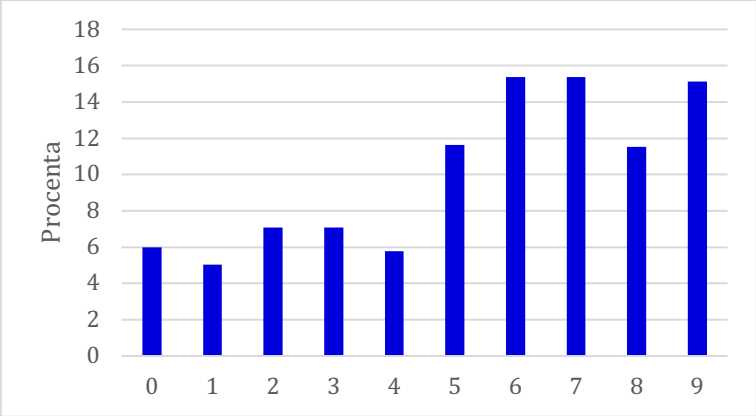


Následující grafy zobrazují výsledky ze subškály Síla vůle (položky číslo 11,12,13). Tyto položky vypovídají především o tom, jak respondenti smýšlí o vzniku a udržování obezity.

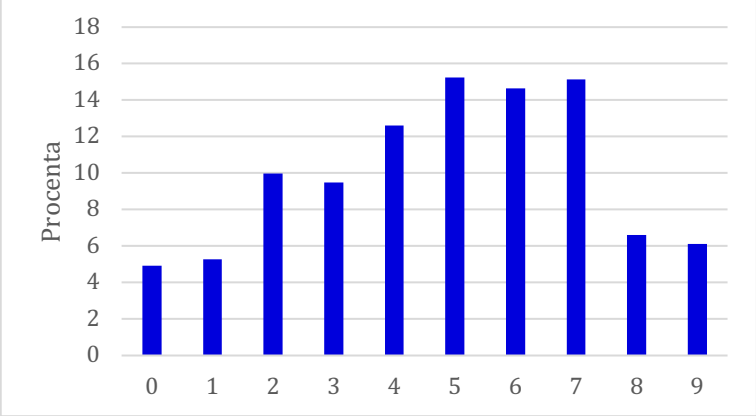
Graf 11: Položka 11 – lidé, kteří váží příliš moc, mohou zhubnout prostřednictvím občasného cvičení.



Graf 12: Položka 12 – někteří lidé jsou tlustí, protože nemají žádnou vůli.



Graf 13: Položka 13 – tlustí lidé si za svou tloušťku můžou převážně sami.



8.3.2 BAOP

BAOP je sestaven z osmi položek, u nichž je možné vybrat z 6 možností souhlasu (od -3, což znamená silně nesouhlasím po +3, tedy silně souhlasím). Pro výpočet průměru byl použit návod autora škály.[155]

Tabulka 18: Celkové skóry respondentů v BAOP.

	Naměřené minimum	Naměřené maximum	Průměr	SD	Medián
Muži	30	4	15,13	4,76	15,0
Ženy	37	2	15,63	5,40	15,0
Celkové skóre	2	37	15,52	5,27	15,0

Tabulka položek u metody BAOP je konstruována obdobně jako je tomu výše u AFA. Jakou nesouhlas jsou v tabulce zaznamenány hodnoty -2 a -3, jako souhlas hodnoty +2 a +3. (Střední hodnoty, tj. -1 a +1 v tabulce poznamenány nejsou). V tabulce

je u souhlasu a nesouhlasu zaznačen celkový počet respondentů, jež souhlasil/nesouhlasil a také procento, jež tento počet představuje z celkového počtu respondentů.

Tabulka 19: Míra souhlasu a průměrné skóry v jednotlivých položkách BAOP.

Položka	Nesouhlas	Souhlas	Průměr	SD
1. Obezita se často vyskytuje, když je jídlo užívané jako kompenzace lásky nebo pozornosti.	55 **6,6 %**	445 **53,4 %**	1,32	1,50
2. V mnoha případech je obezita výsledkem biologické poruchy.	140 **16,8 %**	267 **32 %**	0,46	1,68
3. Obezita je obvykle způsobena přejídáním.	33 **4 %**	471 **56,5 %**	1,44	1,34
4. Většina obézních lidí si svůj problém způsobuje tím, že má nedostatek pohybu.	44 **5,3 %**	459 **55,1 %**	1,39	1,40
5. Většina obézních lidí jí více než lidé s normální hmotností.	96 **11,5 %**	325 **39,1 %**	0,82	1,62
6. Většina obézních lidí má špatné stravovací návyky, které vedou k jejich obezitě.	34 **4,1 %**	645 **77,4 %**	2,08	1,01
7. Obezita je málokdy způsobena nedostatkem silné vůle.	337 **40,4 %**	84 **10,1 %**	-0,84	1,55
8. Lidé můžou být závislí na jídle stejně, jako jsou někteří závislí na drogách, a tito lidé závislí na jídle se obvykle stanou obézními.	37 **4,4 %**	586 **70,4 %**	1,81	1,37

Z dat je patrné, že respondenti s výroky povětšinou souhlasili. Výjimkou je položka číslo 7, u které převažoval nesouhlas s tvrzením. Nejvíce respondenti souhlasili s položkou číslo 6.

8.3.3 Interakce s obézními osobami

Četnost interakcí s obézními osobami v rámci studia na LF

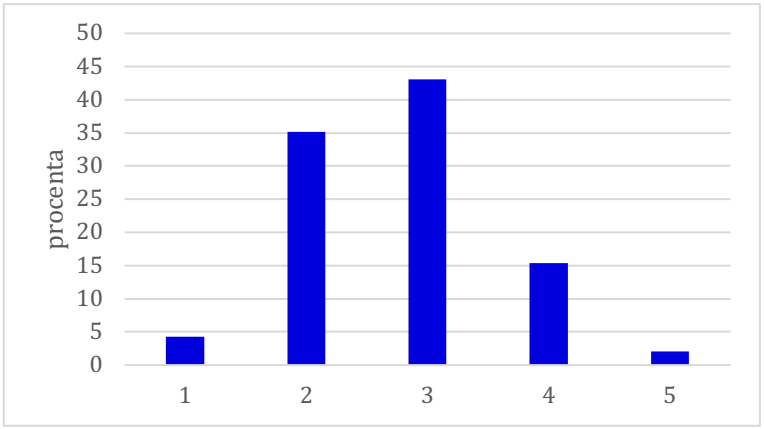
Četnost interakcí respondentů s obézními osobami v rámci jejich studia byla měřena pomocí Likertovy škály (kde 1 = nikdy a 5 = velmi často). Výsledky shrnuje tabulka:

Tabulka 20: Četnost interakcí s obézními osobami.

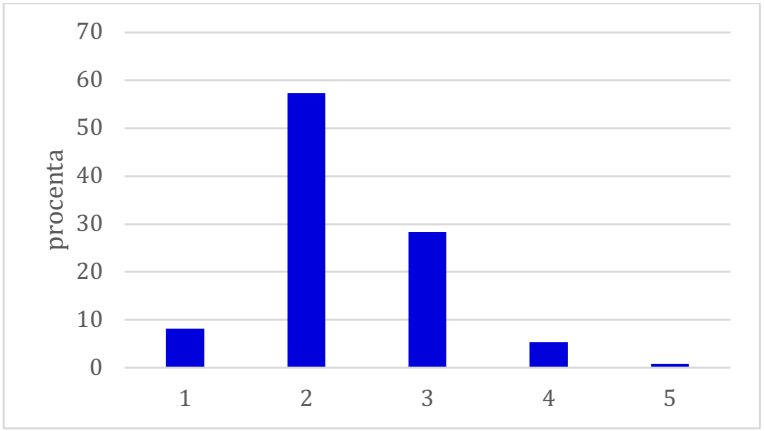
Skupina obézních	Průměr	SD	Medián Modus	Nikdy (1) a Zřídka (2)	Často (4) a velmi často (5)
Setkávání se s obézními vyučujícími	2,76	0,84	3,00	329 **39,5 %**	145 **17,4 %**
Setkávání se s obézními spolužáky	2,33	0,74	2,00	546 **65,6 %**	51 **6,1 %**
Setkávání se s obézními pacienty	3,81	1,09	4,00	91 **10,9 %**	586 **70,4 %**

Z těchto tří skupin obézních se studenti nejvíce setkávali s obézními pacienty. Pouze 6,5 % respondentů uvedla, že se nikdy s obézními pacienty nesetkává. Přes 70 % respondentů odpovědělo, že se obézními pacienty setkává často nebo velmi často. Tyto výsledky lze pozorovat i v grafech:

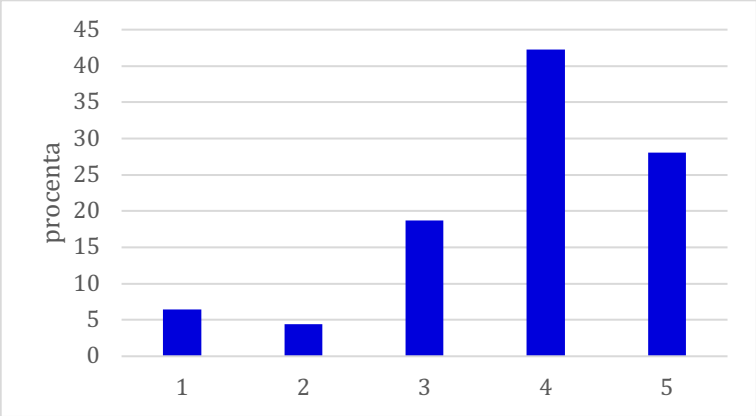
Graf 14: Četnost interakcí s obézními vyučujícími, se zaměstnanci fakulty, s lékaři a s dalšími zdravotníky.



Graf 15: Četnost interakcí s obézními spolužáky a s celkově studenty LF.



Graf 16: Četnost interakcí s obézními pacienty.



Příznivost interakcí s obézními osobami v rámci studia na LF

Také příznivost interakcí s výše zmíněnými skupinami obézních osob byla měřena na Likertově škále (1 = velmi špatné, 5 = vynikající).

Tabulka 21: Příznivost interakcí respondentů s obézními osobami v rámci studia na LF.

Skupina obézních	Průměr	SD	Medián Modus	Velmi špatné (1) a podprůměrné (2)	Nadprůměrné (4) a Vynikající (5)
Obézní vyučující	3,31	0,71	3,00	33 **4 %**	216 **25,9 %**
Obézní spolužáci	3,34	0,78	3,00	43 **5,1 %**	233 **27,9 %**
Obézní pacienti	2,95	0,74	3,00	170 **20,4 %**	111 **13,3 %**

Z výsledků je patrné, že respondenti hodnotili interakce s obézními pacienty negativněji, než interakce s obézními vyučujícími nebo spolužáky. Většina respondentů nicméně odpovídala, že interakce s obézními jsou dle jejich mínění průměrné (3).

8.3.4 Svědectví negativního zacházení s obézními pacienty v rámci studia na LF

Tabulka níže shrnuje odpovědi na otázku, jak často se respondenti v rámci studia na LF setkávají s následujícími jevy. Odpovídali na Likertově pětibodové škále.

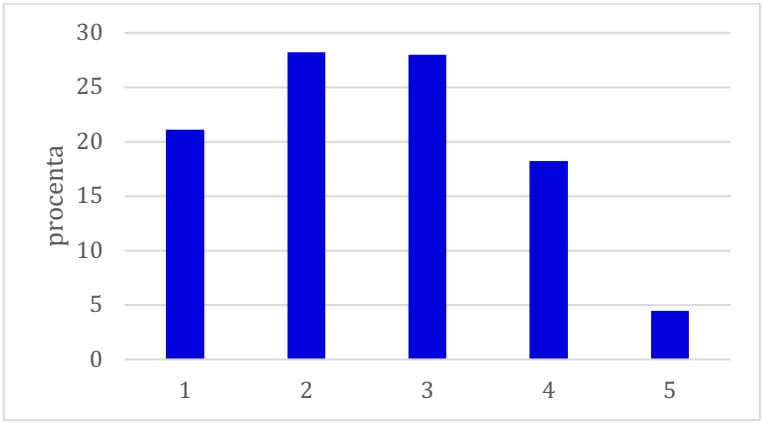
- negativní komentáře nebo vtipy ohledně obézního pacienta kvůli jeho/její hmotnosti
- diskriminační zacházení s obézním pacientem kvůli jeho/její hmotnosti

Tabulka 22: Četnost setkávání se se stigmatizací obézních v rámci studia na LF.

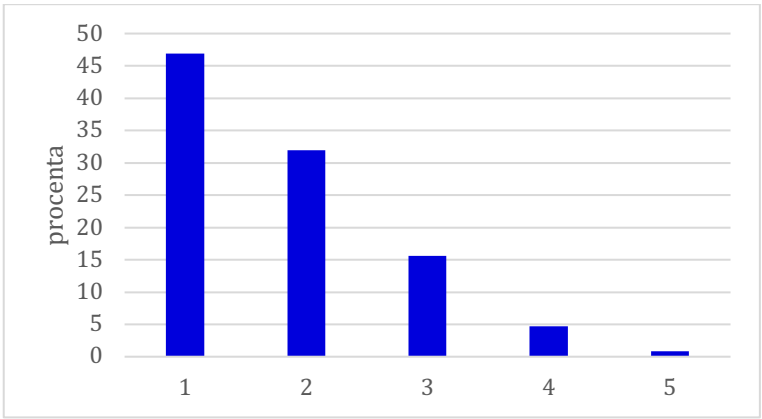
Jev	Průměr	SD	Medián	Nikdy (1) a Zřídka (2)	Často (4) a Velmi často (5)
Negativní komentáře a vtipy	2,57	1,14	3	411 **49,3 %**	189 **22,6 %**
Diskriminační zacházení	1,81	0,92	2	657 **78,8 %**	46 **5,5 %**

Negativní komentáře a vtipy byly u současného vzorku respondentů častěji pozorovaným fenoménem než přímé diskriminační zacházení. Respondentů, kteří se s negativními komentáři setkávali velmi často bylo pouze 4,4 %. Nikdy se s tímto jevem nesetkalo 21,1 % respondentů. Svědectví diskriminačního chování vůči obéznímu pacientovy bylo v současném vzorku ještě vzácnější. Téměř 50 % respondentů uvedlo, že se s tímto fenoménem nikdy nesetkalo. Rozložení četnosti setkávání se s těmito jevy shrnují následující grafy:

Graf 17: Četnost setkávání se s negativními komentáři a/nebo vtipy ohledně obézního pacienta z důvodu jeho/její hmotnosti.



Graf 18: Četnost setkávání se s diskriminačním zacházením s obézním pacientem z důvodu jeho/její hmotnosti.



8.3.5 Vnímané kompetence

Respondenti také odpovídali na otázku, do jaké míry souhlasí s následujícím výrokem.

> *„Díky studiu na LF se cítím kompetentní poskytnout obéznímu pacientovi správné a relevantní informace ohledně léčby jeho/její obezity.“*

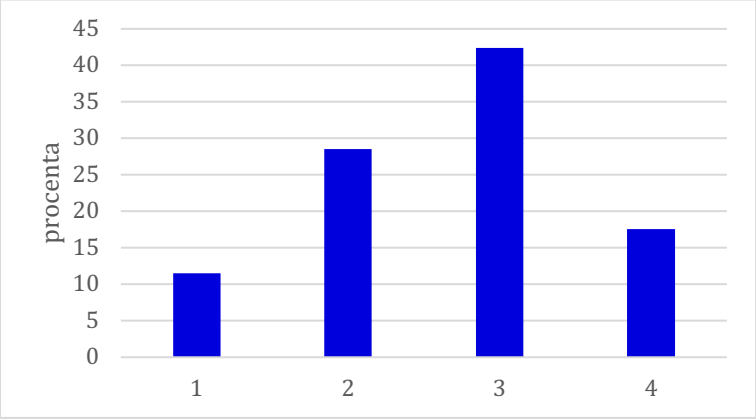
Měli možnost vybrat ze čtyř stupňů od 1 (rozhodně nesouhlasím) po 4 (rozhodně souhlasím). Výsledky shrnuje tabulka:

Graf 19: Vnímané kompetence léčit pacientovu obezitu.

Průměr	SD	Modus	Medián	Rozhodně nesouhlasím	Rozhodně souhlasím
2,66	0,90	3	3,00	96 **(11,5 %)**	146 **(17,5 %)**

Respondenti se tedy cítili spíše kompetentní poskytovat obéznímu pacientovi správné a relevantní informace ohledně léčby jeho/její obezity. Nicméně stále platí, že více než jeden z deseti respondentů se kompetentní rozhodně necítil. Rozložení odpovědí lze pozorovat na grafu:

Graf 20: Vnímání kompetencí ohledně léčby pacientovy obezity.



Pomocí tabulek četnosti bylo zjišťováno, do jaké míry s výrokem souhlasí studenti jednotlivých studijních ročníků. V posledním ročníku studia s výrokem rozhodně souhlasilo (4) 17,2 % respondentů, 65,6 % respondentů souhlasilo mírně (3). Rozhodně nesouhlasilo v šestém ročníku pouze 3,1 % respondentů.

V prvním ročníku naprosto souhlasilo 15,6 % studentů a mírně souhlasilo 45,3 %. Naprosto nesouhlasilo v prvním ročníku 13 % respondentů.

8.4 Ověřování platnosti hypotéz

8.4.1 Pohlaví

Pro zjištění statistické signifikance rozdílů mezi pohlavími byl aplikován neparametrický Mannův-Whitenyův U test. Hladina významnosti byla v celém výzkumu stanovena na α= 0,05.

BAOP

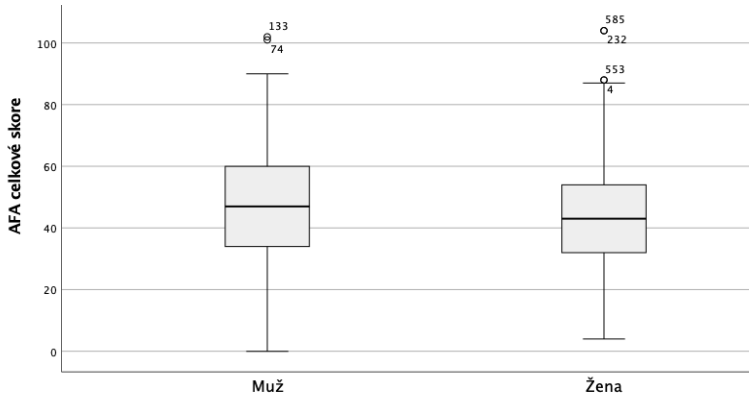
Mannův-Whitneyův U test nedosáhl statistické signifikance (p=0,401). Ani neparametrický test porovnání mediánu mužů (md=15) a žen (md=15) nedosáhl statistické významnosti (p=0,745).

Nelze zamítnout nulovou hypotézu – **hypotézu H1 tedy nelze přijmout.**

AFA – celkové skóre

I u celkového skóre dotazníku AFA byl použit Mannův-Whitneyův U test. Muži (md=47,00) dosáhli statisticky signifikantně vyšších skóre než ženy (md=43,00), U=50125, p=0,002.

Graf 21: Rozdíl mužů a žen ve skórech AFA.

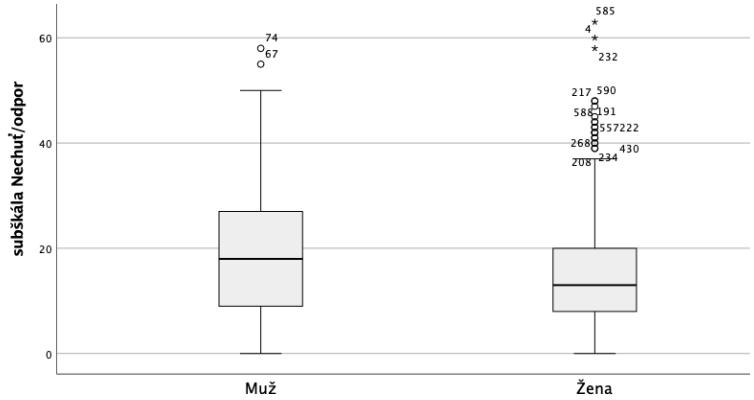


Lze tedy přijmout H2 – muži dosahují vyššího průměrného skóre v AFA než ženy.

AFA – Nechuť/odpor

Mannův-Whitneyův U test ukázal, že rozdíly ve skóre mužů (md=18) a žen (md=13) nabývají statistické významnosti, U=47574,5, p<0,001.

Graf 22: Rozdíl mužů a žen ve skórech subškály Nechuť/odpor.

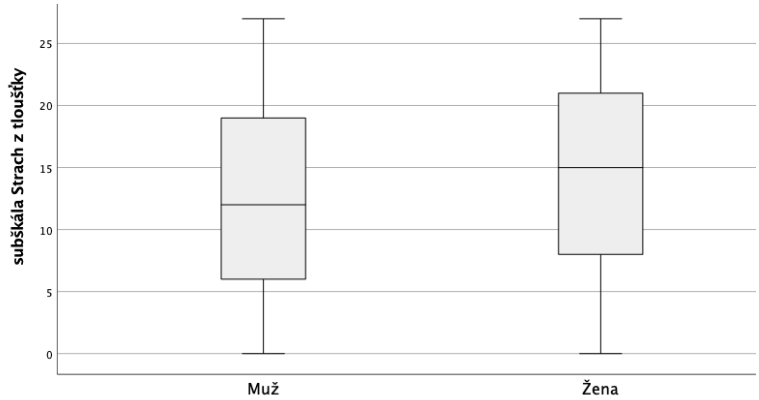


Lze přijmout H3 – muži dosahují vyššího průměrného skóre v subškále AFA Nechuť/odpor.

AFA – Strach z tloušťky

Ženy (md=15,00) v Mannově-Whitneyově U testu dosahovali statisticky významně vyšších skóre než muži (md=12,00), U=68238,0, p=0,001.

Graf 23: Rozdíl mužů a žen v subškále Strach z tloušťky.

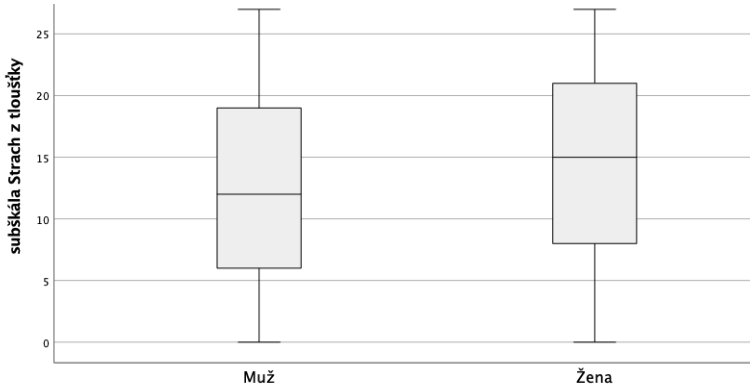


Lze přijmout H4 – ženy dosahují vyššího průměrného skóru v subškále Strach z tloušťky AFA.

AFA – Síla vůle

I pro tuto subškálu byl použit Mannův-Whitneyův U test a bylo zjištěno, že muži (md=18,00) dosahují vyšších skórů než ženy (md=14,00), U=39596,5, p<0,001.

Graf 24: Rozdíl mužů a žen v subškále Síla vůle.



Hypotézu H5 (muži dosahují vyššího průměrného skóre v subškále AFA Síla vůle) **lze přijmout.**

8.4.2 Kategorie BMI

Pomocí Kruskalova-Wallisova testu (neparametrická alternativa testu ANOVA) byly zjišťovány rozdíly v naměřených skórech mezi kategoriemi BMI.

BAOP

Kruskaův-Wallisův test neodhalil mezi kategoriemi BMI statisticky signifikantní rozdíly ve skóre BAOP H(4)=1,8, p=0,773.

Nelze přijmout H6.

AFA – celkové skóre

Nebyly nalezeny statisticky signifikantní rozdíly v celkovém skóre AFA mezi kategoriemi BMI H(4)=5,11, p=0,276.

Nelze tedy přijmout H7.

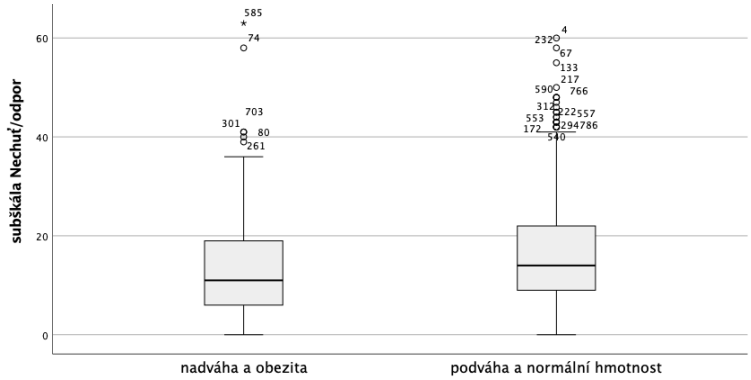
AFA – Nechuť/odpor

Rozdíly výsledných skórů mezi kategoriemi BMI v subškále Nechuť/odpor téměř dosáhly požadované hladiny statistické významnosti H(4)=9,455, p=0,051. Nicméně stále je nutné H8 zamítnout. Největší statistické významnosti dosáhl při post-hoc testu rozdíl ve skórech mezi skupinou respondentů s nadváhou a skupinou s normálním BMI (p=0,011).

Při hladině významnosti α= 0,05 **nelze přijmout H8.**

Při porovnání rozdílů (Mannově-Whitneyovým U testem) pouze dvou skupin – respondentů s podváhou a normální hmotností (md=14,0) versus respondentů s nadváhou a obezitou (md=11) bylo dosaženo statisticky signifikantního rozdílu U=53201,5; p=0,003. Ukázalo se tedy, že respondenti s podváhou nebo hmotností v normě vykazovali statisticky signifikantně vyšší míru nechuti vůči obézním.

Graf 25: Rozdíl mezi dvěma skupinami BMI ve skórech škály Nechuť/odpor.

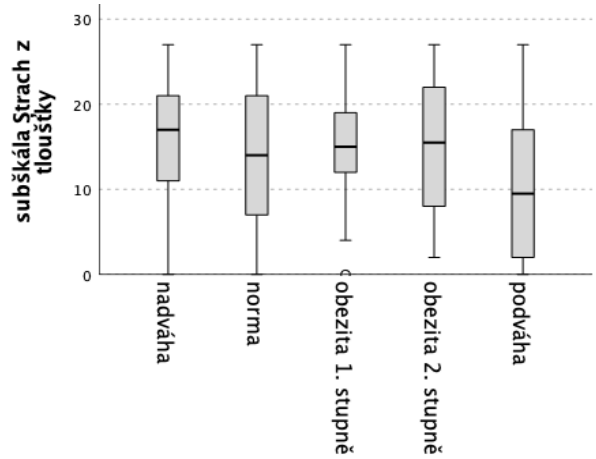


AFA – Strach z tloušťky

Rozdíly mezi kategoriemi BMI dosáhly v této subškále požadované hladiny statistické významnosti H(4)=17,66, p=0,001.

V rámci post-hoc analýzy se zjistilo, že nejvíce statisticky významný je rozdíl ve skóre mezi podváhou a normálním BMI (p=0,001), podváhou a nadváhou (p<0,001) a normálním BMI a nadváhou (p=0,024).

Graf 26: Rozdíly mezi kategoriemi BMI v subškále Strach z tloušťky.



Lze přijmout H9.

Tento vztah mezi kategoriemi BMI a skóre v subškále Strach z tloušťky byl nalezen i při porovnání skupiny respondentů s podváhou a normálním BMI (md= 14,0) versus skupiny s nadváhou a obezitou (md=16,5). Byl použit Mannův-Whitneyův U test – U=38945,5, p=0,007.

AFA – Síla vůle

Kruskalův-Wallisův test neodhalil statisticky signifikantní rozdíly mezi skupinami BMI ve výsledcích této subškály AFA H(4)=5,05, p=0,282.

Nelze přijmout H10.

Pro zajímavost byly prozkoumány i vztahy mezi BMI a BAOP, AFA i jednotlivými škálami AFA pomocí korelace. Žádná z těchto proměnných u současného vzorku nesplňovala normální rozložení dat, byl tedy použit neparametrický Spearmanův koeficient. Výsledky shrnuje tabulka:

Tabulka 23: Korelace BMI s BAOP a AFA. (Sig.=statistická významnost)

		BMI
BAOP	Korelační koeficient	-0,003
	Sig.	0,922
AFA	Korelační koeficient	0,064
	Sig.	0,064
Subškála Nechuť/odpor	Korelační koeficient	**-0,081***
	Sig.	**0,020**
Subškála Strach z tloušťky	Korelační koeficient	**0,209****
	Sig.	**<0,001**
subškála Síla vůle	Korelační koeficient	-0,005
	Sig.	0,880

Je patrné, že statisticky signifikantní byl pozitivní vztah BMI a subškály Nechuť/ odpor (r=0,08; p<0,05), nicméně tento vztah byl zanedbatelný. Rovněž byl statisticky signifikantní vztah BMI a subškály Strach z tloušťky (r=0,21; p<0,001) – tento vztah lze již klasifikovat jako nízce silný.

8.4.3 Ročníky studia

Rozdíly ve skórech mezi ročníky studia byly také zjišťovány pomocí neparametrického Kruskalova-Wallisova testu.

BAOP

Rozdíly mezi ročníky studia ve skóre BAOP nedosáhly statistické významnosti – H(5)=7,11, p=0,213.

Nelze zamítnout nulovou hypotézu – **H11 je nepřijata.**

AFA – celkové skóre

Co se týče celkového skóre v AFA, rozdíly ve skórech mezi ročníky nebyly statisticky signifikantní – H (5) = 2,75, p=0,738.

Nelze přijmout H12.

AFA – Nechuť/odpor

Ani u této subškály rozdíly mezi ročníky nedosáhly statistické signifikance, H(5)=2,47, p=0,782.

Nelze přijmout H13.

AFA – Strach z tloušťky

U subškály Strach z tloušťky rozdíly mezi jednotlivými ročníky téměř dosáhly stanovené hladiny statistické významnosti H(5)=10,14, p=0,071. Nicméně i tak je nutné H14 zamítnout, protože v současné studii stanovená hladina významnosti je 0,05.

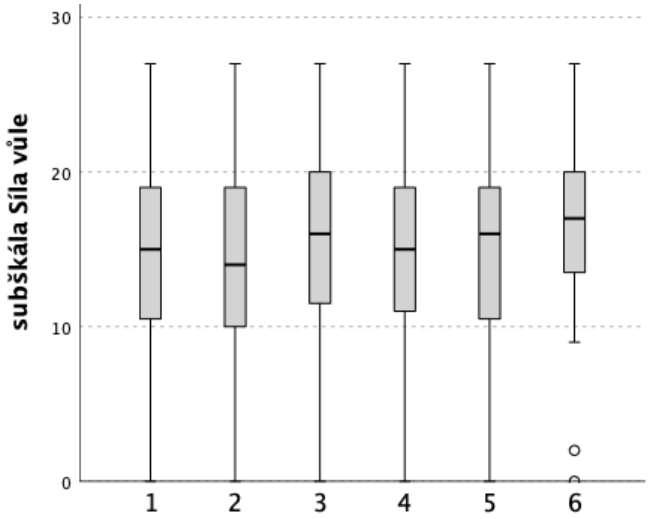
Při post-hoc analýze, se ukázalo, že jediný statisticky signifikantní rozdíl ve skórech byl mezi ročníkem druhým a čtvrtým H(5)=85,59, p=0,002. Respondenti z druhého ročníku tedy vykazovali statisticky signifikantní vyšší skóre v subškále Strach z tloušťky než studenti čtvrtého ročníku.

Nelze přijmout H14.

AFA – Síla vůle

Rozdíly ve skórech jednotlivých ročníků (1 až 6) v poslední škále AFA při použití Kruskalova-Wallisova testu dosáhly statistické významnosti H(5)=12,10, p=0,023. Lze tedy tvrdit, že se ročníky lišily v jejich přesvědčeních ohledně síly vůle obézních.

Tabulka 24: Rozdíly v subškále Síla vůle mezi jednotlivými ročníky studia.



Statisticky významné rozdíly ve skórech byly mezi ročníky 2 a 3, 2 a 6 a také 1 a 6.

H15 je přijata – skóre studentů jednotlivých ročníků se mezi sebou ve skórech subškály Síla vůle AFA statisticky signifikantně liší.

8.4.4 Blízká obézní osoba

Pro následující testování hypotéz byl použit Mannův-Whitneyův U test.

BAOP

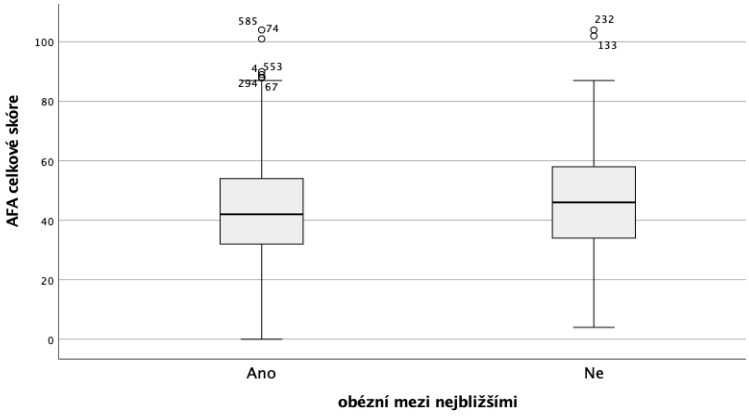
Rozdíl ve skóre BAOP mezi respondenty, jež mají blízkého obézního (md=15) a respondenty bez blízkého obézního (md=15) nedosáhl statistické významnosti (p=0,835)

H16 je zamítnuta.

AFA – celkové skóre

Mezi respondenty s obézním blízkým člověkem (md=42,0) a respondenty bez blízkého obézního (md=46,0) byl nalezen statisticky signifikantní rozdíl U=90758,0, p=0,010.

Tabulka 25: Rozdíl ve skórech AFA mezi respondenty s a bez blízké obézní osoby.

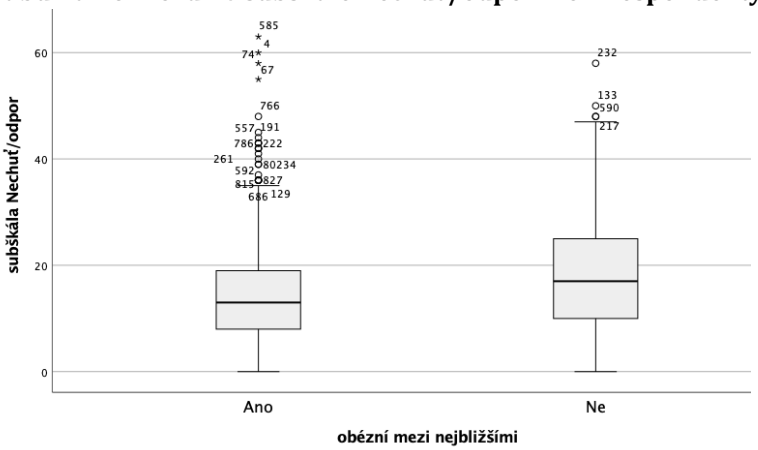


H17 je přijata – mezi respondenty s a bez blízké obézní osoby existoval rozdíl ve skórech metody AFA. Respondenti bez blízké obézní osoby vykazovali vyšší míru anti-fat postojů.

AFA – Nechuť/odpor

Mezi skupinou s blízkým obézním (md=13,0) a skupinou bez blízkého obézního (md=17,0) byl nalezen statisticky významný rozdíl U=98996,5, p<0,001.

Tabulka 26: Rozdíl v subškále Nechuť/odpor mezi respondenty s a bez blízké obézní osoby.



H18 je přijata – existuje rozdíl mezi respondenty s a bez blízké obézní osoby ve skórech subškály Nechuť/odpor AFA. Respondenti s blízkou obézní osobou vykazují nižší míru nechuti/odporu vůči obézním osobám.

AFA – Strach z tloušťky

Rozdíl mezi skupinami (blízká obézní osoba md=15,0; žádná blízká obézní osoba md=14,0) v subškále Strach z tloušťky nedosáhl statistické signifikance (p=0,186).
H19 je odmítnuta.

AFA – Síla vůle

Ani rozdíl ve skórech ze subškály Síla vůle mezi skupinou s blízkým obézním (md=15) a bez blízkého obézního (md=16) nedosáhl statistické významnosti (p=0,295).
H20 je odmítnuta.

8.4.5 Obezita v minulosti

BAOP

Mannovým-Whitneyovým U testem nebyl nalezen statisticky signifikantní rozdíl ve skóre BAOP mezi respondenty, jež byli v minulosti obézní (md=15) a těmi, jež obézní nebyli (md=15), p=0,729.
H21 není přijata.

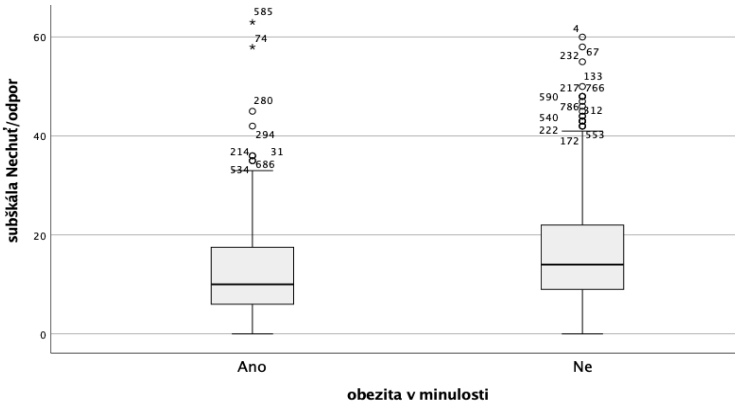
AFA

Ani v celkovém skóru AFA nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi v minulosti obézními respondenty (md=42,00) a v minulosti neobézními (md=44,00) U, p=0,502.
H22 není přijata.

AFA – Nechuť/odpor

Ve skórech této subškály AFA byl mezi v minulosti obézními (md=10,00) a v minulosti neobézními (md=14,00) nalezen statisticky významný rozdíl U=53383,5, p<0,001.

Tabulka 27: Rozdíl skórů v subškále Nechuť/odpor mezi respondenty v minulosti obézními a nikoliv.

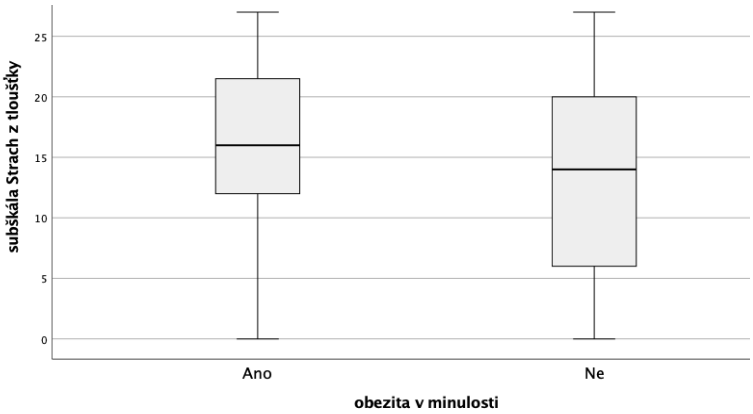


H23 lze přijmout – existuje rozdíl mezi respondenty, jež v minulosti byli a nebyli obézní ve skóre subškály Nechuť/odpor. V minulosti obézní respondenti vykazovali nižší míru nechuti/odporu k obézním.

AFA – Strach z tloušťky

I v subškále Strach z tloušťky byl mezi v minulosti obézními respondenty (md=16,00) a v minulosti neobézními (md=14,00) nalezen statisticky signifikantní rozdíl U=35453,0, p<0,001.

Tabulka 28: Rozdíl ve skórech subškály Strach z tloušťky mezi respondenty v minulosti obézními a nikoliv.



H24 je přijata – existuje rozdíl mezi studenty v minulosti obézními a neobézními ve skórech subškály Strach z tloušťky. Respondenti, kteří v minulosti byli obézní vykazují vyšší strach z tloušťky než respondenti v minulosti neobézní.

AFA – Síla vůle

V subškále Síla vůle AFA nebyl mezi skupinou v minulosti obézních (md=15) a neobézních (md=15) nalezen statisticky signifikantní rozdíl, p=0,448.

Výsledky testování hypotéz jsou shrnuty v tabulce:

Tabulka 29: Výsledky testování hypotéz.

H	Znění	Přijato
1	Muži dosahují vyššího průměrného skóru v BAOP než ženy.	**Ne**
2	Muži dosahují vyššího průměrného skóru v AFA než ženy.	**Ano**
3	Muži dosahují vyššího průměrného skóru v subškále AFA Nechuť/odpor.	**Ano**
4	Ženy dosahují vyššího průměrného skóru v subškále AFA Strach z tloušťky.	**Ano**
5	Muži dosahují vyššího průměrného skóru v subškále AFA Síla vůle.	**Ano**
6	Existuje rozdíl mezi kategoriemi BMI ve skórech BAOP.	**Ne**
7	Existuje rozdíl mezi kategoriemi BMI ve skórech AFA.	**Ne**
8	Existuje rozdíl mezi kategoriemi BMI ve skórech subškály AFA Nechuť/odpor.	**Ne**
9	Existuje rozdíl mezi kategoriemi BMI ve skórech subškály AFA Strach z tloušťky.	**Ano**
10	Existuje rozdíl mezi kategoriemi BMI ve skórech subškály AFA Síla vůle.	**Ne**
11	Existuje rozdíl mezi studenty jednotlivých ročníků LF ve skórech metody BAOP.	**Ne**
12	Existuje rozdíl mezi studenty jednotlivých ročníků LF ve skórech metody AFA.	**Ne**
13	Existuje rozdíl mezi studenty jednotlivých ročníků LF ve skórech subškály AFA Nechuť/odpor.	**Ne**
14	Existuje rozdíl mezi studenty jednotlivých ročníků LF ve skórech subškály AFA Strach z tloušťky.	**Ne**
15	Existuje rozdíl mezi studenty jednotlivých ročníků LF ve skórech subškály AFA Síla vůle.	**Ano**
16	Existuje rozdíl mezi studeny, kteří mají a nemají blízkou obézní osobu ve skóre BAOP.	**Ne**
17	Existuje rozdíl mezi studenty, kteří mají a nemají blízkou osobu ve skóre AFA.	**Ano***
18	Existuje rozdíl mezi studenty, kteří mají a nemají blízkou obézní osobu ve skóre subškály Nechuť/odpor AFA.	**Ano****
19	Existuje rozdíl mezi studenty, kteří mají a nemají blízkou obézní osobu ve skóre subškály Strach z tloušťky AFA.	**Ne**
20	Existuje rozdíl mezi studenty, kteří mají a nemají blízkou obézní osobu ve skóre subškály Síla vůle AFA.	**Ne**
21	Existuje rozdíl mezi studenty, kteří byli/nebyli v minulosti obézní ve skóre BAOP.	**Ne**
22	Existuje rozdíl mezi studenty, kteří byli/nebyli v minulosti obézní ve skóre AFA.	**Ne**
23	Existuje rozdíl mezi studenty, kteří byli/nebyli v minulosti obézní ve skóre subškály Nechuť/odpor AFA.	**Ano^**
24	Existuje rozdíl mezi studenty, kteří byli/nebyli v minulosti obézní ve skóre subškály Strach z tloušťky AFA.	**Ano^^**
25	Existuje rozdíl mezi studenty, kteří byli/nebyli v minulosti obézní ve skóre subškály Síla vůle AFA.	**Ne**

*=Respondenti bez blízké obézní osoby vykazovali vyšší míru anti-fat postojů. (p=0,010)

**= Respondenti bez blízké obézní osoby vykazovali vyšší míru nechuti vůči obézním. (p<0,001)

^=Respondenti v minulosti obézní vykazovali nižší míru nechuti/odporu k obézním. (p<0,001)

^^=Respondenti v minulosti obézní vykazovali vyšší míru strachu z tloušťky. (p<0,001)

9 Diskuze

Cílem současné studie bylo především prozkoumat postoje a přesvědčení studentů LF vůči obézním osobám. Rovněž bylo také cílem prošetřit faktory, jež potenciálně mohou hrát roli v míře těchto postojů a předsudků. Postoje a přesvědčení byly měřeny pomocí standardizovaných metod BAOP a AFA. Dále byly zjišťovány demografické údaje, povaha interakcí s obézními osobami a vnímané kompetence studentů.

Bylo zjištěno, že nástroje ve většině splňují psychometrické požadavky reliability. Rovněž byl podpořen předpoklad negativního vztahu mezi BAOP a AFA, jež byl v minulosti popsán.[156]

Mezi studenty byla nalezena negativní přesvědčení ohledně kontrolovatelnosti obezity. Nejvíce studenti souhlasili s výrokem, že k obezitě vedou špatné stravovací návyky, jež obézní osoby mají.

Výzkum nenašel žádné rozdíly v přesvědčeních ohledně obézních osob mezi pohlavími, kategoriemi BMI a studovanými ročníky. Rovněž nebyl nalezen rozdíl ve v přesvědčeních mezi osobami bez a s blízkou obézní osobou a osobami jež v minulosti buď byly nebo nebyly obézní.

U současném vzorku studentů byly nalezeny negativní postoje ohledně obézních osob. Muži dosáhli statisticky signifikantně vyšší míry negativních postojů. Ženy dosáhly vyšší míry strachu z tloušťky. Jednotlivé kategorie BMI se lišili v míře Strachu z tloušťky. S nižší mírou negativních postojů vůči obézním byla spojena přítomnost obézní osoby v nejbližším okolí a také obezita v minulosti respondenta.

První ze stanovených cílů se věnoval zjištění psychometrických parametrů využitých metod – především reliability. Reliabilita celkového AFA, subškály Nechuť/odpor a subškály Strach z tloušťky se ukázala být uspokojivá. Neuspokojivá reliabilita ve smyslu vnitřní konzistence se ukázala u subškály Síla vůle. Tyto výsledky jsou v souladu s poznatky ze zahraničních výzkumů[153,157] využívajících tyto dvě metody, stejně jako s poznatky od Mgr. Kostkové.[52] Ve všech těchto studiích vyšla Crobachova alfa u subškály Síla vůle pod 0,7.

V rozporu s podobnými studiemi nicméně vyšla reliabilita ve smyslu vnitřní konzistence nástroje BAOP. V současné studii dosáhla pouze 0,477. V české studii postojů adolescentů ovšem dosáhla Cronbachova alfa 0,75.[52] V turecké verzi BAOP Cronbachova alfa dosáhla hodnoty 0,84[158] a v americké studii 0,71[159]. Nedostatečná reliabilita BAOP v současné studii může být ovlivněna povahou vybrané populace. BAOP měří primárně přesvědčení ohledně obezity – jakési názory a mínění o obezitě a jejích příčinách. Populace studentů však má pravděpodobně o obezitě více faktických znalostí než běžná populace. Je tedy možné, že tyto znalosti studentů zkreslily jejich odpovědi v BAOP a vnitřní konzistence škály nenabyla dostatečné míry. Dalším faktorem v nedostatečné reliabilitě škály může být nedostatečná velikost a heterogenita vzorku.

Dále byly zjišťovány interakce respondentů s obézními jedinci. Tyto získané informace dokreslují výzkum postojů a přesvědčení. Studenti uváděli, že se s obézními pacienty setkávali často, ale tyto interakce byly v porovnání s interakcemi s obézními vyučujícími nebo spolužáky méně příznivé. Setkávání se s obézními pacienty je tedy pro respondenty již za studia běžné a existuje vysoká šance, že se s nimi v jejich dalším kariérním směřování budou potkávat i nadále. Ukazuje se, že příznivost interakcí s obézními pacienty může být ve vztahu s implicitním i explicitním bias respondentů.[123] Pro pochopení vzniku postojů a přesvědčení je tudíž velmi důležité zjišťovat i povahu interakcí zkoumaných osob s obézními jedinci v jejich profesním i osobním životě.

Zajímavé výsledky přinesly i odpovědi na otázku, zda bývají studenti v rámci svého studia svědky negativních komentářů, vtipů nebo dokonce diskriminace obézních osob z důvodu jejich hmotnosti. Lehce přes 22 % studentů ve výzkumném vzorku odpovědělo, že se negativními komentáři nebo vtipy na účet obézních setkává v rámci svého studia často. Pro porovnání, v americké studii se s negativními komentáři nebo vtipy na účet obézních od vyučujících nebo zdravotníků setkávalo 40 až 65 % respondentů.[122]

Studie zkoumající právě cynický humor na účet pacientů přišla s poznatkem, že obézní osoby jsou nejčastějším cílem hanlivého humoru v rámci studia na LF.[121] Současná studie sice nezkoumala míru hanlivého humoru mířeného na jiné skupiny, nicméně současným výzkumem zjištěná míra svědectví takovéhoto chování vůči obézním osobám není nízká. Z výše zmíněné studie také vyplynulo, že časté téma vtipů u obézních pacientů je jejich *„nedostatek kontroly a osobní vina na obezitě“*.[121] V současné studii 42 % respondentů souhlasilo s tvrzením, že *„někteří lidé jsou tlustí, protože nemají žádnou vůli“* a 27,8 % souhlasilo s tvrzením, že *„obézní osoby si mohou za svou tloušťku převážně sami“*. I ve výsledcích současného výzkumu se tedy promítly negativní postoje respondentů ohledně osobní viny jedince na obezitě – vina, jak bylo zjištěno, může být tématem hanlivého humoru v klinickém prostředí. Humor na účet pacientů může pro zdravotníky přestavovat způsob, jakým se vyrovnávat s náročnou profesí, nicméně pokud jsou u tohoto chování přítomni studenti, lze tuto činnost označit za krajně neprofesionální a nevhodnou vzhledem k tomu, co mohou studenti vnímat jako normální chování v zaměstnání.

Pouze přes 5 % respondentů uvedlo, že se často setkává s diskriminačním zacházením s obézními. Zde je ovšem nutno namítnout, že v dotazníku nebyla předložena definice diskriminačního chování – každý student si tedy mohl pod tímto pojmem představit svoji vlastní definici a tento fakt mohl ovlivnit výsledky výzkumu. Dva studenti mohou stejné chování vnímat naprosto jinak diskriminující.

Zjišťování těchto zkušeností studentů nicméně vede k poznání toho, jaké faktory na straně vzdělávacího zařízení mohou ovlivňovat postoje studentů ke stigmatizované skupině osob. Jedním z faktorů na straně vzdělávacího zařízení může být vytváření si vzorů.

V procesu vzdělávání si mohou studenti vystudované zdravotníky a vyučující brát za vzory. Například na praxích nebo při výuce mohou vyučující zdravotníci poskytovat informace o tom, co je normální, žádoucí a profesionální pro zdravotníka v daném kontextu. Pozorování vzorů, jež se vyjadřují negativně ohledně obézních nebo je dokonce diskriminují může být u studentů spojeno s vyšším bias.[123] Jak již bylo řečeno, současná studie zjistila, že téměř čtvrtina respondentů se s tímto chováním setkává často.

I vnímané kompetence mohou ovlivňovat to, jak zdravotník přistupuje k léčbě pacientovy obezity. Vnímané znalosti a dovednosti lékaře mohou být dokonce ve vztahu s přesvědčeními ohledně efektivity léčby.[124] Je tedy důležité mapovat, jak kompetentní se cítí již studenti v rámci studia na fakultě, která je má na práci s obézními pacienty připravit. Ze sebevědomých, dobře informovaných studentů se mohou stát kompetentní profesionální zdravotníci, z čehož má prospěch celý zdravotní systém a společnost obecně. V šestém ročníku se díky studiu na LF cítilo kompetentních ohledně léčby obezity přes 80 % respondentů. Je ovšem k diskuzi, zda se takto studenti cítí anebo zda kompetentní doopravdy jsou. Pro porovnání – v prvním ročníku se kompetentních v léčbě obezity cítilo přes 60 % respondentů, což je matoucí vzhledem k tomu, že na fakultě v době vyplňování dotazníku strávili pouze jeden semestr.

9.1 Diskuze nad výsledky BAOP

Porovnání výsledku současného výzkumu s výzkumy podobnými shrnuje tabulka níže. V tabulce jsou zahrnuty pouze výzkumy provedené u studentů LF, kde byl použit nástroj BAOP. Je patrné, že průměrné skóre studentů LF v ČR je zhruba v podobném rozsahu jako u zahraničních studií využívajících stejnou metodu u stejné populace. Nicméně je vhodné tyto výsledky brát s rezervou, protože se BAOP pro současný vzorek neukázal jako dostatečně vnitřně konzistentní.

Tabulka 30: Srovnání výsledků BAOP s jinými výzkumy.

Autor	Vzorek	Průměrné skóre
Poustchi et al.[160], 2013	64 studentů druhého a třetího ročníku medicíny, USA	16,5 (SD=6,1)
Swift et al.[116], 2013	1130 studentů různých oborů LF, Anglie	13,4 (SD=5,4)
Ip et al.[161], 2013	111 studentů druhého a čtvrtého ročníku medicíny, USA	17,5 (SD=4,9)
Soto et al.[162], 2014	315 studentů, Mexiko	16,6 (SD=5,5)
Darling et al.[163], 2013	439 studentů ošetřovatelství, USA	18,1 (SD=6,16)

Oliver et al.[164], 2022	99 studentů ošetřovatelství, USA	19,9 (SD=4,0)
Allnutt et al.[165], 2022	70 pregraduálních studentů různých oborů, USA	19,2 (SD=5,4)
Marková, 2023	833 studentů různých oborů LF, ČR	15,52 (SD=5,3)

Žádné ze stanovených hypotéz ohledně výsledků BAOP se nepotvrdily – všechny stanovené hypotézy musely být zamítnuty. Tento fakt lze vysvětlit nízkou reliabilitou škály a také potenciálně nízkou heterogenitou vzorku – byl značně homogenní v pohlaví i studovaném oboru (většina respondentů byli studenti všeobecného lékařství a studentů jednotlivých jiných oborů nebylo ve vzorku mnoho).

Ani mexická studie ovšem na škále BAOP nenašla žádné rozdíly ve výsledcích v závislosti na BMI, pohlaví a kontaktu s obézními osobami.[162] Rozdíl ve výsledcích BAOP daný pohlavím našla studie z roku 2022, ale zároveň studie zjistila, že vliv neměl věk ani BMI.[165] Jiný výzkum (z oboru ošetřovatelství) zjistil, že rozdíl v BAOP mezi muži a ženami nedosáhl statistické významnosti. Rozdíl nebyl nalezen ani mezi studenty, jež mají či nemají blízkou obézní osobu.[163]

Zajímavé výsledky by v budoucnu mohl přinést výzkum rozdílů v BAOP mezi jednotlivými studijními obory LF. Například studie z roku 2013 našla rozdíl mezi obory v míře přesvědčeních ohledně obezity – zjistilo se, že studenti všeobecného ošetřovatelství věřili, že obezita je méně pod individuální kontrolou osoby v porovnání se studenty všeobecného lékařství a nutriční terapie.[116] Faktem ale je, že v dané studii zvolené prediktory (pohlaví, věk, ročník studia a BMI) v regresní analýze vysvětlily pouze minimální množství rozptylu výsledků. Studie z roku 2022 ovšem statisticky signifikantní rozdíly mezi obory ve skórech BAOP nenašla.[165]

9.2 Diskuze nad výsledky AFA

V sekci výsledků jsou výsledné průměry subškály vypočítány jako průměry součtu položek dané subškály. Nicméně v zahraničních studiích se pro porovnání používá druhý způsob výpočtu průměru subškály. Jedná se o výpočet průměru pro každou položku a následně výpočet průměru pro subškálu z těchto průměrů položek.

Tabulka 31: Srovnání výsledků AFA s jinými studiemi – průměry (SD).

Autor	**Vzorek**	**Celkové AFA**	**Nechuť/odpor**	**Strach z tloušťky**	**Síla vůle**
O'Brien at al.[166], 2010	159 pregraduálních studentů, USA	-	2,1 (1,6)	-	4,8 (2,3)
Rodríguez-Gázquez et al.[167], 2020	578 studentů ošetřovatelství, Španělsko	2,29 (0,7)	1,29 (0,5)	2,87 (1,5)	3,73 (1,4)

Ip et al.[161], 2013	111 studentů 2. a 4. ročníku medicíny, USA	3,66 (1,2)	-	-	-
Phelan et al.[114], 2014	4723 studentů z 49 fakult, USA	3,20 -	2,29 -	4,55 -	3,96 -
Robinson et al.[168], 2014	248 studentů různých oborů, Austrálie	4,80 (1,6)	3,51 (1,5)	6,3 (2,0)	6,48 (1,4)
Marková, 2023	833 studentů různých oborů LF, ČR	3,44 (2,5)	2,28 (2,2)	4,64 (3,1)	4,93 (2,6)

Z tabulky je patrné, že výsledky AFA současné studie se zásadně neliší od výsledků AFA v zahraničních studiích. V české studii dosáhli respondenti nejvyššího průměrného skóre v subškále Síla vůle, stejně jako ve studii španělské[167] a australské[168].

Výsledky škály Síla vůle mohou mít zásadní dopad pro to, jak bude student po nástupu do práce vnímat obézní osoby a přistupovat k jejich léčbě. Jak již bylo probráno v teoretické části, zdravotníci, kteří se domnívají, že obézní pacienti postrádají vůli mohou v menší míře otevírat téma redukce hmotnosti, navazovat méně kvalitní kontakt s pacientem a potenciálně tedy i poskytovat nižší kvalitu péče.[114]

Ve španělské studii studentů ošetřovatelství muži dosáhli vyšší míry negativních postojů na škále Nechuť/odpor a na subškále Síla vůle než ženy.[167] Stejně tomu bylo i jiné studii.[114] Tento poznatek, je v souladu s výsledky současné české studie. Ženy naopak v naší studii dosáhly vyšší míry Strachu z tloušťky. Tento rozdíl byl nalezen i jinde.[114]

Španělská studie našla rozdíly mezi jednotlivými studijními ročníky v celkovém skóre AFA, v subškále Strach z tloušťky a v subškále Síla vůle.[167] Současná česká studie ovšem našla mezi ročníky signifikantní rozdíly pouze v subškále Síla vůle.

Co se týče BMI, současná studie nalezla rozdíly mezi kategoriemi BMI v subškále Strach z tloušťky. K podobným výsledkům dospěla i další studie – nicméně zde byly rozdíly nalezeny ve všech subškálách AFA.[114] Pravděpodobným vysvětlením nenalezení dostatečných rozdílů u současného vzorku i v dalších subškálách může být nedostatečná heterogenita BMI ve vzorku. Většina respondentů měla BMI v normě, pouze minimum bylo obézní – vzorek nenabyl dostatečného rozptylu hodnot.

9.3 Limity a doporučení do budoucna

Jedním z limitů této práce je zcela určitě vybraný způsob zisku vzorku. Studenti si mohli sami zvolit, zda dotazník vyplní nebo ne – vzorek je tedy sestavený samo

výběrem. Tento fakt mohl ovlivnit skladbu souboru. Je například možné, že studenti, jež vyplnili dotazník mají již předem daný zájem o výzkum nebo je může konkrétně zajímat, jaké postoje mají studenti LF jako celek. Řešením tohoto problému by bylo získat seznam všech studentů všech LF v ČR a studenty náhodně vybrat.

Heterogenita výzkumného vzorku se ukázala jako potenciální problém, tato skutečnost je již zmíněna výše. Ve výzkumném vzorku nebyly skupiny respondentů zastoupeny rovnoměrně, například žen bylo téměř 80 %. Na druhou stranu v současnosti platí, že na LF studuje více žen, než můžu (a to na některých fakultách až třikrát více).[169] Do vysoké míry homogenní bylo i zastoupení různých fakult a oborů ve výzkumném vzorku.

Limitem je také fakt, že v dotazníku byli studenti nuceni zvolit pouze jednu volbu studijního oboru. Mohlo se stát, že respondenti studovali více různých oborů na LF, nicméně tato skutečnost nebyla ve výzkumu zahrnuta. Na stejném principu stojí i problém s výběrem fakulty. Studenti mohli například bakalářský obor studovat na jedné fakulně, ale magisterský na druhé – ani tato možnost však v dotazníku není zahrnuta.

Limitem je i sloučení bakalářských a magisterských oborů do jednotlivých nucených možností zaškrtnutí v dotazníku. Prvotní ideou výzkumu bylo i zkoumat potenciální rozdíly v postojích a předsudcích mezi studijními obory a pro tyto účely byly bakalářské a magisterské obory sloučeny. Od tohoto záměru bylo však upuštěno.

Další nevýhodou výzkumu je jeho tzv. self-report povaha. Studenti sami anonymně uváděli jejich demografické údaje i výšku a hmotnost. Nebyla tedy možnost objektivně změřit jejich BMI. Anonymita dotazníku s sebou přináší nejistotu ohledně pravdivosti odpovědí a například i ohledně pečlivosti vyplňování. Nicméně tato anonymita mohla přinést i větší upřímnost respondentů – někdy může být těžké se k sociálně nežádoucím postojům přiznat a anonymní online podoba dotazníku pro tyto účely přináší bezpečnější prostor.

Potenciálně limitující se u dotazování se na přítomnost blízké obézní osoby může ukázat povaha tohoto vztahu respondenta k blízké osobě. Je pravděpodobné, že si respondent při vyplňování vybaví své nejbližší okolí a danou potenciální obézní osobu. Toto vybavení si osoby a vybavení si vztahu k této osobě může následně pozitivně nebo negativně ovlivnit označování dalších odpovědí. Zároveň je limitem, že v dotazníku není přesně definováno, kdo vlastně blízká osoba je.

Za zisku kvalitnějšího vzorku by bylo vhodné také zkoumat rozdíly v postojích a přesvědčeních mezi jednotlivými studijními obory. Dalo by se tímto způsobem prozkoumat, zda například rozdílnosti v předmětech, jež musí studenti absolvovat mohou být ve vztahu k naměřeným postojům a přesvědčením.

Příležitostí pro další výzkum je také zahrnutí implicitního bias do zkoumaných proměnných, což by zajisté přineslo zajímavé poznatky.

Další vhodná oblast výzkumu je destigmatizace. Bez účinných opatření cílících ke změně společenských postojů zůstávají lidé s vyšší tělesnou hmotností kvůli své

hmotnosti zranitelní vůči stigmatizaci a nespravedlivému zacházení. Právě destigmatizace v zdravotnictví (včetně prostředí LF) je problematika, jež v ČR dosud zkoumána nebyla. Přitom existují důkazy o tom, že pokud se stigmatizace obézních na fakultách formálně neřeší, může prostředí LF nepřímo podporovat nespravedlivé zacházení s obézními pacienty.[114]

Rozdíly mezi ročníky v postojích a předsudcích lze sice zkoumat průřezovým výzkumným přístupem, nicméně by bylo vhodné vztah těchto dvou faktorů zkoumat i longitudinálně. Právě longitudinální přístup by mohl přinést cenné informace o vývoji postojů a předsudků k obézním osobám v průběhu studia na LF. Toto poznání by mohlo dopomocí destigmatizačním snahám, přípravě budoucích zdravotníků na výkon jejich povolání, ale i celkově léčbě obezity na populační úrovni. Bohužel longitudinální výzkum dalece přesahuje možnosti diplomové práce.

Skutečnost, že byl výzkum zaměřený na studenty není vnímána jako primárně negativní. Studenti LF sice nejsou praktikujícími zdravotníky v pravém slova smyslu, nicméně výzkumy prováděné na studentech mohou přinést částečnou představu o potenciálním vývoji zdravotnictví. Dnešní respondenti (studenti LF) budou zítřejší zdravotníci, kteří budou spoluutvářet podobu zdravotní péče a společnosti jako takové.

Výsledky současné práce mohou představovat cennou zpětnou vazbu pro lékařské fakulty. Poznání výchozího stavu – tedy negativních postojů studentů ohledně obézních osob může být prvním krokem ke změně této skutečnosti. Otevírání tématu stigmatizace obézních osob na půdě fakulty (ale i mimo ni) má samo o sobě potenciál působit destigmatizačním způsobem na studenty.[146] Studenti připravující se na výkon pomáhající profese by měli být schopni reflektovat své případné negativní postoje vůči různým společenským skupinám a nenechat tyto negativní jevy ovlivnit jejich chování – obézní osoby a jejich pervazivní stigmatizace není výjimkou.

10 Závěr

Hlavním cílem této diplomové práce bylo osvětlit problematiku stigmatizace obézních osob jako jednoho z psychosociálních faktorů, jež může mít vliv na jedincovo psychické i fyzické fungování (včetně vlivu na tělesnou hmotnost).

Nejprve byl v teoretické části vymezen pojmový aparát, obezita byla jako onemocnění přestavena s jejími příčinami i důsledky. Dále bylo definováno a popsáno weight stigma s důrazem na důsledky tohoto jevu pro život obézního jedince. Klíčovou částí práce byla kapitola o stigmatizaci obézních osob ve zdravotnictví, která přinesla komplexní pohled jak na postoje, jež mají zdravotníci, tak na zkušenost obézního jedince v procesu zdravotní péče. Stigmatizaci obézních ve zdravotnictví byla věnována zvýšená pozornost, neboť je to právě zdravotnictví, od kterého se očekává podíl na léčbě obezity.

Praktická část práce zkoumala postoje a přesvědčení studentů LF ohledně obézních osob a také faktory, jež mohou být s těmito postoji a přesvědčeními spojené. Míra negativních postojů a přesvědčení byla kvantifikována pomocí standardizovaných metod. Ukázalo se, že míra negativních postojů a předsudků v současném výzkumném vzorku je srovnatelná s výsledky zahraničních studií. Obecně bylo zjištěno, že s nižší mírou negativních postojů a přesvědčení bylo spojeno ženské pohlaví, minulá zkušenost s obezitou a přítomnost obézní osoby v blízkém okolí respondenta.

Jak bylo uvedeno v teoretické části této práce, společnost vynakládá značné úsilí na léčbu obezity. Ukazuje se, že toto úsilí může být mařeno předsudky, diskriminací a obecně nespravedlivým přístupem společnosti jako takové vůči obézním jedincům.

Je v nejlepším zájmu společnosti redukovat míru obezity, nicméně se snižováním prevalence obezity v populaci se musí nutně pojit i redukce stigmatu ohledně obezity.

Použité zdroje

1. World Health Organization. Obesity. https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1
2. Tomiyama AJ, Hunger JM, Nguyen-Cuu J, Wells C. Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories in NHANES 2005–2012. *Int J Obes*. 2016;40(5):883-886. doi:10.1038/ijo.2016.17
3. Carmienke S, Freitag MH, Pischon T, et al. General and abdominal obesity parameters and their combination in relation to mortality: a systematic review and meta-regression analysis. *Eur J Clin Nutr*. 2013;67(6):573-585. doi:10.1038/ejcn.2013.61
4. Seidell JC. Waist circumference and waist/hip ratio in relation to all-cause mortality, cancer and sleep apnea. *Eur J Clin Nutr*. 2010;64(1):35-41. doi:10.1038/ejcn.2009.71
5. Puhl RM, Brownell KD. Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obes Rev*. 2003;4(4):213-227. doi:10.1046/j.1467-789X.2003.00122.x
6. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 10. revize. https://mkn10.uzis.cz/prohlizec
7. Ng M, Fleming T, Robinson M, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 2014;384(9945):766-781. doi:10.1016/S0140-6736(14)60460-8
8. Eurostat. Body mass index (BMI) by sex, age and income quintile. Published online 2019. https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1i&lang=en
9. WHO. Obesity and overweight. Published online June 9, 2021. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
10. Elks CE, den Hoed M, Zhao JH, et al. Variability in the Heritability of Body Mass Index: A Systematic Review and Meta-Regression. *Front Endocrinol*. 2012;3. doi:10.3389/fendo.2012.00029
11. Fernandez-Twinn DS, Hjort L, Novakovic B, Ozanne SE, Saffery R. Intrauterine programming of obesity and type 2 diabetes. *Diabetologia*. 2019;62(10):1789-1801. doi:10.1007/s00125-019-4951-9
12. Keith SW, Redden DT, Katzmarzyk PT, et al. Putative contributors to the secular increase in obesity: exploring the roads less traveled. *Int J Obes*. 2006;30(11):1585-1594. doi:10.1038/sj.ijo.0803326
13. Hainer V. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Grada; 2011.
14. Carpiniello B, Pinna F, Pillai G, et al. Psychiatric Comorbidity and Quality of Life in Obese Patients. Results from a Case-Control Study. *Int J Psychiatry Med*. 2009;39(1):63-78. doi:10.2190/PM.39.1.e
15. Pereira-Miranda E, Costa PRF, Queiroz VAO, Pereira-Santos M, Santana MLP. Overweight and Obesity Associated with Higher Depression Prevalence in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Nutr*. 2017;36(3):223-233. doi:10.1080/07315724.2016.1261053
16. Rajan T, Menon V. Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies. *J Postgrad Med*. 2017;63(3):182. doi:10.4103/jpgm.JPGM_712_16
17. Preiss K, Brennan L, Clarke D. A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression: Obesity and depression. *Obes Rev*.

2013;14(11):906-918. doi:10.1111/obr.12052
18. McCuen-Wurst C, Ruggieri M, Allison KC. Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities: Disordered eating and obesity. *Ann N Y Acad Sci*. 2018;1411(1):96-105. doi:10.1111/nyas.13467
19. American Psychological Association. Body image. In: *APA Dictionary of Psychology*. https://dictionary.apa.org/body-image
20. Weinberger NA, Kersting A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Facts*. 2016;9(6):424-441. doi:10.1159/000454837
21. Gerlach G, Herpertz S, Loeber S. Personality traits and obesity: a systematic review: Personality traits and obesity. *Obes Rev*. 2015;16(1):32-63. doi:10.1111/obr.12235
22. Giel K, Teufel M, Junne F, Zipfel S, Schag K. Food-Related Impulsivity in Obesity and Binge Eating Disorder—A Systematic Update of the Evidence. *Nutrients*. 2017;9(11):1170. doi:10.3390/nu9111170
23. WHO. *Health 2020: A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century*. World Health Organization, Regional Office for Europe; 2013.
24. WHO. *Action Plan for Implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2012-2016*. World Health Organization, Regional Office for Europe; 2012.
25. WHO. *European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020*. World Health Organization, Regional Office for Europe; 2015.
26. Wing RR, Lang W, Wadden TA, et al. Benefits of Modest Weight Loss in Improving Cardiovascular Risk Factors in Overweight and Obese Individuals With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2011;34(7):1481-1486. doi:10.2337/dc10-2415
27. Mauro M, Taylor V, Wharton S, Sharma AM. Barriers to obesity treatment. *Eur J Intern Med*. 2008;19(3):173-180. doi:10.1016/j.ejim.2007.09.011
28. Brantley PJ, Stewart DW, Myers VH, et al. Psychosocial predictors of weight regain in the weight loss maintenance trial. *J Behav Med*. 2014;37(6):1155-1168. doi:10.1007/s10865-014-9565-6
29. Chang SH, Stoll CRT, Song J, Varela JE, Eagon CJ, Colditz GA. The Effectiveness and Risks of Bariatric Surgery: An Updated Systematic Review and Meta-analysis, 2003-2012. *JAMA Surg*. 2014;149(3):275. doi:10.1001/jamasurg.2013.3654
30. Arterburn D, Wellman R, Emiliano A, et al. Comparative Effectiveness and Safety of Bariatric Procedures for Weight Loss: A PCORnet Cohort Study. *Ann Intern Med*. 2018;169(11):741. doi:10.7326/M17-2786
31. Adams TD, Davidson LE, Litwin SE, et al. Weight and Metabolic Outcomes 12 Years after Gastric Bypass. *N Engl J Med*. 2017;377(12):1143-1155. doi:10.1056/NEJMoa1700459
32. Jacob A, Moullec G, Lavoie KL, et al. Impact of cognitive-behavioral interventions on weight loss and psychological outcomes: A meta-analysis. *Health Psychol*. 2018;37(5):417-432. doi:10.1037/hea0000576
33. American Psychological Association. Stigma. In: *APA Dictionary of Psychology*. https://dictionary.apa.org/stigma
34. American Psychological Association. Attitude. In: *APA Dictionary of Psychology*. https://dictionary.apa.org/attitude
35. Slaměník I. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. (Výrost J, ed.). Grada; 2008.
36. American Psychological Association. Belief. In: *APA Dictionary of Psychology*.
37. American Psychological Association. Stereotype. In: *APA Dictionary of Psychology*. https://dictionary.apa.org/stereotype

38. American Psychological Association. Prejudice. In: *APA Dictionary of Psychology*. https://dictionary.apa.org/prejudice
39. American Psychological Association. Bias. In: *APA Dictionary of Psychology*. https://dictionary.apa.org/bias
40. Brown R, Gaertner SL, eds. *Intergroup Processes*. Blackwell Publishers; 2001.
41. Puhl RM, Himmelstein MS, Pearl RL. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *Am Psychol*. 2020;75(2):274-289. doi:10.1037/amp0000538
42. Pearl RL, Puhl RM. Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obes Rev*. 2018;19(8):1141-1163. doi:10.1111/obr.12701
43. Puhl RM, Himmelstein MS, Quinn DM. Internalizing Weight Stigma: Prevalence and Sociodemographic Considerations in US Adults: Internalizing Weight Stigma. *Obesity*. 2018;26(1):167-175. doi:10.1002/oby.22029
44. Bidstrup H, Brennan L, Kaufmann L, de la Piedad Garcia X. Internalised weight stigma as a mediator of the relationship between experienced/perceived weight stigma and biopsychosocial outcomes: a systematic review. *Int J Obes*. 2022;46(1):1-9. doi:10.1038/s41366-021-00982-4
45. American Psychological Association. Discrimination. In: *APA Dictionary of Psychology*.
46. Spahlholz J, Baer N, König HH, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Obesity and discrimination - a systematic review and meta-analysis of observational studies: Obesity and discrimination. *Obes Rev*. 2016;17(1):43-55. doi:10.1111/obr.12343
47. Jackson SE, Steptoe A. Association between perceived weight discrimination and physical activity: a population-based study among English middle-aged and older adults. *BMJ Open*. 2017;7(3):e014592. doi:10.1136/bmjopen-2016-014592
48. Himmelstein MS, Puhl RM, Quinn DM. Intersectionality: An Understudied Framework for Addressing Weight Stigma. *Am J Prev Med*. 2017;53(4):421-431. doi:10.1016/j.amepre.2017.04.003
49. Andreyeva T, Puhl RM, Brownell KD. Changes in Perceived Weight Discrimination Among Americans, 1995-1996 Through 2004-2006. *Obesity*. 2008;16(5):1129-1134. doi:10.1038/oby.2008.35
50. Puhl RM, Andreyeva T, Brownell KD. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *Int J Obes*. 2008;32(6):992-1000. doi:10.1038/ijo.2008.22
51. *Zákon č. 198/2009 Sb. - Zákon o Rovném Zacházení a o Právních Prostředcích Ochrany Před Diskriminací a o Změně Některých Zákonů (Antidiskriminační Zákon)*.; 2018.
52. Kostková M. *Postoje českých adolescentů vůči obezitě.* Bakalářská diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci; 2020. https://theses.cz/id/8emrv4/?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DZkušenosti%20osob%20s%20vyšš%C3%AD%20hmotnost%C3%AD%20se%20stigmatizac%C3%AD%26start%3D1;isshlret=Zkušenosti%3Bosob%3Bs%3B
53. Puhl RM, Heuer CA. The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*. 2009;17(5):941-964. doi:10.1038/oby.2008.636
54. Vanhove A, Gordon RA. Weight discrimination in the workplace: a meta-analytic examination of the relationship between weight and work-related outcomes: Weight and work-related outcomes. *J Appl Soc Psychol*. 2014;44(1):12-22. doi:10.1111/jasp.12193
55. Nutter S, Ireland A, Alberga AS, et al. Weight Bias in Educational Settings: a Systematic Review. *Curr Obes Rep*. 2019;8(2):185-200. doi:10.1007/s13679-019-00330-8
56. Greenberg BS, Eastin M, Hofschire L, Lachlan K, Brownell KD. Portrayals of Overweight and Obese Individuals on Commercial Television. *Am J Public Health*. 2003;93(8):1342-1348.

doi:10.2105/AJPH.93.8.1342
57. Himes SM, Thompson JK. Fat Stigmatization in Television Shows and Movies: A Content Analysis. *Obesity*. 2007;15(3):712-718. doi:10.1038/oby.2007.635
58. Flint SW, Hudson J, Lavallee D. The portrayal of obesity in U.K. national newspapers. *Stigma Health*. 2016;1(1):16-28. doi:10.1037/sah0000013
59. Heuer CA, McClure KJ, Puhl RM. Obesity Stigma in Online News: A Visual Content Analysis. *J Health Commun*. 2011;16(9):976-987. doi:10.1080/10810730.2011.561915
60. Karsay K, Schmuck D. "Weak, Sad, and Lazy Fatties": Adolescents' Explicit and Implicit Weight Bias Following Exposure to Weight Loss Reality TV Shows. *Media Psychol*. 2019;22(1):60-81. doi:10.1080/15213269.2017.1396903
61. McClure KJ, Puhl RM, Heuer CA. Obesity in the News: Do Photographic Images of Obese Persons Influence Antifat Attitudes? *J Health Commun*. 2011;16(4):359-371. doi:10.1080/10810730.2010.535108
62. Maddox GL, Back KW, Liederman VR. Overweight as Social Deviance and Disability. *J Health Soc Behav*. 1968;9(4):287. doi:10.2307/2948537
63. Latner JD, Stunkard AJ. Getting Worse: The Stigmatization of Obese Children. *Obes Res*. 2003;11(3):452-456. doi:10.1038/oby.2003.61
64. Swami V, Furnham A, Amin R, et al. Lonelier, Lazier, and Teased: The Stigmatizing Effect of Body Size. *J Soc Psychol*. 2008;148(5):577-594. doi:10.3200/SOCP.148.5.577-594
65. Greenleaf C, Starks M, Gomez L, Chambliss H, Martin S. Weight-related words associated with figure silhouettes. *Body Image*. 2004;1(4):373-384. doi:10.1016/j.bodyim.2004.10.004
66. Fardouly J, Vartanian LR. Changes in weight bias following weight loss: the impact of weight-loss method. *Int J Obes*. 2012;36(2):314-319. doi:10.1038/ijo.2011.26
67. Puhl RM, Latner JD, O'Brien K, Luedicke J, Danielsdottir S, Forhan M. A multinational examination of weight bias: predictors of anti-fat attitudes across four countries. *Int J Obes*. 2015;39(7):1166-1173. doi:10.1038/ijo.2015.32
68. Schwartz MB, Vartanian LR, Nosek BA, Brownell KD. The Influence of One's Own Body Weight on Implicit and Explicit Anti-fat Bias. *Obesity*. 2006;14(3):440-447. doi:10.1038/oby.2006.58
69. Puhl RM, Lessard LM, Pearl RL, Himmelstein MS, Foster GD. International comparisons of weight stigma: addressing a void in the field. *Int J Obes*. 2021;45(9):1976-1985. doi:10.1038/s41366-021-00860-z
70. Puhl RM, Phelan SM, Nadglowski J, Kyle TK. Overcoming Weight Bias in the Management of Patients With Diabetes and Obesity. *Clin Diabetes*. 2016;34(1):44-50. doi:10.2337/diaclin.34.1.44
71. Wu YK, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2018;74(5):1030-1042. doi:10.1111/jan.13511
72. Emmer C, Bosnjak M, Mata J. The association between weight stigma and mental health: A meta-analysis. *Obes Rev*. 2020;21(1). doi:10.1111/obr.12935
73. Alimoradi Z, Golboni F, Griffiths MD, Broström A, Lin CY, Pakpour AH. Weight-related stigma and psychological distress: A systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr*. 2020;39(7):2001-2013. doi:10.1016/j.clnu.2019.10.016
74. Friedman KE, Ashmore JA, Applegate KL. Recent Experiences of Weight-based Stigmatization in a Weight Loss Surgery Population: Psychological and Behavioral Correlates. *Obesity*. 2008;16(S2):S69-S74. doi:10.1038/oby.2008.457
75. Stevens SD, Herbozo S, Morrell HE, Schaefer LM, Thompson JK. Adult and childhood

weight influence body image and depression through weight stigmatization. *J Health Psychol*. 2017;22(8):1084-1093. doi:10.1177/1359105315624749
76. Chen EY, Bocchieri-Ricciardi LE, Munoz D, et al. Depressed Mood in Class III Obesity Predicted by Weight-Related Stigma. *Obes Surg*. 2007;17(5):669-671. doi:10.1007/s11695-007-9112-4
77. Daly M, Robinson E, Sutin AR. Perceived overweight and suicidality among US adolescents from 1999 to 2017. *Int J Obes*. 2020;44(10):2075-2079. doi:10.1038/s41366-020-0620-9
78. Hunger JM, Dodd DR, Smith AR. Weight-based discrimination, interpersonal needs, and suicidal ideation. *Stigma Health*. 2020;5(2):217-224. doi:10.1037/sah0000188
79. Minor T, Ali M, Rizzo J. Body weight and suicidal behavior in adolescent females: the role of self-perceptions. *J Ment Health Policy Econ*. 19(1):21-31.
80. Vartanian LR, Pinkus RT, Smyth JM. Experiences of weight stigma in everyday life: Implications for health motivation. *Stigma Health*. 2018;3(2):85-92. doi:10.1037/sah0000077
81. Vartanian LR, Porter AM. Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite*. 2016;102:3-14. doi:10.1016/j.appet.2016.01.034
82. Major B, Hunger JM, Bunyan DP, Miller CT. The ironic effects of weight stigma. *J Exp Soc Psychol*. 2014;51:74-80. doi:10.1016/j.jesp.2013.11.009
83. Schvey NA, Puhl RM, Brownell KD. The Impact of Weight Stigma on Caloric Consumption. *Obesity*. 2011;19(10):1957-1962. doi:10.1038/oby.2011.204
84. Remmert JE, Convertino AD, Roberts SR, Godfrey KM, Butryn ML. Stigmatizing weight experiences in health care: Associations with BMI and eating behaviours. *Obes Sci Pract*. 2019;5(6):555-563. doi:10.1002/osp4.379
85. Ashmore JA, Friedman KE, Reichmann SK, Musante GJ. Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults. *Eat Behav*. 2008;9(2):203-209. doi:10.1016/j.eatbeh.2007.09.006
86. Han S, Agostini G, Brewis AA, Wutich A. Avoiding exercise mediates the effects of internalized and experienced weight stigma on physical activity in the years following bariatric surgery. *BMC Obes*. 2018;5(1):18. doi:10.1186/s40608-018-0195-3
87. Vartanian LR, Shaprow JG. Effects of Weight Stigma on Exercise Motivation and Behavior: A Preliminary Investigation among College-aged Females. *J Health Psychol*. 2008;13(1):131-138. doi:10.1177/1359105307084318
88. Sattler KM, Deane FP, Tapsell L, Kelly PJ. Gender differences in the relationship of weight-based stigmatisation with motivation to exercise and physical activity in overweight individuals. *Health Psychol Open*. 2018;5(1):205510291875969. doi:10.1177/2055102918759691
89. Mensinger JL, Meadows A. Internalized weight stigma mediates and moderates physical activity outcomes during a healthy living program for women with high body mass index. *Psychol Sport Exerc*. 2017;30:64-72. doi:10.1016/j.psychsport.2017.01.010
90. Vartanian LR, Novak SA. Internalized Societal Attitudes Moderate the Impact of Weight Stigma on Avoidance of Exercise. *Obesity*. 2011;19(4):757-762. doi:10.1038/oby.2010.234
91. Sutin AR, Stephan Y, Luchetti M, Terracciano A. Perceived weight discrimination and C-reactive protein. *Obesity*. 2014;22(9):1959-1961. doi:10.1002/oby.20789
92. Jackson SE, Kirschbaum C, Steptoe A. Perceived weight discrimination and chronic biochemical stress: A population-based study using cortisol in scalp hair. *Obesity*. 2016;24(12):2515-2521. doi:10.1002/oby.21657
93. Tomiyama AJ, Epel ES, McClatchey TM, et al. Associations of weight stigma with cortisol and oxidative stress independent of adiposity. *Health Psychol*. 2014;33(8):862-867.

doi:10.1037/hea0000107
94. Daly M, Sutin AR, Robinson E. Perceived Weight Discrimination Mediates the Prospective Association Between Obesity and Physiological Dysregulation: Evidence From a Population-Based Cohort. *Psychol Sci*. 2019;30(7):1030-1039. doi:10.1177/0956797619849440
95. Sutin AR, Terracciano A. Perceived Weight Discrimination and Obesity. Newton RL, ed. *PLoS ONE*. 2013;8(7):e70048. doi:10.1371/journal.pone.0070048
96. Jackson SE, Beeken RJ, Wardle J. Perceived weight discrimination and changes in weight, waist circumference, and weight status. *Obesity*. 2014;22(12):2485-2488. doi:10.1002/oby.20891
97. Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychol Sci*. 2015;26(11):1803-1811. doi:10.1177/0956797615601103
98. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, et al. Primary Care Physicians' Attitudes about Obesity and Its Treatment. *Obes Res*. 2003;11(10):1168-1177. doi:10.1038/oby.2003.161
99. Khandalavala BN, Rojanala A, Geske JA, Koran-Scholl JB, Guck TP. Obesity bias in primary care providers. *Fam Med*. 2014;46(7):532-535.
100. Sabin JA, Marini M, Nosek BA. Implicit and Explicit Anti-Fat Bias among a Large Sample of Medical Doctors by BMI, Race/Ethnicity and Gender. Fielding R, ed. *PLoS ONE*. 2012;7(11):e48448. doi:10.1371/journal.pone.0048448
101. Teachman B, Brownell K. Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *Int J Obes*. 2001;25(10):1525-1531. doi:10.1038/sj.ijo.0801745
102. O'Keeffe M, Flint SW, Watts K, Rubino F. Knowledge gaps and weight stigma shape attitudes toward obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020;8(5):363-365. doi:10.1016/S2213-8587(20)30073-5
103. Brown I. Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *J Adv Nurs*. 2006;53(2):221-232. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03718.x
104. Robstad N, Westergren T, Siebler F, Söderhamn U, Fegran L. Intensive care nurses' implicit and explicit attitudes and their behavioural intentions towards obese intensive care patients. *J Adv Nurs*. 2019;75(12):3631-3642. doi:10.1111/jan.14205
105. Jones CA, Forhan M. Addressing weight bias and stigma of obesity amongst physiotherapists. *Physiother Theory Pract*. 2021;37(7):808-816. doi:10.1080/09593985.2019.1648623
106. Cavaleri R, Short T, Karunaratne S, Chipchase LS. Weight stigmatisation in physiotherapy: a systematic review. *Phys Ther Rev*. 2016;21(1):1-9. doi:10.1080/10833196.2016.1213976
107. Diversi TM, Hughes R, Burke KJ. The prevalence and practice impact of weight bias amongst Australian dietitians. *Obes Sci Pract*. 2016;2(4):456-465. doi:10.1002/osp4.83
108. Edelstein S, Silva N, Mancini L. Obesity Bias Among Dietitians by Using the Fat People-Thin People Implicit Association Test. *Top Clin Nutr*. 2009;24(1):67-72. doi:10.1097/TIN.0b013e3181989af1
109. Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obes Res*. 2003;11(9):1033-1039. doi:10.1038/oby.2003.142
110. Michael Vallis T, Currie B, Lawlor D, Ransom T. Healthcare Professional Bias Against the Obese: How Do We Know If We Have a Problem? *Can J Diabetes*. 2007;31(4):365-370. doi:10.1016/S1499-2671(07)14008-9
111. FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics*. 2017;18(1):19. doi:10.1186/s12910-017-0179-8
112. Lawrence BJ, Kerr D, Pollard CM, et al. Weight bias among health care professionals: A systematic review and meta-analysis. *Obesity*. 2021;29(11):1802-1812.

doi:10.1002/oby.23266
113. Budd GM, Mariotti M, Graff D, Falkenstein K. Health care professionals' attitudes about obesity: An integrative review. *Appl Nurs Res*. 2011;24(3):127-137. doi:10.1016/j.apnr.2009.05.001
114. Phelan SM, Dovidio JF, Puhl RM, et al. Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: The medical student CHANGES study. *Obesity*. 2014;22(4):1201-1208. doi:10.1002/oby.20687
115. Andrade AD, Ruiz JG, Mintzer MJ, et al. Medical students' attitudes toward obese patient avatars of different skin color. *Stud Health Technol Inform*. 2012;173:23-29.
116. Swift JA, Hanlon S, El-Redy L, Puhl RM, Glazebrook C. Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. *J Hum Nutr Diet*. 2013;26(4):395-402. doi:10.1111/jhn.12019
117. George TP, DeCristofaro C, Murphy PF. Unconscious Weight Bias Among Nursing Students: A Descriptive Study. *Healthcare*. 2019;7(3):106. doi:10.3390/healthcare7030106
118. Puhl R, Wharton C, Heuer C. Weight Bias among Dietetics Students: Implications for Treatment Practices. *J Am Diet Assoc*. 2009;109(3):438-444. doi:10.1016/j.jada.2008.11.034
119. Pantenburg B, Sikorski C, Luppa M, et al. Medical Students' Attitudes towards Overweight and Obesity. Pereira RI, ed. *PLoS ONE*. 2012;7(11):e48113. doi:10.1371/journal.pone.0048113
120. Miller DP, Spangler JG, Vitolins MZ, et al. Are Medical Students Aware of Their Anti-obesity Bias?: *Acad Med*. 2013;88(7):978-982. doi:10.1097/ACM.0b013e318294f817
121. Wear D, Aultman J, Varley J, Zarconi J. Making fun of patients: medical students' perceptions and use of derogatory and cynical humor in clinical settings. *Acad Med*. 2006;81(5):454-462. doi:10.1097/01.ACM.0000222277.21200.a1
122. Puhl RM, Luedicke J, Grilo CM. Obesity bias in training: Attitudes, beliefs, and observations among advanced trainees in professional health disciplines: Obesity Bias in Training. *Obesity*. 2014;22(4):1008-1015. doi:10.1002/oby.20637
123. Phelan SM, Puhl RM, Burke SE, et al. The mixed impact of medical school on medical students' implicit and explicit weight bias. *Med Educ*. 2015;49(10):983-992. doi:10.1111/medu.12770
124. Ferrante JM, Piasecki AK, Ohman-Strickland PA, Crabtree BF. Family Physicians' Practices and Attitudes Regarding Care of Extremely Obese Patients. *Obesity*. 2009;17(9):1710-1716. doi:10.1038/oby.2009.62
125. Puhl RM, Lessard LM, Himmelstein MS, Foster GD. The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. Jackson SE, ed. *PLOS ONE*. 2021;16(6):e0251566. doi:10.1371/journal.pone.0251566
126. Merrill E, Grassley J. Women's stories of their experiences as overweight patients. *J Adv Nurs*. 2008;64(2):139-146. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04794.x
127. Hebl M, Xu J. Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *Int J Obes*. 2001;25(8):1246-1252. doi:10.1038/sj.ijo.0801681
128. Rathbone JA, Cruwys T, Jetten J, Barlow FK. When stigma is the norm: How weight and social norms influence the healthcare we receive. *J Appl Soc Psychol*. Published online June 14, 2020:jasp.12689. doi:10.1111/jasp.12689
129. Persky S, Eccleston CP. Medical student bias and care recommendations for an obese versus non-obese virtual patient. *Int J Obes*. 2011;35(5):728-735. doi:10.1038/ijo.2010.173
130. Bleich SN, Bennett WL, Gudzune KA, Cooper LA. Impact of Physician BMI on Obesity Care and Beliefs. *Obesity*. 2012;20(5):999-1005. doi:10.1038/oby.2011.402

131. Huizinga MM, Cooper LA, Bleich SN, Clark JM, Beach MC. Physician Respect for Patients with Obesity. *J Gen Intern Med*. 2009;24(11):1236-1239. doi:10.1007/s11606-009-1104-8
132. Beach MC, Roter DL, Wang NY, Duggan PS, Cooper LA. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? *Patient Educ Couns*. 2006;62(3):347-354. doi:10.1016/j.pec.2006.06.004
133. Gudzune KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA. Physicians build less rapport with obese patients: Rapport Building Obesity. *Obesity*. 2013;21(10):2146-2152. doi:10.1002/oby.20384
134. Gudzune KA, Bennett WL, Cooper LA, Bleich SN. Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers. *Patient Educ Couns*. 2014;97(1):128-131. doi:10.1016/j.pec.2014.06.019
135. Stone O, Werner P. Israeli Dietitians' Professional Stigma Attached to Obese Patients. *Qual Health Res*. 2012;22(6):768-776. doi:10.1177/1049732311431942
136. Alberga AS, Edache IY, Forhan M, Russell-Mayhew S. Weight bias and health care utilization: a scoping review. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20:e116. doi:10.1017/S1463423619000227
137. Mulherin K, Miller YD, Barlow FK, Diedrichs PC, Thompson R. Weight stigma in maternity care: women's experiences and care providers' attitudes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(1):19. doi:10.1186/1471-2393-13-19
138. Maruthur NM, Bolen SD, Brancati FL, Clark JM. The Association of Obesity and Cervical Cancer Screening: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obesity*. 2009;17(2):375-381. doi:10.1038/oby.2008.480
139. Aldrich T, Hackley B. The Impact of Obesity on Gynecologic Cancer Screening: An Integrative Literature Review. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55(4):344-356. doi:10.1016/j.jmwh.2009.10.001
140. Wee CC, McCarthy EP, Davis RB, Phillips RS. Obesity and breast cancer screening: The influence of race, illness burden, and other factors. *J Gen Intern Med*. 2004;19(4):324-331. doi:10.1111/j.1525-1497.2004.30354.x
141. Rosen AB, Schneider EC. Colorectal cancer screening disparities related to obesity and gender. *J Gen Intern Med*. 2004;19(4):332-338. doi:10.1111/j.1525-1497.2004.30339.x
142. Raves DM, Brewis A, Trainer S, Han SY, Wutich A. Bariatric Surgery Patients' Perceptions of Weight-Related Stigma in Healthcare Settings Impair Post-surgery Dietary Adherence. *Front Psychol*. 2016;7. doi:10.3389/fpsyg.2016.01497
143. Giardino JB, Keitel MA, Patelis T, Takooshian H. The impact of weight stigma on decisions about weight loss surgery. *Stigma Health*. 2019;4(1):19-29. doi:10.1037/sah0000115
144. Hansen B, Dye MH. Damned if You Do, Damned if You Don't: The Stigma of Weight Loss Surgery. *Deviant Behav*. 2018;39(2):137-147. doi:10.1080/01639625.2016.1263081
145. Mattingly BA, Stambush MA, Hill AE. Shedding the Pounds but not the Stigma: Negative Attributions as a Function of a Target's Method of Weight Loss: ATTRIBUTIONS OF WEIGHT LOSS. *J Appl Biobehav Res*. 2010;14(3):128-144. doi:10.1111/j.1751-9861.2009.00045.x
146. Talumaa B, Brown A, Batterham RL, Kalea AZ. Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. *Obes Rev*. 2022;23(10). doi:10.1111/obr.13494
147. Alberga AS, Pickering BJ, Alix Hayden K, et al. Weight bias reduction in health professionals: a systematic review: Weight bias reduction in health professionals. *Clin Obes*. 2016;6(3):175-188. doi:10.1111/cob.12147
148. Hayward LE, Neang S, Ma S, Vartanian LR. Discussing weight with patients with overweight: Supportive (not stigmatizing) conversations increase compliance intentions and health motivation. *Stigma Health*. 2020;5(1):53-68. doi:10.1037/sah0000173
149. Puhl RM. What words should we use to talk about weight? A systematic review of

quantitative and qualitative studies examining preferences for weight-related terminology. *Obes Rev*. 2020;21(6). doi:10.1111/obr.13008
150. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev*. 2015;16(4):319-326. doi:10.1111/obr.12266
151. Hansson LM, Rasmussen F. Association Between Perceived Health Care Stigmatization and BMI Change. *Obes Facts*. 2014;7(3):211-220. doi:10.1159/000363557
152. Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *Am J Public Health*. 2010;100(6):1019-1028. doi:10.2105/AJPH.2009.159491
153. Crandall CS. Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. *J Pers Soc Psychol*. 1994;66(5):882-894. doi:10.1037/0022-3514.66.5.882
154. Allison DB, Basile VC, Yuker HE. The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *Int J Eat Disord*. 1991;10(5):599-607. doi:10.1002/1098-108X(199109)10:5<599::AID- EAT2260100512>3.0.CO;2-%23
155. Allison DB, Baskin ML, eds. *Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight-Related Problems: Measures, Theory, and Research*. 2nd ed. Sage Publications; 2009.
156. Pratt KJ, Palmer E, Cravens JD, Ferriby M, Balk E, Cai Y. Marriage and Family Therapy Trainees' Reports of Explicit Weight Bias. *J Marital Fam Ther*. 2016;42(2):288-298. doi:10.1111/jmft.12116
157. Magallares A, Morales JF. Spanish adaptation of the Antifat Attitudes Scale / Adaptación al castellano de la Escala de Actitud Antiobesos. *Rev Psicol Soc*. 2014;29(3):563-588. doi:10.1080/02134748.2014.972707
158. Dedeli O, Bursalioglu SA, Deveci A. Validity and reliability of the Turkish version of the attitudes toward obese persons scale and the beliefs about obese persons scale. *Clin Nurs Stud*. 2014;2(4):p105. doi:10.5430/cns.v2n4p105
159. Lillis J, Luoma JB, Levin ME, Hayes SC. Measuring Weight Self-stigma: The Weight Self-stigma Questionnaire. *Obesity*. 2010;18(5):971-976. doi:10.1038/oby.2009.353
160. Poustchi Y, Piasecki AK, Hahn KA, Saks NS, Ferrante JM. Brief intervention effective in reducing weight bias in medical students. Published online 2013. doi:10.7282/00000210
161. Ip EH, Marshall S, Vitolins M, et al. Measuring Medical Student Attitudes and Beliefs Regarding Patients Who Are Obese: *Acad Med*. 2013;88(2):282-289. doi:10.1097/ACM.0b013e31827c028d
162. Soto L, Armendariz-Anguiano A, Bacardi-Gascon M, Cruz A. Beliefs, attitudes and phobias among Mexican medical and psychology students towards people with obesity. *Nutr Hosp*. 2014;30(1):37-41. doi:10.3305/nh.2014.30.1.7512
163. Darling R, Atav AS. Attitudes Toward Obese People: A Comparative Study of Nursing, Education, and Social Work Students. *J Prof Nurs*. 2019;35(2):138-146. doi:10.1016/j.profnurs.2018.07.009
164. Oliver TL, Qi B, Diewald LK, Shenkman R, Kaufmann PG. Development of a weight bias reduction intervention for third-year nursing students. *Clin Obes*. 2022;12(2). doi:10.1111/cob.12498
165. Allnutt AE, Smith DJ, Torrence WA, Alexander DS. Examining weight bias attitudes and obesity beliefs among undergraduate students. *J Am Coll Health*. Published online July 14, 2022:1-6. doi:10.1080/07448481.2022.2093114
166. O'Brien KS, Puhl RM, Latner JD, Mir AS, Hunter JA. Reducing Anti-Fat Prejudice in Pre-service Health Students: A Randomized Trial. *Obesity*. 2010;18(11):2138-2144. doi:10.1038/oby.2010.79
167. Rodríguez-Gázquez M de los A, Ruiz-Iglesias A, González-López JR. Changes in anti-fat

attitudes among undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today*. 2020;95:104584. doi:10.1016/j.nedt.2020.104584
168. Robinson EL, Ball LE, Leveritt MD. Obesity Bias Among Health and Non-Health Students Attending an Australian University and Their Perceived Obesity Education. *J Nutr Educ Behav*. 2014;46(5):390-395. doi:10.1016/j.jneb.2013.12.003
169. Šrajbrová M. Medicínu studuje třikrát víc žen než mužů. Hrozí nedostatek lékařů v oborech, jako je ortopedie. *Aktuálně.cz*. https://zpravy.aktualne.cz/domaci/zeny-maji-v-medicine-pocetni-prevahu-kdo-bude-delat-fyzicky/r~d1d985d0fb3e11e583c1002590604f2e/. Published April 6, 2016.

Příloha A Dotazník

Postoje studentů lékařských fakult

Dobrý den,
jmenuji se Jana Marková a jsem studentkou oboru Výživa dospělých a dětí na LF MU. V rámci své diplomové práce se zabývám postoji studentů lékařských fakult. **Pokud nejste student/ka lékařské fakulty v ČR, dotazník prosím nevyplňujte.**
Vážím si, že jste se rozhodli vyplnit můj dotazník, vyplňování by nemělo zabrat více než 5–10 minut.

- Dotazník je anonymní.
- Účast je ve studii je dobrovolná, kdykoliv můžete vyplňování dotazníku opustit.
- Sebraná data budou použita pouze pro účely současné diplomové práce a mých dalších případných prací.
- Kliknutím na další stranu dáváte souhlas s účastí ve výzkumu.
- Pokud vás dotazník zaujme a budete mít zájem si přečíst hotovou diplomovou práci, neváhejte mě kontaktovat na e-mail.

Děkuji za váš čas a ochotu vyplnit dotazník.
447077@mail.muni.cz

Jaký je váš věk? (napište prosím pouze číslo)
Jaké je vaše pohlaví? • Muž • Žena
Jaký je váš studijní obor nebo program? (pozn: Bakalářské a navazující magisterské obory jsou pro účely otázky sloučeny.) • Všeobecné lékařství • Zubní lékařství • Dentální hygiena • Fyzioterapie, Aplikovaná fyzioterapie • Nutriční terapie, Výživa dospělých a dětí • Optika a optometrie, Ortoptika, Optometrie • Porodní asistence, Komunitní péče v porodní asistenci • Všeobecné ošetřovatelství, Pediatrické ošetřovatelství, Intenzivní péče, Ošetřovatelská péče v psychiatrii • Zdravotnické záchranářství • Radiologická asistence • Laboratorní diagnostika ve zdravotnictví • Adiktologie • Ergoterapie, Ergoterapie pro dospělé • Embryolog • Ochrana a podpora zdraví, Ochrana a podpora veřejného zdraví, Veřejné zdravotnictví
Na jaké lékařské fakultě v současnosti studujete? • 1. LF UK, Praha • 2. LF UK, Praha

- 3. LF UK, Praha
- LF MU, Brno
- LF UK, Plzeň
- LF UK, Hradec Králové
- LF OU, Ostrava
- LF UPOL, Olomouc

V jakém ročníku na LF studujete? Pokud studujete 1. ročník navazujícího magisterského programu, zaškrtněte prosím 4. ročník (obdobně u 2. ročníku NMgr.). Pokud jste v meziročníku (nebo je vaše studium přerušeno), tak prosím zaškrtněte nejbližší odpovídající ročník.

- 1.
- 2.
- 3
- 4.
- 5.
- 6.

Jak často se setkáváte s následujícími osobami v rámci svého studia? (na fakultě, na praxích a při práci ve zdravotnickém zařízení)

- Obézní vyučující, zaměstnanci fakulty, lékaři a další zdravotníci
  - velmi často
  - často
  - občas
  - zřídka
  - nikdy
- Obézní spolužáci a celkově studenti lékařské fakulty
  - velmi často
  - často
  - občas
  - zřídka
  - Nikdy
- Obézní pacienti
  - velmi často
  - často
  - občas
  - zřídka
  - nikdy

Jak příznivé byly vaše interakce s těmito osobami?

- Obézní vyučující, zaměstnanci fakulty, obézní lékaři a další zdravotníci
  - Vynikající
  - Nadprůměrné
  - Průměrné
  - Podprůměrné
  - Velmi špatné
- Obézní spolužáci a celkově studenti lékařské fakulty
  - Vynikající
  - Nadprůměrné
  - Průměrné

- Podprůměrné
- Velmi špatné

- Obézní pacienti
  - Vynikající
  - Nadprůměrné
  - Průměrné
  - Podprůměrné
  - Velmi špatné

Jak často se při svých praxích a práci ve zdravotnických zařízeních setkáváte s následujícími fenomény?

- Zdravotník má negativní komentáře nebo vtipy ohledně obézního pacienta kvůli jeho/její hmotnosti.
  - velmi často
  - často
  - občas
  - zřídka
  - nikdy
- Zdravotník se dopouští diskriminačního zacházení s obézním pacientem kvůli jeho/její hmotnosti.
  - velmi často
  - často
  - občas
  - zřídka
  - nikdy

Ohodnoťte prosím následující výroky podle Vaší míry souhlasu.
0 = velmi silně nesouhlasím, 9 =velmi silně souhlasím

1. Opravdu nemám tlusté lidi v oblibě.
2. Nemám mnoho přátel, kteří jsou tlustí.
3. Mám sklon si myslet, že lidé s nadváhou jsou trochu nedůvěryhodní.
4. Ačkoli někteří tlustí lidé jsou jistě chytří, obecně si myslím, že nejsou tak inteligentní jako lidé s normální hmotností.
5. Dělá mi problém brát tlusté lidi vážně.
6. Tlustí lidé ve mně vyvolávají nepříjemné pocity. / Tlustí lidé na mě nepůsobí příjemně.
7. Kdybych byl/a zaměstnavatel hledající pracovníky, asi bych nezaměstnal/a tlustého člověka.
8. Když přiberu, cítím se sám sebou znechucen/znechucena.
9. Jedna z nejhorších věcí, která by se mi mohla stát, je přibrat 10 kilo.
10. Bojím se, že ztloustnu.
11. Lidé, kteří váží příliš moc, mohou zhubnout prostřednictvím občasného cvičení.
12. Někteří lidé jsou tlustí, protože nemají žádnou vůli.
13. Tlustí lidé si za svou tloušťku můžou převážně sami.

Vyplňte prosím do jaké míry souhlasíte s následujícími výroky.
0 = silně nesouhlasím, 5 = silně souhlasím

1. Obezita se často vyskytuje, když je jídlo užívané jako kompenzace lásky nebo pozornosti.
2. V mnoha případech je obezita výsledkem biologické poruchy.
3. Obezita je obvykle způsobena přejídáním.
4. Většina obézních lidí si svůj problém způsobuje tím, že má nedostatek pohybu.
5. Většina obézních lidí jí více než lidé s normální hmotností.
6. Většina obézních lidí má špatné stravovací návyky, které vedou k jejich obezitě.
7. Obezita je málokdy způsobena nedostatkem silné vůle.
8. Lidé můžou být závislí na jídle stejně, jako jsou někteří závislí na drogách, a tito lidé závislí na jídle se obvykle stanou obézními.

Do jaké míry souhlasíte s následujícím výrokem?
Díky studiu na LF se cítím kompetentní poskytnout obéznímu pacientovi správné a relevantní informace ohledně léčby jeho/její obezity?

- Rozhodně souhlasím
- Mírně souhlasím
- Mírně nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím

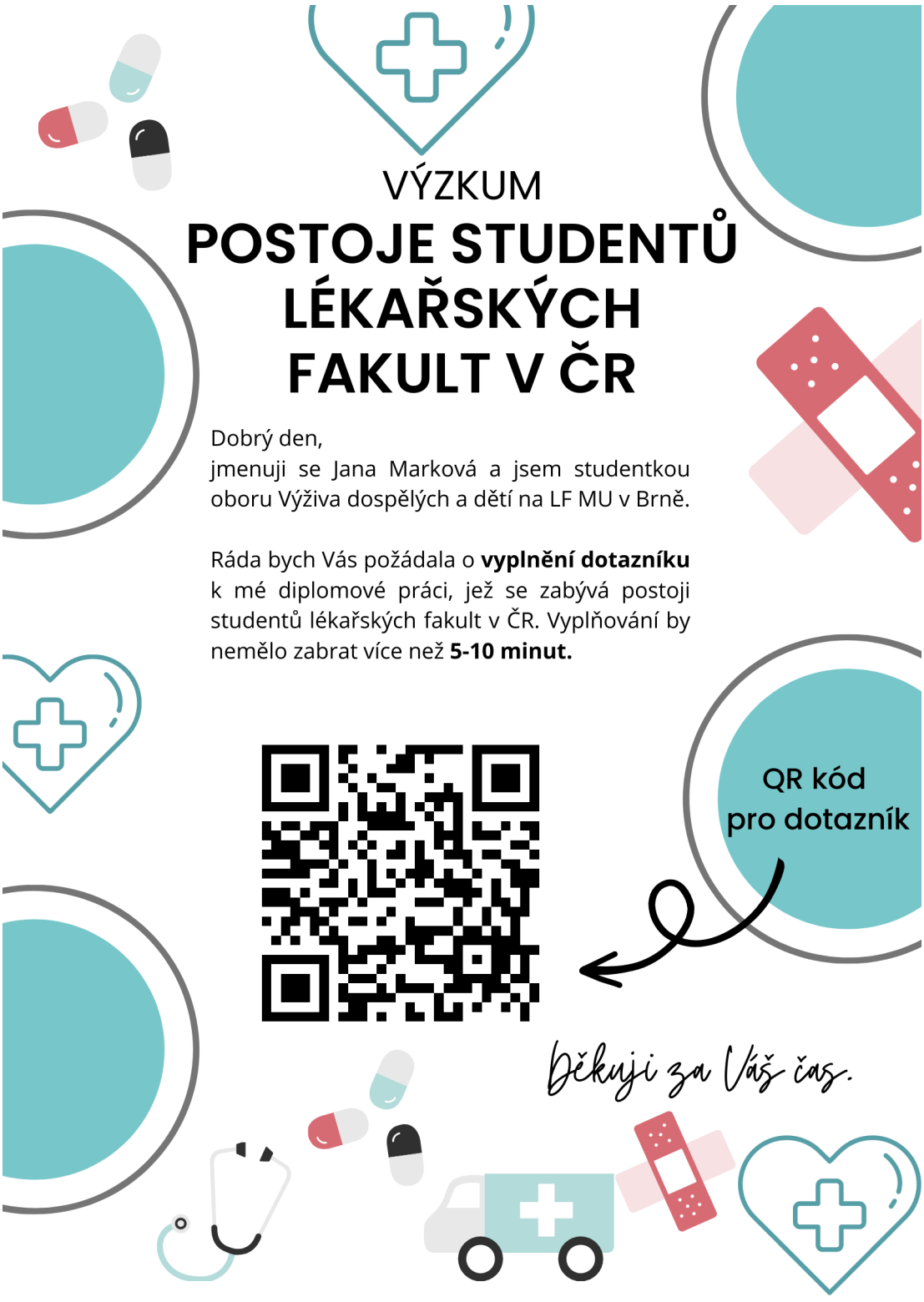
Máte mezi vašimi nejbližšími lidmi obézní osobu? (v nejužší rodině, mezi nejbližšími přáteli)

- Ano
- Ne

Jaká je vaše aktuální výška (v centimetrech)? Napište prosím pouze číslo.

Jaká je vaše aktuální hmotnost (v kilogramech)? Napište prosím pouze číslo.

Byl/a jste v minulosti obézní?

- Ano
- Ne

Příloha B Leták k dotazníku