

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

# **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

2013

Ing. Dana Knappová



Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze  
Katedra psychologie

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Autor práce:** Ing. Dana Knappová

Těsné vztahy a spokojenost v manželství u osob trpících obezitou

Close relationships and satisfaction in marriage  
in people suffering from obesity

## **Prohlášení**

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

V Praze, dne 27.7.2013

## **Poděkování**

*Ráda bych touto cestou poděkovala především vedoucí své diplomové práce prof. PhDr. Lence Šulové, CSc., za laskavé vedení, cenné podněty a připomínky, dále Mgr. Marku Vrankovi za pomoc se statistickým zpracováním, prof. Martinu Friedovi a MUDr. Petře Šrámkové za umožnění sběru dat na OB klinice, svojí rodině za nekonečnou trpělivost a prof. RNDr. Lud'ku Sýkorovi, Ph.D. za dobré rady do začátku.*

## **Abstrakt**

Diplomová práce se věnuje problematice těsnosti vztahu a manželské spokojenosti u obézních osob. Hlavní výzkumnou otázkou je, zda úroveň manželské spokojenosti závisí na BMI (Body Mass Index), tj. na stupni obezity. Problematiku jsme nejprve diskutovali v teoretické části. V praktické části jsme použili dotazníky Locke – Wallace, RCI a SF – 36. Nezjistili jsme přímou souvislost mezi BMI a manželskou spokojeností, našli jsme však několik faktorů, které manželskou spokojenost ovlivňují.

**Klíčová slova:** manželství , obezita , spokojenost v manželství

## **Abstrakt**

The diploma thesis deals with closeness of relationship and marital satisfaction among people suffering from obesity. The main research question is if the level of marital satisfaction depends on BMI (Body Mass Index). These issues are first discussed on theoretical level. Then we used the Locke – Wallace, RCI and SF – 36 questioneries in the research part. The results shows that there is no direct connection between BMI and marital satisfaction but we found some other factors that influence the marital satisfaction.

**Keywords:** marriage, obesity, marital satisfaction

## Obsah:

1	Úvod.....	7
2	Teoretická část .....	8
2.1	Vymezení těsných vztahů .....	8
2.2	Charakteristické znaky těsných vztahů .....	11
2.2.1	Vzájemná závislost a teorie sociální výměny .....	11
2.2.2	Závazek .....	13
2.2.3	Důvěra .....	15
2.2.4	Obsažení části druhého ve vlastním já.....	15
2.2.5	Intimita .....	15
2.2.6	Specifická komunikace .....	16
2.3	Měření těsnosti vztahu .....	17
2.4	Obezita .....	19
2.4.1	Klasifikace a měření obezity .....	19
2.4.2	Etiopatogeneze obezity .....	21
2.4.3	Prevalence obezity .....	26
2.4.4	Komplikace obezity .....	27
2.4.5	Základní terapeutické postupy .....	27
2.4.6	Obézní pacient z pohledu psychologie.....	33
2.5	Obezita a partnerství .....	43
3	Praktická část .....	48
3.1	Cíle.....	48
3.2	Průběh výzkumu .....	48
3.3	Metodika .....	49
3.4	Výzkumný soubor .....	52
3.5	Formulace hypotéz a statistická analýza dat .....	56
3.5.1	Formulace hypotéz.....	56
3.5.2	Statistické zpracování.....	58
3.5.3	Shrnutí výsledků.....	87
3.6	Diskuze.....	89
4	Závěr .....	93
5	Použitá literatura.....	95

## 1 Úvod

Udržování uspokojivých mezilidských vztahů je jednou ze základních lidských potřeb. Člověk touží být milován, přijímán a oceňován druhými lidmi, potřebuje mít přátele, vlastní rodinu. Vědomí, že se máme na koho obrátit v případě, že se nám nedaří, nám dává pocit většího bezpečí a jistoty. Potřeba sdílet radosti i starostij je přirozená a pochopitelná.

Nejdůležitějšími vztahy z tohoto pohledu jsou těsné vztahy - přátelské, rodinné či partnerské. Právě v nich prožíváme intimitu, která se na pocitu bezpečí a jistoty podílí.

Tato diplomová práce si klade za cíl zkoumat těsnost vztahu a spokojenost v dlouhodobém partnerství u osob trpících obezitou. Cílem je především zjistit, zda jsou výše uvedené charakteristiky závislé na stupni obezity (velikosti BMI- body mass index).

V teoretické části věnujeme pozornost potřebě afiliace a intimity, charakterizujeme těsné vztahy jako jeden z možných druhů interpersonálních vztahů, vymezujeme problematiku obezity a jejího vlivu na prožívání sebe sama, intimity a těsných vztahů.

Empirická část je zaměřena na skupiny osob trpících obezitou různého stupně (první a třetí stupeň obezity dle BMI) a žijících v manželství či dlouhodobém partnerství. Těsnost vztahů zjišťujeme dotazníkem těsnosti interpersonálních vztahů (Berscheid, Snyder, Omoto). Spokojenost v partnerství je sledována dotazníkem (Locke - Williamson). Zároveň dotazníkem (SF – 36) zjišťujeme subjektivně vnímanou kvalitu života.

Zde prezentované poznatky potvrzují výsledky té části autorů, která při zkoumání závislosti mezi obezitou a těsnými vztahy došla k závěru, že nelze jednoduše vyvozovat soudy o vztahu mezi BMI (tedy stupněm obezity) a úrovní spokojenosti v manželství. Obezita je natolik složitý fenomén provázaný úzce s celou partnerskou (rodinnou) dynamikou, že je nutné vždy uvažovat o všech faktorech jako o celku. Kromě tohoto zjištění jsme nastínili možné souvislosti mezi manželskou spokojeností a některými měřenými veličinami.

Získané poznatky by do budoucna mohly sloužit jako inspirace k dalšímu podrobnějšímu zkoumání či jako zdroj informací pro psychology, kteří se ve své praxi setkávají s obézními lidmi, či řeší partnerskou problematiku.



## 2 Teoretická část

Člověk je společenská bytost, a proto je závislý na interpersonálních vztazích. Každý člověk má svoji síť sociálních vztahů, která zahrnuje různě blízké vztahy- od vztahů povrchní známosti, přes kolegiální vztahy, vztahy přátelské, rodinné či partnerské. Všechny tyto vztahy zahrnují určité množství interakcí, které člověka ovlivňují, a projevují se v jeho pocitech, náladě, ochotě k dalšímu setkání, pocitu porozumění, odmítnutí a podobně. Se zvyšujícím množstvím interakcí může, ale nemusí, docházet ke vzájemnému sblížení, ovlivňování v mnoha oblastech života, k prohlubování intimity.

Psychologové, například Prager (2000) nebo Mc Adams (1989) se většinou shodují v tom, že touha po blízkosti je jednou ze základních psychologických potřeb. V případě, že není naplňována, může být prožívaná samota jednou z nejničivějších lidských zkušeností. Kvalitní blízké vztahy jsou jednou ze základních komponent, které ovlivňují pocit vnímané pohody (well – being) každého člověka.

Kvalitní, dostatečně vřelé a blízké vztahy jsou důležité pro všechny, ale pro obézní pacienty mohou být ještě významnější. U obézních je totiž prožívání a vnímání sebe sama často ovlivněno samotnou obezitou, omezeními a komplikacemi běžného života, které z ní vyplývají, častými předsudky a nemístnými poznámkami od lidí v okolí. Opora v těsných vztazích je pak pro ně důležitým momentem pro udržení si životní vyrovnanosti a optimismu.

### 2.1 Vymezení těsných vztahů

Výzkumy těsných vztahů jsou od počátku spojeny snahou stanovit znaky, které jsou těmto vztahům společné, a vystihují tak jejich podstatu. Počátky těchto výzkumů jsou spojeny především s nejednoznačností v terminologii. Původně se mělo za to, že pojem „vztah“ není nutné nijak zvlášť definovat, neboť slovo „vztah“ i adjektiva, která se k němu obvykle váží (blízký, dysfunkční...) jsou tak zřejmá, že není potřeba ztrácet čas jejich definováním (Berscheid, Regan, 2005).

Postupně se však začalo ukazovat, že každý člověk chápe „vztah“ trochu jinak. Když Weber zkoumala, jak se lidé vyrovnávají s rozpadem romantického blízkého vztahu, zjistila, že zatímco jeden z partnerů chce vztah ukončit, druhý má dojem, že není co ukončovat, neboť mezi nimi již žádný vztah není (Weber, 1998).

Další výzkumy prokázaly, že to, jak lidé chápou význam slova „vztah“, závisí na pohlaví (Peplau, Gordon, 1985), věku (Dickens, Perlman, 1981) a kultuře (Markus, Kitayama, 1991).

Se zvyšujícím se množstvím výzkumů na téma „vztahy“ se zjistilo, že pod pojmem „vztah“ chápe něco trochu jiného i každý z výzkumníků. Terminologické zmatky panující v té době shrnul Hinde slovy, že oblast vztahů je „konceptuální džungle, která dusí nepozorné“ (Hinde, 1979).

Definovat vztah je však problematické a tato problematičnost souvisí se třemi fakty, jak vysvětluje Hinde ve své jiné práci (Hinde, 1997). **Vztah se vyvíjí v čase, vnímání vztahu jako celku se liší mezi účastníky vztahu a vnějším pozorovatelem.** Navíc každý z účastníků vnímá jednotlivé aspekty vztahu proměnlivě v čase, v závislosti na tom, jak o nich přemýšlí, jak je reflektuje, jak na ně vzpomíná, či jak o nich diskutuje s jinými lidmi. Vnímání vztahu je také závislé na kultuře, neboť způsob, jakým společnosti definují vztahy, zrcadlí jejich kulturu a naopak.

Hinde nakonec definoval **vztah** takto: „Vztah zahrnuje sérii interakcí jedinců, kteří se znají. Vztah obsahuje behaviorální, kognitivní a afektivní (emocionální) aspekty. Formální vztahy se od těch osobních liší. Vztahy, ve kterých je většina chování účastníků determinována jejich postavením ve společnosti, kde nespolehají na vzájemné znalosti, jsou vztahy funkčními či formálními (Hinde, 1979)

V terminologických diskuzích týkajících se vztahů nelze opominout přínos Kelleyho. Byl to Kelley, kdo zavedl pojem „**osobní vztahy**“ a definoval na základě své teorie sociální výměny, že dva lidé jsou v osobním vztahu, pokud na sebe mají vliv a jsou na sobě závislí v takovém smyslu, že změna u jednoho z nich způsobí změnu u druhého a obráceně (Kelley, 1979, 1986).

V pojednáních o osobních vztazích zdůrazňoval Kelley především jejich těsnost, což následně vedlo k tomu, že právě název pro tuto charakteristiku vytlačil pojem „osobní vztahy“ a nahradil jej dnes široce užívaný název „**těsné vztahy**“ (close relationships). (Slaměník, Hurychová, 2010).

Zde je třeba zmínit **rozdíl mezi „blízkým“ a „těsným“ vztahem**, neboť při překladu z angličtiny je možno adjektivum „close“ interpretovat oběma způsoby. V této práci je používán méně obvyklý termín „těsný vztah“, který vystihuje skutečnost, že ne všechny

blízké vztahy jsou zároveň těsné. Toto pojetí je v souladu s určitými definicemi intimity, například s přístupem, kdy Reis a Shaver chápou intimitu jako speciální případ blízkého vztahu a vyvozují, že“ ne všechny blízké vztahy jsou intimní, ale všechny intimní vztahy jsou blízké“ (Reis, Shaver, 1997).

Kelley dále upřesnil, že pojem“těsné vztahy“ užíváme, chceme- li mluvit o vztazích, které vznikají v manželství, partnerství, u nejlepších přátel, či u blízkých spolupracovníků. Hlavní charakteristikou a podmínkou je dlouhotrvající charakter takového vztahu, osoby spolu tráví mnoho času, dělají mnoho věcí společně, sdílejí společný prostor, sdílejí osobní informace a pocity a působí jako neoddělitelný celek (Kelley, 1979).

V současnosti se většina autorů ve shodě s Kelleyho pojetím shoduje v tom, že **podstatou vztahu** je interakce mezi lidmi. Aby mezi lidmi existoval vztah, musí být splněny tři podmínky:

- 1) Interakce mezi jedinci. Jedinci vzájemně ovlivňují své chování.
- 2) Povaha interakce mezi jedinci musí být odlišná od interakce s jinými lidmi.
- 3) Výsledkem interakce je mentální reprezentace vztahu, kterou si jedinci vytvořili, a která ovlivňuje jejich budoucí interakce ve vztahu.

Jak shrnuje Slaměník: těsnost vztahu lze charakterizovat interakcemi, jež se vyznačují vzájemnou péčí, odpovědností a důvěrou, v nichž je chování partnerů vzájemně vysoce závislé a s důsledky pro oba partnery. Vysoká závislost se vyznačuje korespondencí zájmů, kdy chování v interakci přináší prospěch oběma partnerům. S těsností významně koreluje intenzita emočního prožívání partnerů a stupeň, ve kterém jsou emoce vzájemně proječovány. Těsnost vztahu však nenarůstá kontinuálně, ale spíše se proměňuje její kvalitativní úroveň (Slaměník, Hurychová, 2010).

Zároveň je třeba poznamenat, že těsné vztahy nejsou nutně svázány pouze s pozitivními city, jak tomu bývá v dlouhotrvajících, ale nešťastných manželstvích. Proto Kelley v roce 1983 vyčlenil z konceptu těsných vztahů city „**sentiments**“ a doporučil je zkoumat odděleně (Kelley, 2002, cit. podle Berscheid, Snyder, Omoto, 2004)

Jak krátce konstatují Berscheid a Regan (2005): lidé mají osobní vztah, pokud jsou na sobě závislí (interdependent), tedy pokud chování jednoho ovlivňuje chování druhého.

## 2.2 Charakteristické znaky těsných vztahů

### 2.2.1 Vzájemná závislost a teorie sociální výměny

Těsné vztahy jsou typické **vzájemnou závislostí (interdependence)**, definovanou původně Kelleyem (Kelley, 2002). Podle jeho definice se vzájemná závislost projevuje především tím, že:

- Jedinci se ovlivňují často (**frekvence**).
- Ovlivňují se v mnoha oblastech (**diverzita**).
- Míra vzájemného ovlivňování je silná (**síla**).
- Všechny tři výše uvedené znaky trvají **poměrně dlouhou dobu** (cit. podle Berscheid, Regan, 2005).

Vzájemná závislost vyjadřuje míru souladu v preferování společných potřeb a jejich uspokojování a s tím spojené pozitivní hodnocení vztahu, provázené kladnými emocemi (Slaměník, 2011).

Vzájemně závislí partneři ovlivňují své chování s cílem zachovat stabilitu vztahu, maximalizovat pohodu a vyvarovat se takového chování, které by vztahu mohlo způsobit újmu. Uvědomují si společnou odpovědnost za vztah, chápou vztah v dlouhodobější perspektivě, neostýchají se vyjádřit své cíle a potřeby a snaží se společně najít cesty k jejich uspokojení. Například při plánování společných aktivit jsou preferovány ty aktivity, které přinášejí radost, potěšení a uspokojení oběma partnerům.

Ve vztahu vzájemné závislosti mění partneři své chování i proto, že berou ohled na prožívání a chování druhého (Berscheid, Ammazalorso, 2003).

Někteří autoři zkoumali vzájemnou závislost z perspektivy **usilování o naplnění vlastních zájmů** (Kelley, Thibaut, 1978; Rusbult, Ariaga, Agnew, 2003), kdy cílem partnerů je například maximalizace uspokojení vlastních zájmů, maximalizace uspokojení zájmů partnera, nebo kompromis mezi těmito krajními alternativami.

Někdy je chování partnerů ve vztahu ovlivněno předchozím chováním druhého partnera podle strategie „oko za oko, zub za zub“ (Axelrod, 1984), tj. že partner reaguje stejným způsobem, „oplácí“ druhému jeho chování.

Vzájemná závislost vzniká tehdy, když si partneři začnou uvědomovat společnou odpovědnost za vztah a za pohodu, kterou v něm společně vytvářejí. Toto společné vytváření pohody vyžaduje od obou stran určité investice, a to jak materiální, tak psychologické

povahy, což podrobněji popisuje již **teorie sociální výměny** (Thibaut, Kelley, 1959). Podle této teorie se partneři snaží minimalizovat náklady a maximalizovat zisk ze vztahu. Předmětem sociální výměny (viz například Foa a Foa 1974; Výrost, 2008) mohou být: láska, sympatie, úcta, podpora, obdiv, pochvala a podobně. Kromě toho partneři mohou sdílet společenský status, informace, zboží (vzájemné obdarování se), služby (práce prováděné místo partnera). Zvláště zisky psychologické povahy, jako jsou láska, respekt, sympatie atd. jsou pro většinu lidí velmi důležité a ceněné, neboť naplňují jednu ze základních potřeb podle Maslowovy hierarchické klasifikace - potřebu uznání.

**Investice do vztahu**, a to jak materiální, tak nemateriální (citové, vlastní ústupky, přizpůsobení se v zájmu vztahu) jsou důvodem, proč mnohé ze vztahů přetrvávají, ačkoli jejich účastníkům již dávno nepřináší uspokojení. Partneři jsou si obvykle vědomi toho, že investice do nového vztahu budou poměrně vysoké, a navíc s nejistým výsledkem. Zároveň ukončení stávajícího vztahu znamená ztrátu všech investic již uskutečněných. Proto partneři raději volí setrvání v ne příliš funkčním vztahu a ustupují v zájmu jeho zachování více, než by jim bylo příjemné. Raději volí jistotu a známý stereotyp, než nejisté investice a nejistotu spojenou s novým vztahem.

Jak popisují Thibaut a Kelley: každý z partnerů hodnotí, jak moc uspokojivý pro něj vztah je, a současně tento vztah porovnává s ostatními alternativami. Výsledkem porovnání je rozhodnutí, zda setrvat ve stávajícím vztahu, či dát přednost některé z alternativ. **Alternativou** chápou nejen náhradní vztah, ale i možnost zůstat sám, věnovat se práci a podobně (Thibaut, Kelley, 1959).

Podle míry, s jakou partneři do vztahu investují, a tedy i podle míry závislosti, můžeme rozlišit **vztahy symetrické a asymetrické**. V symetrických vztazích partneři investují přibližně stejně a míra jejich emočního uspokojení ze vztahu je rovněž přibližně na stejné úrovni. Naopak v některých vztazích investuje jeden z partnerů výrazně více, což se negativně projevuje na jeho emočním uspokojení ze vztahu a snižuje i důvěru v druhého partnera. Důvody mohou být různé, například ekonomická závislost jednoho z partnerů, emoční závislost, strach z rozpadu vztahu při objevení se atraktivnějšího protějšku pro partnera (žárliivost), a podobně. Pokud vztah takto funguje delší dobu, asymetrie vztahu a vzdálenost mezi dominantním a submisivním partnerem se zvyšuje a vztah se postupně stává méně blízkým.

Na porovnávání míry závislosti partnerů na vztahu se více zaměřil Kelley. Na základě jeho závěrů se zdá, že méně závislý partner mívá ve vztahu větší vliv, než ten závislejší. Závislejší partner se spokojí s mizernými zisky a toleruje, že musí do vztahu více investovat. (Kelley, 2002).

### 2.2.2 Závazek

S délkou trvání vztahu a mírou jeho těsnosti se vliv sociální výměny ve smyslu zisk- ztráta snižuje a naopak se zvyšuje význam **sociální odpovědnosti a závazku** pro udržení vztahu (Slaměník, 2011).

**Závazek** byl v průběhu výzkumů zkoumán a definován různými autory. Někteří chápali závazek z pohledu jednoho účastníka vztahu, jiní spíše jako vlastnost vztahu jako takového, další se zaměřili na zkoumání závazku v souvislosti s časem, nebo na jednotlivé dimenze, ze kterých se závazek může skládat.

Například Rosenblatt (1977) chápal závazek jako „ zjevný či předpokládaný úmysl jedince pokračovat ve vztahu“ (cit. podle Berscheid, Regan, 2005). Tuto definici **závazku jako určitého „stavu myslí“** přejalo následně množství dalších autorů, například Hatfield a Rapson chápou závazek jako stupeň, jakým je jedinec ochoten stát při druhém, třebaže to znamená vzdát se některých svých potřeb či tužeb v jeho prospěch. Závazek také znamená, že se méně soustředujeme na výhody a nevýhody vztahu, ale naopak pracujeme na tom, aby tento vztah, navzdory nevýhodám, které přináší, fungoval co nejdéle (Hatfield, Rapson, 1993).

Jiní autoři vidí **závazek** spíše z pohledu celého vztahu (**jako jeho vlastnost**), nikoli jako individuální rozhodnutí jednoho z partnerů (Rusbult, Wieselquist, Foster et al., 1999)

Další autoři se zaměřili na **závazek z hlediska časového**. Šlo o to, zda závazek chápat staticky- jako diskrétní proměnnou s určitým stupněm intenzity, nebo spíše jako dynamický proces vyvíjející se v čase a opakovaně přehodnocovaný účastníky vztahu. Například Adams and Spain(1999) doporučují chápat závazek spíše dynamicky jako veličinu, která se v čase vyvíjí a mění.

Zastáncem dynamického přístupu byl například Johnson (1999). V jeho pojetí je závazek rozhodnutí jedince pokračovat ve vztahu, které má rovinu osobní, morální a strukturální. Osobní rovina (**personal commitment**) je subjektivní pocit, že jedinec **CHCE** ve vztahu pokračovat. Morální rovina (**moral commitment**) je názor, že by vztah

MĚL pokračovat. Tento názor má kořeny v náboženském přesvědčení. Strukturální rovina (**structural commitment**) je subjektivní pocit, že vztah MUSÍ pokračovat kvůli investicím, které do něj byly vloženy, s ohledem na reakce sociálního okolí, kvůli obtížím při případném ukončování vztahu (náročné na čas, finance), nebo s ohledem na neexistující nebo horší alternativy ke stávajícímu vztahu. Dále nebudu opravovat češtinu, je tam spousta chyb v mezerách.

V určitých ohledech blízké tomuto pojetí je pojetí Orthnerovo (Orthner, 1981). Tento autor se zaměřuje na důvody, které vedou k setrvání ve vztahu a rozlišuje tak **závazek instrumentální a intristický**. Zatímco podstatou instrumentálního závazku je to, že je partner nějakým způsobem užitečný (viz Kelleyho teorie sociální výměny a Johnsonova strukturální rovina), pak intristický závazek vychází z toho, že je přikládána hodnota vztahu jako takovému, a partner není oceňován na základě toho, co nám dává, ale je podstatná jeho osobnost jako taková (zde vnímáme jistou paralelu s Johnsonovou osobní rovinou).

Na rozdíl od většiny ostatních autorů nechápal Kelley závazek jako subjektivní rozhodnutí setrvat ve vztahu, ale jako soubor činitelů, které posilují jeho stabilitu. Rozlišoval ve vztahu dva druhy sil: Síly, které udržují jedince ve vztahu, jako spokojenost se vztahem, náklady spojené s případným ukončením vztahu a podobně, nazval „**PROS of the relationship**“. Opačné síly, směřující k ukončení vztahu, jako třeba atraktivní alternativa mimo vztah, nazval „**CONS of the relationship**“. Podle Kelleyho je pak pro pokračování vztahu klíčová „konzistence, se kterou v průběhu času a napříč situacemi PROS převažují nad CONS“ (Kelley, 2002). Jinak řečeno, pokud převažují síly, udržující jedince ve vztahu, bude tento vztah pokračovat.

Kelley se zabýval rovněž **vztahem lásky a závazku**. Zatímco Kelley považoval závazek a lásku za za pojmy, které se sice hodně překrývají, ale jsou na sobě nezávislými (cit. podle Fehr, 1988), Sternberg ve své trojúhelníkové teorii lásky chápe závazek spolu s intimitou a vášní za jednu z komponent lásky. (Sternberg, 1986).

Z Kelleyho teorie vychází další výzkumy, například Arriaga(2001) zkoumá **spokojenost(satisfaction)** ve vztahu a zjišťuje, že pro pokračování vztahu je určující kolísání spokojenosti. Větší kolísání je spojeno s větší pravděpodobností ukončení vztahu.

Rovněž Rusbult ve svém **investičním modelu** vychází z Kelleyho pojetí (Rusbult, 1983). Předpokládá, že míra závazku, která rozhoduje o zachování vztahu, je dána úrovní uspokojení ve vztahu, kvalitou alternativ a mírou investic. Míra závazku stoupá s rostoucí

spokojeností ve vztahu, a mírou investic do vztahu. Klesá naopak s rostoucí atraktivitou alternativ.

### 2.2.3 Důvěra

Důvěra (trust) je dalším znakem dlouhodobých těsných vztahů. Blízce souvisí s intimitou a pocitem bezpečí ve vztahu. Společným sdílením a vzájemným odkrýváním pocitů a myšlenek narůstá mezi oběma partnery vzájemná důvěra a závazek (Cox, 1984).

Důvěra je očekávání partnera, že se může spolehnout na chování druhého ve prospěch vztahu a odpovědnost za uspokojení jeho potřeb. Zahrnuje přesvědčení, že chování partnera je konzistentní, že ho lze považovat za upřímného a spolehlivého a že je ochoten pečovat a starat se o druhého. Se zvyšující se důvěrou se zvyšuje vzájemná závislost a těsnost vztahu (Holmes, Rempel, 1989, cit. podle Slaměník, 2011).

Důvěra je silně propojena s láskou vůči partnerovi a s hloubkou sebeodhalování. Stoupá spolu s rostoucím závazkem a klesá, je-li vztah založen na rozumu (Larzerlere, Huston, 1980).

### 2.2.4 Obsazení části druhého ve vlastním já

Originálním pohledem na těsnost vztahu je teorie, že míra těsnosti vztahu je určena rozsahem, v němž je obsazeno já druhého ve vlastním já (Aron, Aron, 1997; Aron, Aron, Smollan, 1992; Aron, Mashek, Aron, 2004). Čím těsnější je vztah, tím více jsou si kognitivní reprezentace vlastního já a já partnera bližší, nebo se více překrývají. „vlastnění“ části druhého může naplňovat základní lidskou potřebu expandování vlastního já (Aron, Aron, 1997), přičemž se může projevat například jako přejímání partnerových úspěchů, sociálního postavení, majetku nebo identity. Potřeby druhého jsou přitom vnímány jako potřeby vlastní, zřetelně se zde uplatňuje empatie, která vede k porozumění partnerovým potřebám a k pomoci. Vcítění se do pocitů druhého v tomto případě znamená, že pocity druhého jsou moje pocity, jeho potřeby jsou moje potřeby (Aron, Aron, Norman, 2003, cit. podle Slaměník, 2011).

### 2.2.5 Intimita

**Intimita** (z latinského *intimus* – nejhlubší, skrytý, tajný, nejvnitřnější) je považována mnoha autory za podstatný znak těsných vztahů. Panují rozdílné názory na to, které komponenty do intimity vstupují, a jak se její role mění v průběhu trvání vztahu. Většina autorů se však shoduje v tom, že intimita je překročením hranice, za kterou se nacházejí výsostné, tj. privátní zóny jedince, že je vlastně sebeodhalováním, vyjadřuje nejhlubší emoce



jiné osobě a je synonymem blízkosti vztahu dvou lidí (Výrost, 2008). Privátními zónami se přitom rozumí jak fyzické osobní zóny, kdy při prohlubující se intimitě dochází k vzájemnému tělesnému přiblížování, tak psychologické hranice, za které v intimních vztazích nechávají lidé své partnery nahlédnout.

Pohledy různých autorů na to, **co intimita je**, se liší. Zatímco Reis vnímá intimitu především jako stupňující se proces vzájemného sebeodhalování (Reis, 1990, Gable, Reis, 2001), Sternberg chápe intimitu (spolu s vášní a závazkem) jako jednu z komponent své trojúhelníkové teorie lásky. Intimita zde znamená pocit blízkosti a pouta, prožívání štěstí s milovanou osobou, poskytování si emoční podpory a intimní komunikaci (Sternberg, 1986, 1988). Heller a Wood (1998) ve shodě s mnoha dalšími autory vyjadřují názor, že intimita znamená mimo jiné přirozenost, sebeodhalování, intelektuální, psychickou a emocionální blízkost.

Intimita je zároveň proces, který se **vyvíjí v čase**. Prvním impulsem pro její vznik je sebevyjádření jednoho z partnerů komunikace, kdy sděluje druhému své pocity, mínění, informace o sobě. Nejde o formu sdělení, která může být i neverbální či implicitní. Jde o to, že jsou sdělovány emoce druhé osobě a podstatná je reakce této osoby na takové sdělení. Pokud je kladná, akceptující, dochází k porozumění a prohlubování intimity (Reis, 1990). Naopak reakce, která je vyhodnocena jako odmítavá, rozvíjení intimity se zastaví.

Postupným sebeodhalováním sebe sama druhému a s narůstáním vzájemných citových prožitků se vztah stává těsnějším a čím dál více se odlišuje od ostatních vztahů. Pokud si v dlouhodobém vztahu partneři přestanou povídat a trávit spolu čas, nemají dostatek společných prožitků a postupně může dojít k jejich vzájemnému odcizování. Nedostatek intimity v dlouhodobých vztazích je prožíván negativně, zvláště pokud snahy jednoho z partnerů o intimní komunikaci nejsou opětovány. Dlouhodobé neuspokojení potřeby intimity může vést i k rozpadu těsného vztahu.

### 2.2.6 Specifická komunikace

Osoby v těsném vztahu spolu komunikují jinak, než s méně blízkými osobami. Vzhledem k tomu, že těsný vztah se vyznačuje vysokou mírou intimity, je komunikace partnerů většinou otevřenější, než v jiných typech vztahů, není zde potřeba skrývat se za hraní určité sociální role, partneři si mohou dovolit komunikovat „sami za sebe“.

Se vzrůstající délkou společného soužití a se zvyšující se mírou společných zážitků se často vyvíjí i specifický, soukromý slovník, jemuž ostatní nerozumí (například význam

některých slov je posunutý, některá běžně používaná slova mají i jiný, než obvyklý význam, některá slova si pár vytvoří zcela nově).

Partneři si vyměňují informace, které jsou důležité pro oba z nich. Zároveň se uplatňuje princip vzájemné empatie, partneři berou v potaz i pohled partnera, často volí laskavější slovník a podobně (Slaměník, 2011).

### 2.3 Měření těsnosti vztahu

Měření těsnosti vztahů pomocí metod, které k tomuto účelu byly speciálně vyvinuty, je další cestou, jak pochopit strukturu těsných vztahů. Metody měření těsnosti vztahuzpravidla vycházejí z teoretických poznatků, uvedených výše v této kapitole. Získaná data jsou pak zajímavým obohacením teorií, z nichž metody vznikly. Metody mají podobu jak jednodimenzionálních škál, tak vícerozměrných dotazníků.

Například **Dotazník těsnosti vztahu (Relation Closeness Inventory RCI)**, který používáme v praktické části této práce, vyvinuli Berscheid, Snyder a Omoto(1989), vychází z Kelleyho pojetí vzájemné závislosti(Kelley, 1979). Při konstrukci dotazníku však autoři brali v úvahu i laické chápání pojmu „blízké vztahy“.

Dotazník používá 4 subškály, vycházející z Kelleyho teorie: častost a délka společně tráveného času, rozmanitost společných aktivit, síla vzájemného ovlivňování a doba trvání vztahu. Co se poslední uvedené škály týká, autoři dotazníku uvádějí, že trvání samotného vztahu není signifikantní, spíše je to trvání vysoké frekvence interakcí, vysoké rozmanitosti aktivit a vysoké síly vlivu (Berscheid, Snyder, Omoto, 1989). Proto čtvrtou dimenzi autoři považují za doplňkovou a nezapočítávají ji do celkového skóre těsnosti.

K RCI dotazníku byly vzneseny některé výhrady, které komplexně shrnul Slaměník ve svém článku (Slaměník, Hurychová, 2012). Podle nich slabým místem RCI je například to, že nezahrnuje dimenzi intimity, ani proces vzájemného prohlubujícího se sebeodhalování, navíc do dotazníku nejsou zahrnuty emoce, ačkoli emoční podobnost jako výsledek sbližování emočních reakcí v průběhu trvání vztahu je jedním z charakteristických znaků těsnosti vztahu (Anderson, Keltner, 2004)

Z Kelleyho teorie vzájemné závislosti vychází rovněž Rusbult při formulaci svého Investičního modelu. Rusbult však rozhodující roli na zachování vztahu připisuje závazku. Pociťovaný závazek (a tím i pravděpodobnost setrvání ve vztahu) je dána úrovní uspokojení

ze vztahu, kvalitou alternativ a mírou investic). Tyto veličiny měří **Škála investičního modelu** (Rusbult, Martz, Agnew, 1998), přičemž kromě subškál uspokojení, alternativ a míry investic obsahuje ještě čtvrtou- míru závazku. Dotazník je konstruován tak, že pomocí přemýšlení o konkrétních příkladech se respondent dostává k přemýšlení o obecnějších aspektech celého vztahu. Dílčí otázky tak zvyšují pochopení celkových otázek a tím zvyšují reliabilitu a validitu celé Škály investičního modelu (Slaměník, Hurychová, 2012)

Na teorii obsažení já druhého ve vlastním já je založena jednodimenzionální **Škála obsažení druhého ve vlastním já - Other in the self scale** (Aron, Aron, Smolan, 1992). Pro respondenta je jednoduchá: škála sestává ze sedmi párů kružnic, které se více či méně překrývají a respondent má vybrat ten pár kružnic, jejichž překrytí nejlépe vystihuje překrytí „já“ v jejich vztahu. Autoři předpokládají, že míra obsažení já druhého ve vlastním já se zvyšuje s rostoucí mírou intimity a procesu sebeodhalování. Výsledkem je prožívání úspěchu či neúspěchu druhého jako vlastních, uplatňuje se proces empatie, přebírání názorů a postojů druhého a podobně.

Ačkoli tato škála zachycuje jen část struktury těsného vztahu, má nesporné přednosti, jako jsou jednoduchost použití, velmi dobrá reliabilita a validita ve srovnání s jinými metodami měření vztahu, a také je dobrým prediktorem trvání vztahu (Aron, Mashek, Aron, 2004).

**Škála hodnocení vztahu - Relationship assessment scale** (Hendrick, 1988) je další z metod, používaných v zahraničí k měření těsnosti vztahu. Hendrick považuje za nejdůležitější znak těsných vztahů spokojenost. Vychází ze starších dotazníků zaměřených na spokojenost v manželství (Marital satisfaction inventory (Snyder, 1979), Spouse observation checklist (Paterson, 1976)), přičemž jejím záměrem bylo zkonstruovat takovou škálu, která by byla použitelná kromě manželství i pro romantické vztahy, a to při zásadním zkrácení (například Pattersonův dotazník obsahoval 400 položek). Škála hodnocení vztahu má sedm položek, které pozitivně korelují se sebeodhalováním, závazkem a investicemi do budoucnosti. Proto položky neskórují třeba pro přátelské vztahy, ale jsou dobrým ukazatelem pro vztahy romantické.

## 2.4 Obezita

Obezita provází lidstvo po celou dobu jeho existence. Z doby před cca 30 tisíci lety se dochovaly na různých místech světa sošky, tzv. Venuše, které byly znázorňovány jako symbol hojnosti a plodnosti. Ty nám nyní, kromě hlediska historického, estetického a uměleckého, poskytují i informaci o tom, že i v takto vzdálených dobách se u lidí obezita vyskytovala.

V minulosti však lidé měli daleko vyšší energetický výdej a horší dostupnost potravin. K jejich získání museli vyvinout mnoho pohybové aktivity, a proto byl výskyt obezity daleko vzácnější, než je tomu dnes. Kromě toho v minulosti byla častá období naprostého nedostatku potravy. V reakci na to se u člověka vyvinuly účinné adaptační mechanismy na zásadní snížení energetického příjmu. Tyto mechanismy se vyvíjely postupně v průběhu fylogeneze a sloužily k přežití jedince ve ztížených podmínkách.

V posledních cca 150 letech se však způsob života, zvláště ve vyspělých státech, radikálně změnil. Potraviny jsou daleko dostupnější, k jejich získání není často potřeba vyvinout žádnou jinou aktivitu, než otevřít notebook a nákup si objednat přes internet. Zároveň je doba rychlejší, je pocíťován nedostatek času, který se lidé snaží získat zpět. Často je to na úkor jídla. Mnoho lidí se stravuje jen jednou denně, a to večer. Porce odpovídají předchozímu celodennímu hladovění. Zároveň je většina potravin průmyslově zpracovaných, opět s cílem ušetřit čas při jejich přípravě či konzumaci. Výživová hodnota takovýchto potravin je však ve srovnání s potravinami čerstvými výrazně horší. Paradoxně se pak stává, že lidé jsou obézní a zároveň „podvyživení“.

Dá se říci, že od XX. století jsme svědkem celosvětové epidemie obezity, která je důsledkem snižujícího se energetického výdeje a zvyšujícího se energetického příjmu.

### 2.4.1 Klasifikace a měření obezity

Obezita je komplexní téma, kterým se zabývá mnoho autorů z různých úhlů pohledu. Je proto těžké stanovit jednotnou definici toho, co to obezita je. Diagnostická kritéria nejsou jednotná. Shodují se však zjednodušeně v tom, že obézní jedinci mají zvýšený podíl tukové tkáně v těle.

Podíl tuku v organismu je obecně závislý na mnoha faktorech, jako je věk, rasa, nebo pohlaví. Ženy mají fyziologicky vyšší podíl tuku do 28-30%, zatímco muži jen do 23-25%. Také s věkem podíl tuku obvykle roste (Adámková, 2009)

V klinické praxi se (přes mnoho výhrad) ke stanovení možné obezity a jejího stupně používá nejčastěji **BMI (Body Mass Index)**. Vypočítá se jako podíl aktuální tělesné hmotnosti v kilogramech a druhé mocniny výšky uvedené v metrech (kg/m<sup>2</sup>).

**Tabulka 1: Stupně obezity podle hodnoty BMI (u dospělých pacientů)**

*(Doležalová et al., 2012, Hainer, Kunešová et al., 1997):*

Stupeň BMI	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Riziko poškození zdraví
Podváha	< 18,5	Vysoké
Normální váha	18,5 – 24,9	Průměrné
Nadváha	25,0 – 29,9	Mírně zvýšené
Obezita I. stupně	30,0 – 34,9	Střední
Obezita II. stupně	35,0 – 39,9	Vysoké
Obezita III. stupně	>= 40	Velmi vysoké

BMI neodráží přesně poměr tuku a beztukové hmoty, proto se k tomuto měřítku musí přistupovat opatrně, zvláště u starších lidí, dětí a sportovců (Adámková, 2009).

Z dalších metod užívaných ke stanovení možné obezity je nutné zmínit především **bioelektrickou impedanci**, neboť přístroje založené na tomto principu se v poslední době stávají běžně dostupnými (například Bodystat, In Body 720, Tanita). Metodou bioelektrické impedance lze určit poměr vody, tuku a svalové tkáně v těle. Při vyšetření se měří odpor, který tělo klade při průchodu proudu s nízkou intenzitou a vysokou frekvencí. Měří se pomocí elektrod umístěných na různých částech těla. Je třeba brát v úvahu, že výsledek měření je ovlivněn stupněm hydratace organismu.

Z hlediska rozložení tuku rozlišujeme obezitu centrální (androidní, abdominální, viscerální) a gynoidní. **Centrální obezita** (postava typ „jablko“) se vyznačuje zmnožením viscerálního tuku a je považována za rizikovější z hlediska vzniku metabolických a kardiovaskulárních chorob. Naproti tomu **gynoidní typ obezity** (postava typ „hruška“) je z tohoto pohledu rizikový méně. Vyskytuje se častěji u žen a důležitou roli v ukládání tuku ve spodní části těla hraje dědičnost.

Množství abdominálního tuku může být posuzováno měřením obvodu pasu, neboť obvod pasu úzce koreluje s jeho celkovým množstvím. Riziko poškození zdraví ve vztahu k rozložení tělesného tuku vyjadřuje například tato tabulka:

**Tabulka 2: Riziko poškození zdraví ve vztahu k rozložení tělesného tuku (Doležalová et al., 2012):**

Obvod pasu (cm)	Norma	Zvýšené riziko	Vysoké riziko
<b>Muži</b>	<94	94-102	>102
<b>Ženy</b>	<80	80-88	>88

#### 2.4.2 Etiopatogeneze obezity

Obezita je multifaktoriálně podmíněné onemocnění. Tzv. „Běžné obezity“ se podílejí na výskytu obezit více než 90 procenty (Hainer, 2011). Dědičné předpoklady v kombinaci s vlivy prostředí vedou k pozitivní energetické bilanci (příjem energie je větší, než výdej). Výsledkem je hromadění tukové tkáně.

##### 2.4.2.1 Energetický příjem

Energetický příjem je součtem energie přijaté konzumací základních živin, tj. sacharidů, bílkovin a tuků a energie přijaté konzumací alkoholu. Mnoho studií prokázalo, že akumulaci tuku v organismu ovlivňuje celkový energetický příjem, nicméně závěry studií ukazují především na těsný vztah mezi nadměrným příjmem tuků a sacharidů a následným rozvojem obezity (Kunešová, Hlavatá, 2007)

**Tuky** mají oproti ostatním živinám nejvyšší energetickou denzitu (vydatnost). Zatímco sacharidy a bílkoviny mají 17 kJ/g, u tuků je to více, než dvojnásobek, tj. 38 kJ/g (Hainer, 2011). Doporučený podíl tuků na energetickém příjmu činí 30%. U obézních je tento podíl často výrazně překračován především proto, že tuky dávají pokrmům charakteristické chuťové vlastnosti (jemnost, plnost, vůni). Tuky se podílejí na vzniku obezity také proto, že mají oproti bílkovinám a sacharidům menší sytící schopnost, a také postprandiální termogeneze (vzestup výdeje energie po jídle) je menší, než u těchto živin. Pouze některé tuky rybího původu mohou bránit vzniku obezity (Hainer, 2011).

**Sacharidy** je z obezitologického pohledu třeba rozlišovat na jednoduché a komplexní. Zatímco nadměrný příjem jednoduchých sacharidů, jako sacharóza či fruktóza, je spojován se vznikem obezity především u dětí (Kunešová, Hlavatá, 2007), komplexní sacharidy se

vznikem obezity spojovány nejsou (Hainer, 2011). Co se týká sytící schopnosti a postprandiální termogeneze, jsou sacharidy vydatnější, než tuky, ale méně, než bílkoviny.

S konzumací sacharidů je úzce svázán pojem **glykemický index**. Po požití každé potraviny je možno zaznamenat tzv. glykemickou křivku. Glykemický index určité potraviny je definován jako poměr plochy pod glykemickou křivkou po požití této potraviny k ploše pod glykemickou křivkou po aplikaci glukózy, která odpovídá indexu 100% (Hainer, 2011).

Potraviny s nízkým glykemickým indexem jsou pro rozvoj obezity méně rizikové a pro konzumaci obézními pacienty vhodnější (jedná se například o luštěniny, celozrnné pečivo, netučné mléčné výrobky). Po jejich požití stoupá hladina krevního cukru i inzulínu postupně a zároveň poskytují déletrvající pocit nasycení. Naopak potraviny s vysokým glykemickým indexem, jako bílé pečivo, sladkosti, chipsy apod. jsou pro obézní pacienty nevhodné, neboť po jejich konzumaci se objevuje hlad relativně brzy a navíc díky prudkým změnám v hladině krevního cukru a inzulínu dochází ke zvýšenému ukládání do tukových zásob.

**Bílkoviny** mají ze všech základních živin nejvyšší sytící schopnost a nejvyšší postprandiální termogenezi. Jsou obsaženy například v mase, mléce a mléčných výrobcích. Jejich zvýšený příjem nebývá spojován se vznikem obezity. Rizikové pro vznik obezity jsou pouze tehdy, když se zvýšeným příjmem bílkovin je spojen i vyšší příjem tuků (tučné maso, smetana).

**Vláknina** je obsažena především v ovoci a zelenině. Kromě vlivu na sekreci některých hormonů, skladbu lipidů v těle a hospodaření s glukózou ovlivňuje vláknina pozitivně pocit sytosti. Konzumace dostatečného množství ovoce a zeleniny snižuje energetickou vydatnost přijaté potravy. Ve více studiích byl prokázán inverzní vztah mezi konzumací ovoce a zeleniny a prevalencí obezity (Hainer, 2011).

**Alkohol** je dalším činitelem, který často přispívá k hromadění tuku v organismu. Jednak má vysoký energetický obsah 29 kJ/g, a také je oxidován hned po požití. Nedochází tak k dostatečnému využívání dalších energetických zdrojů.

Z **dalších faktorů**, které souvisí s energetickým příjmem, a které mohou podporovat vznik obezity, je potřeba zmínit sníženou frekvenci příjmu potravy a především vynechávání snídaní, dále stravování mimo domov formou fast – foodu, zvětšování porcí v restauracích a nedostatečný příjem vody během dne (Hainer, Bendlová, 2011).

V psychologické ordinaci se poměrně často setkáváme s tím, že pacienti v okamžiku, kdy se mají podrobit redukčnímu režimu, získávají iracionální obavu z toho, že vyhladoví, že jim nižší energetický příjem nebude stačit. Tato obava často paradoxně vede k tendenci jíst ještě více, než bylo obvyklé před započatím redukčního režimu. Pacienti rovněž často uvádějí vtíravé myšlenky na jídlo, které jim znepríjemňují běžné denní fungování. Zde je jistě místo pro psychologickou i dietologickou intervenci a především edukaci, neboť výše uvedené potíže jsou velmi častou příčinou selhávání v redukčním režimu.

#### **2.4.2.2 Energetický výdej**

Energetický výdej zahrnuje klidový energetický výdej, energetický výdej po jídle (postprandiální termogenezi) a energetický výdej při pohybové aktivitě (Hainer, Bendlová, 2011).

**Klidový (bazální) energetický výdej** tvoří 55 - 70% celkového energetického výdeje. Slouží k udržení základních životních funkcí organismu a k udržování tělesné teploty. Je ovlivněn mnoha faktory jako pohlaví, věk, genetické faktory, hormony, zevní teplota, pravidelná fyzická aktivita (Hainer, Kunešová et al., 1997). Zejména pravidelná fyzická aktivita je faktorem, který obézní často zanedbávají. Přitom vedek nárůstu svalové hmoty, která má větší požadavky na energii a živiny, a tím zvyšuje hodnotu bazálního metabolismu).

**Postprandiální termogeneze** je navýšení energetického výdeje při vstřebávání a zpracování živin po požití potravy. Je rovněž spojena s aktivací sympatického nervového systému po jídle a ovlivněna genetickými faktory (Hainer, Bendlová, 2011).

**Energetický výdej při pohybové aktivitě** se na celkovém výdeji podílí 20 – 40%. Spontánní pohybová aktivita (fidgeting), tzv. „vrtění se“, je podmíněna geneticky (Heinrichs, 2003). Na pozitivní energetické bilanci, a tím i na vzniku obezity, se však nejvíce podílí pokles habituální pohybové aktivity. Nejen, že méně cvičíme a sportujeme, ale díky nedostatku času využíváme i ke krátkým přesunům techniku, která nahrazuje přirozený pohyb. Mnoho studií prokázalo přímou úměrnost mezi nárůstem tělesné hmotnosti u dětí a časem stráveným u počítače či u televize.

Obézní pacienti často nejsou zvyklí se pohybovat. Výhodou je, pokud k pohybové aktivitě nemají alespoň vyloženě odpor. Ideální pak je, pokud mají z dřívější doby pozitivní zkušenost s některým druhem sportu (často uvádějí výrazné zlepšení nálady po aktivitě, pokud se již k ní přemluvili).



Energetický výdej je závislý na druhu aktivity, době jejího trvání, intenzitě, tělesné hmotnosti, trénovanosti a neurohumorální a sympatoadrenální aktivaci (Hainer, Kunešová et al., 1997). Obézní (alespoň v mé ordinaci velmi často) mívají představu, že čím intenzivnější aktivita bude, tím větší vliv na snížení hmotnosti se projeví. Obvykle se pak zjistí, že při stávající hmotnosti nejsou s to provozovat nějakou aktivitu intenzivně „, teď přece nezvládnou běhat“. Výsledkem pak je, že se nepohybují vůbec, neboť například rychlou chůzi již nepovažují za sport vhodný ke snižování hmotnosti.

Z hlediska psychologa (z pohledu motivace a vůle) je důležité, aby si obézní vybrali takový druh pohybové aktivity, která nejen odpovídá jejich kondici a zdravotnímu stavu, ale také časovým a prostorovým možnostem, a přináší jim alespoň částečně příjemné pocity. Motivovat se k takovéto aktivitě je pak pro ně mnohem jednodušší a rovněž je snazší zařadit ji do běžného života (nejen jako součást redukčního plánu, který je nutné „vydržet“).

**Dalšími faktory** ovlivňujícími energetický výdej jsou: konzumace kofeinu v nápojích, které vede k nepatrnému zvýšení výdeje, a kouření cigaret, kde u silných kuřáků může dojít ke zvýšení energetického výdeje až o 10%. Po zanechání kouření pak často dochází k prudkému nárůstu hmotnosti.

#### 2.4.2.3 *Genetické faktory*

U tzv. „běžné obezity“ je náchylnost k ukládání tuků podmíněna polygenně, tj. mnoha geny, tzv. „**kandidátními geny** obezity“ (Aldhoon Hainerová, 2010; Bendlová, Hainer, 2011, Hainerová, 2007). Rozlišujeme dvě skupiny kandidátních genů podle toho, zda náchylnost k obezitě snižují (**leptogenní geny**), nebo zvyšují (**obezigenní geny**).

Kandidátní geny ovlivňují mnoho vlastností a funkcí v organismu, jako jsou: regulace příjmu potravy, pocity hladu a sytosti, jídelní chování, preference potravin, vstřebávání a zpracování živin v trávicím traktu, složky energetického výdeje včetně úrovně pohybové aktivity, spalování živin, hormony regulující energetickou rovnováhu, ukládání živin do energetických zásob, rizika spojená s obezitou (Hainer, 2011).

Z vlastní zkušenosti v ordinaci mohu říci, že jsou obvykle velké rozdíly mezi pacienty, kteří pocházejí z obézních rodin a měli sklony k obezitě od malička a mezi pacienty, kteří obezitou začali trpět až v pozdějším (zvláště středním) věku. První typ pacientů často překvapuje tím, jak dobře obezitu fyzicky a často i psychicky snáší. Například téměř 190 kg vážící pacient v mé ordinaci naprosto vážně konstatoval: „, Když jsem měl loni jen těch 160kg, tak vylézt na tu Sněžku vůbec nebyl problém, to až teď se mi pohybuje hůř“.

Naopak lidé, kteří výrazně přibrali až v pozdějším věku, si často stěžují na nemotornost, bolesti kloubů, zadýchávání a pocit sociální izolace, ačkoli z hlediska BMI jsou na tom často nesrovnatelně lépe, než první skupina.

Obezita vzniká v **interakci mezi genotypem a prostředím**, které rovněž může být **leptogenní**, či **obezitogenní**. Vliv prostředí na vznik obezity a diabetu prokázala například jedna ze studií na Pima indiánech (Ravussin et al., 1994), kteří jsou jako etnikum známi tím, že jsou náchylní jak k diabetu, tak k obezitě. Byly porovnány dvě skupiny těchto Indiánů. První skupina žila v leptogenním prostředí Mexika, kde se živila zemědělstvím. Druhá skupina žila moderním sedavým způsobem života ve Spojených státech. Rozdíl mezi průměrnou hmotností obou skupin činil cca 30 kg. Rovněž výskyt DM II byl výrazně nižší u mexické skupiny.

Z hlediska genetiky je třeba ještě zmínit některá geneticky podmíněná onemocnění, kde je obezita pouze jedním z příznaků. Bylo popsáno cca 20 syndromů, kde kromě obezity je postižen například intelekt a některé orgány. Nejznámějším je **syndrom Praderové – Williho** s výskytem 1: 25 000. Kromě toho se vzácně vyskytují i **tzv.monogenní obezity**, pro které je příznačný vznik těžké obezity v raném dětství.

#### **2.4.2.4 Další faktory přispívající k rozvoji obezity**

Vedle genetické predispozice, zvýšeného energetického příjmu a sedavého způsobu života k rozvoji obezity může docházet například v důsledku užívání některých **léků** (kortikoidy, antidiabetika, antipsychotika, antiepileptika, antihistaminika, tyreostatika), dále při některých **endokrinních poruchách**, po **adenovirové infekci**, **absenci kojení** v raném věku, při **podvýživě v raném období** života, vlivem **znečištění životního prostředí** či velmi častým faktorem – **nedostatkem spánku**. K nárůstu prevalence obezity může vést i jev, kdy si obézní jedinci vybírají jako partnery opět obézní jedince, takže u potomků je větší pravděpodobnost, že zdědí obezigení geny (**cílený výběr partnerů**).

Často vznik obezity podporují i psychologické faktory, jako mezilidské vztahy v dětství (především vztahy v primární rodině), různé traumatické zkušenosti či výskyt psychopatologie. Tyto faktory blíže objasňuje kapitola 1.4.6.1.

#### 2.4.2.5 Riziková období pro vznik obezity

Obecně lze říci, že k vzestupu hmotnosti může dojít kdykoli během života. K rozvoji obezity však dochází nejčastěji v souvislosti se životními změnami spojenými se stresem či hormonálními výkyvy.

Pokud dojde k podvýživě plodu v prenatálním období, je v dospělosti zvýšené riziko viscerální obezity a některých přidružených onemocnění, například diabetu II. typu (Barker et al., 1993). V dospívání bývá rizikové snížení pohybu kombinované s vyšší chutí k jídlu v tomto období, často spojené s kolektivní návštěvou řetězců rychlého občerstvení. Typicky pacienti uvádějí zvýšení hmotnosti po zanechání závodního sportování. V dospělosti dochází ke zvýšení hmotnosti v obdobích zásadnějších životních změn (nástup do zaměstnání, manželství, rodičovství). S tím zpravidla souvisí změny pohybových a stravovacích návyků.

Ženy přibírají v souvislosti s těhotenstvími. Fyziologický přírůstek je kolem 12 kg, které není problém po porodu shodit. Není ale výjimkou přírůstek 25kg a více, který se pak stává základem pro rozvoj obezity. Některé studie zkoumaly závislost BMI a počtu dětí u žen. Zdá se například, že ženy s vyšším počtem dětí mají vyšší BMI, než skupina žen s menším počtem dětí (Wing, Klem, 1997)

Dalším rizikovým obdobím pro ženy je menopauza, kdy v důsledku hormonálních změn a věku přibírají i ženy, které do té doby potíže s hmotností neměly. V tomto období je i složitější nalézt vhodnou pohybovou aktivitu vzhledem k věku a přidruženým nemocem.

Obě pohlaví přibírají po zanechání kouření.

#### 2.4.3 Prevalence obezity

V posledních desetiletích v souvislosti se změnou způsobu života výskyt obezity stoupá jak v průmyslových, tak v rozvojových zemích. Podle zjištění Světové zdravotnické organizace (WHO) je v některých zemích je obézních až 30% obyvatel. V roce 2015 se předpokládá na světě 700 milionů obézních osob nad 15 let (WHO, 2010).

V ČR rovněž dochází ke zvyšování prevalence obezity. Data se však liší od zbytku Evropy, jedná se spíše o přesun z kategorie nadváhy do vyšších stupňů obezity (Kunešová, Mullerová, Heiner, 2011).

#### 2.4.4 Komplikace obezity

Je všeobecně známo, že obezita se pojí s celou řadou zdravotních problémů. V **tělesné rovině** jsou to zejména komplikace kardiometabolické, endokrinní, ortopedické a respirační (je jedním ze zásadních faktorů, které ovlivňují vznik diabetu 2. typu, spolupodílí se často na vzniku cévní mozkové příhody či infarktu myokardu). Obézní pacienti si i v ordinaci psychologa často stěžují na sníženou pohyblivost. Degenerativní onemocnění pohybového aparátu jsou u nich častější a vyskytují se v mnohem nižším věku, než u osob s hmotností v rámci normy.

V praxi to mimo jiné znamená, že roční přímé zdravotnické náklady na péči o závažně obézní (BMI>35kg/m<sup>2</sup>) jsou přibližně trojnásobné oproti neobézní populaci. Kromě zvýšených finančních nákladů léčba obézních také znamená jejich dlouhodobou pracovní neschopnost až invaliditu, obtížnou zaměstnatelnost, dlouhodobou nezaměstnanost a s tím spojené další nároky na peníze ze státního rozpočtu. Není proto divu, že o problém obezity se kromě lékařů velmi zajímají i ekonomové.

Obezita však s sebou přináší i psychologická témata a souvislosti. Na **psychické úrovni** se obezita projevuje negativním sebehodnocením, pocity méněcennosti, studu, zloby, ztráty kontroly, sebetrestáním, uzavíráním se do sebe, pasivitou a podobně. Právě zde je prostor pro práci psychologa, jak bude podrobněji popsáno v kapitole 1.4.6.3.

#### 2.4.5 Základní terapeutické postupy

V léčbě obezity se obecně používají dva typy metod – **konzervativní** a **chirurgické** (bariatrické). Mezi konzervativní přístupy řadíme dietu, pohyb a farmakologickou léčbu.

**Konzervativní metody (dieta a pohyb)** by měly být metodou první volby, a to zvláště u pacientů s prvním a druhým stupněm obezity (mezi závaznými indikačními kritérii pro bariatrickou léčbu je selhání konzervativních metod redukce v anamnéze). Farmakologická léčba a chirurgické postupy jsou indikovány v případech, kdy předchozí postupy selhaly.

Jedním z hlavních cílů, které je potřeba mít na paměti při užití konzervativních metod, je předcházení tzv. **jo-jo efektu**, kdy po skončení intenzivního redukčního režimu dochází k opětovnému váhovému přírůstku, a to obvykle o několik kilogramů vyššímu, než byla výchozí hmotnost. Ideální rychlost redukce z tohoto pohledu je 0.5 – 1 kg tukové tkáně za týden.

Konzervativní metody je vhodné kombinovat. Pokud by obézní chtěl hubnout pouze omezením energetického příjmu, docházelo by k úbytku svalové hmoty (tělo upřednostňuje

jako zdroj energie svalovinu, pokud není využívána). Tím se však snižuje hodnota bazálního metabolismu a zákonitě dochází k jo-jo efektu. Proto je nezbytné zařadit i vhodnou pohybovou aktivitu. Redukce pomocí pohybové aktivity samotné však nebývá efektivní, neboť obézní nedokáží (alespoň zpočátku) spálit pohybem dostatečné množství energie.

#### 2.4.5.1 *Dieta*

V léčbě obezity se používají různé typy diet. Jejich vhodnost pro konkrétního pacienta je potřeba posoudit individuálně, ideálně při obezitologickém vyšetření. V případě nadváhy či obezity nižšího stupně a nepřítomnosti dalších komplikací je možná spolupráce s výživovým poradcem, případně nutričním terapeutem.

Slovo „dieta“ má však i nezanedbatelný psychologický rozměr. Jeho vyslovení má totiž většina lidí (a bohužel také většina pacientů v naší ordinaci) spojené s myšlenkami na hlad, odříkání, omezování se. Spojení „dodržovat dietu“ zároveň vyvolává představu dočasnosti, něčeho, co je třeba vydržet, a za odměnu se pak vrátit k původním stravovacím návykům. V tomto ohledu je slovo dieta kontraproduktivní a v obezitologické (a zvláště psychologické) ordinaci je vhodné se mu vyhnout. Cílem psychologického působení totiž je, aby pacient přijal nové návyky jako trvalou součást nového životního stylu.

Přesto jsou situace, kdy je potřeba v ordinaci slovo dieta nejen nahlas říci, ale věnovat se tomuto tématu podrobněji. Je to hlavně tehdy, když mapujeme takzvanou dietní historii daného pacienta. Často se dovídáme, že pacient, nebo častěji pacientka, má s dietami zkušenosti v průběhu celého života. Tyto pacientky od mládí střídají drastické a méně drastické diety. Somatickým výsledkem je, že jejich tělo dokáže dobře a dlouhodobě vzdorovat redukčním pokusům. Psychologickým výsledkem je, že takováto pacientka naprosto nemá představu o tom, jak se stravovat racionálně, ale bez výrazných omezení. Rovněž představa o velikosti porce u těchto pacientek často chybí. Proto je pro psychologa důležité podrobně se doptávat na dietní pokusy i režim. Informace, které takto získáme, nám umožní lépe pochopit psychiku pacienta, jeho motivaci, a především bloky, které mu brání zhubnout trvale.

Diety je možno rozdělit do několika skupin podle principu, na kterém jsou založeny. První skupina diet je založena na konzumaci **běžných potravin**. Nejobvyklejší je tzv. **vyvážená strava**, kdy jsou konzumovány všechny složky potravy. Dbá se na snížený energetický příjem o cca 2000 – 2500 kJ oproti výchozímu stavu, na vhodný poměr makroživin a dostatek všech mikroelementů.

Další diety z této skupiny **omezují různé složky potravy** (dieta se sníženým obsahem tuku, se změněným složením tuků, bezsacharidové diety). Jejich rizikem je možný nedostatek určitých živin a změny v metabolismu, proto je vhodné tyto diety absolvovat pouze pod odborným dohledem.

Pokud se redukce při konzumaci běžné stravy nedaří, bývá využívána druhá skupina diet a předepisovány různé **náhražky stravy** (potravní doplňky, snacky), případně kompletní náhrada stravy, tzv. **VLCD(very low calorie diet)**. Jejich denní energetický obsah je definován do 3200 kJ/den. Použití VLCD má specifické indikace a kontraindikace, například neměly by být předepisovány při BMI pod 30. Naopak jejich užití je vhodné u pacientů s těžší obezitou pro rychlé zhubnutí před chirurgickým výkonem, pokud je redukce podmínkou pro uskutečnění tohoto výkonu (typicky endoprotézy).

**Tabulka 3:Průměrný obsah základních živin v redukční dietě (Kunešová, 2011)**

Složka	kJ	kcal	Bílkoviny	Tuky	Sacharidy	Vláknina
obsah	6000	1450	75g	45g	180	20 -30g
zastoupení %			20-25	20 -30	50 -55	

**Tabulka 4: Přehled diet (Finer, 2001, cit. podle Kunešová, 2011)**

Druh diety	Typická úprava diety	Příklad diety
<b>Vysoký obsah bílkovin</b>	>40% bílkovin, málo tuku, málo sacharidů	Scardalská dieta
<b>Nízký obsah bílkovin</b>		Dieta Beverly Hills
<b>Vysoký obsah tuku</b>	Omezení sacharidů a bílkovin	
<b>Nízký obsah tuku</b>	Omezení tuku < 20%	Předepisována dietology
<b>Vysoký obsah sacharidů</b>	Nízký obsah tuku, vysoký obsah vlákniny	F - plan
<b>Nízký obsah sacharidů</b>	Méně než 50g sacharidů na den	Yudkinova dieta
<b>Výběr makronutrientů</b>	Výběr ze seznamu živin, který podporuje sacharidové potraviny s vlákninou	
<b>Náhrady jídla</b>	Koktejly nebo tyčinky, zpravidla místo 1-2 denních jídel	Cambridgeská, Multabene, Redita, Modifast atd.
<b>Módní diety</b>	Oddělování potravin podle obsahu živin	Dělená strava, dieta podle Margity, podle Kořínkové, podle krevních skupin

#### 2.4.5.2 Pohybová aktivita

Mnoho obézních hledá způsob, jak zredukovat bez nutnosti pohybu. Pohyb je pro ně obtížný kvůli potížím s klouby, stěžují si na zvýšenou potivost, zadýchávání a kritické poznámky okolí.

Pravidelná pohybová aktivita je však pro redukci nadváhy nezbytná, a to jak ve fázi redukce hmotnosti, tak ve fázi udržovací. Mnoha studiemi byla prokázána inverzní souvislost mezi množstvím pohybové aktivity a přírůstkem hmotnosti (například Di Pietro et al., 1998). Kromě toho má pohybová aktivita vliv na snižování metabolických a kardiovaskulárních rizik, zvyšuje tělesnou zdatnost a přispívá k psychické pohodě. Bylo opakovaně prokázáno, že vyšší úroveň pohybové aktivity souvisí s nižší úrovní depresivity, případně s menším rizikem vypuknutí deprese v následujících letech (Camacho, Roberts, Lazarus, 1991).

Při léčbě obezity je vhodná především aerobní aktivita, v poslední době se doporučuje její kombinace s posilovacím cvičením. Silově dynamický trénink vede k nárůstu svalové hmoty, zvýšení svalové zdatnosti a zlepšení metabolických charakteristik. V neposlední řadě vede ke zpevnění těla, podporuje zatahování kůže při velkých a rychlých váhových úbytcích, například po bariatrických zákrocích, což lze s úspěchem využít při motivování pacientů (především mladších a žen).

Pro obézní s vyšším stupněm obezity, zvláště pro ty, kteří nebyli zvyklí sportovat, je zpočátku lepší cvičit pod dohledem osobního trenéra, případně ve skupinách zaměřených přímo na obézní klienty. Sníží se tak riziko úrazu a rovněž zvýší psychická pohoda klienta, která se podílí na tom, zda u dané pohybové aktivity klient vydrží.

Při redukci hmotnosti se doporučuje pohybová aktivita střední intenzity v délce 250 – 300 min/týden, přičemž její účinek zůstává zachován i tehdy, když je rozdělena do kratších úseků po 10-20 minutách. Při takovéto aktivitě dojde ke spálení cca 1600 kcal za týden, dochází k úbytku hmotnosti, změně HDLcholesterolu a změně složení těla. Pokud je zároveň dodržována nízkenergetická dieta, zvyšuje pohyb úbytek hmotnosti vyvolaný dietou. Frekvence cvičení by měla být téměř denně, při vyšší náročnosti cvičení ideálně obden (Štich, 2011).

#### **2.4.5.3 Farmakoterapie**

Farmakoterapie by měla být součástí komplexní léčby obézního pacienta. Používá se k prohloubení efektu redukční diety (takže je mylná představa pacientů, že zhubnou pouze pomocí farmak), dále k zajištění dlouhodobého poklesu hmotnosti a ke stabilizaci váhového úbytku. Je určena pacientům s BMI nad 30, případně pacientům s BMI nad 27 a přidruženými komplikacemi, nejčastěji DM II. Typu, dyslipidemie či arteriální hypertenze (Doležalová et al, 2012).

V současné době jsou nejčastěji předepisovány přípravky, které snižují vstřebávání tuku v trávicí soustavě (Orlistat- Xenical), případně Obezimed Forte.

Xenical inhibuje střevní lipázy, takže dochází ke sníženému vstřebávání tuku, což může vést k navození hubnutí. Naproti tomu Obezimed Forte je určen pacientům, kteří mají neustálý pocit hladu, nezaplňného žaludku, nebo jsou závislí na sacharidech, a selhávají proto v redukčním režimu. Obezimed obsahuje látky, které po zapití stonásobně zvětší svůj objem a vytvoří tak gel, který zaplní žaludek a navodí pocit sytosti. Zároveň se zpomalí



průchod potravy trávicím traktem, k nasycení stačí menší porce a nedochází k prudkým výkyvům hladiny krevního cukru.

V minulosti se v léčbě obezity využívala skupina přípravků snižujících chuť k jídlu na bázi sibutraminu (v ČR pod názvem Meridia). Evropská léková agentura však doporučila jejich stažení z prodeje poté, co se prokázalo, že pacienti užívající sibutramin mají vyšší riziko kardiovaskulárních a cévně – mozkových příhod (Matoulek, 2010).

#### 2.4.5.4 *Chirurgická léčba obezity*

Chirurgická neboli bariatrická (z řeckého *baros* – *těžký, objemný*) léčba je další možností léčby obezity. Jak vyplývá i z názvu, používá se především k léčbě těžkých forem obezity, kde je neúčinnějším a dlouhodobě efektivním způsobem, jak zredukovat velké množství kilogramů. Jak píše Kasalický - významné dlouhodobé redukce hmotnosti u morbidně obézních lze dosáhnout konzervativní léčbou či farmaky jen ve výjimečných případech (Kasalický, 2007). Zatímco u konzervativní léčby je dlouhodobá účinnost pouze 20%, chirurgická léčba je dlouhodobě účinná u 80 % pacientů (Fried, 2011).

Přes vysokou účinnost však bariatrické zákroky nejsou určeny každému. Jsou stanovena poměrně přesná indikační kritéria, jako je věk mezi 18 – 65 lety, BMI nad 40 nebo BMI v rozmezí 35 – 39,9 a alespoň jedno další přidružené onemocnění, kde se předpokládá, že bariatrická léčba by mohla vést k jeho zlepšení. Zároveň musí být prokazatelné, že u pacienta selhala alespoň jednou dlouhodobá (několikaměsíční) konzervativní léčba.

Kromě somatických kritérií je neméně důležité posoudit kritéria psychologická. Na správné psychologické indikaci totiž závisí dlouhodobý úspěch bariatrického výkonu. Vyšetření by měl provádět psycholog, který je zvyklý pracovat s obézními klienty, a má zkušenost s bariatrií. Podrobný návod, jak takové vyšetření provést (tzv. guidelines) je nyní v ČR těsně před vydáním (Slabá, Herlesová, Wagenknecht et al., v tisku)

Především je třeba posoudit motivaci a schopnost pooperační spolupráce pacienta. Pokud se ukáže, že pacient nemá reálná očekávání, co se výsledků a možností operace týká, nebo z nejrůznějších příčin není schopen dodržovat pooperační režim a pravidelné kontroly u lékaře, je vhodné zákrok o několik měsíců odložit a nejprve pacienta nechat projít psychologickou přípravou. Individuálně je třeba posoudit stravovací vzorce, případné poruchy příjmu potravy, akcentaci osobnosti a podobně.

Kromě zcela výjimečných případů se nedoporučuje operovat pacienty s nestabilizovanými psychotickými onemocněními, těžkou depresí, neléčenou depresí a závislostmi na alkoholu a dalších látkách (požaduje se alespoň dvouleté období abstinence).

Bariarické výkony fungují na dvou základních principech – restričním a malabsorpčním. **Restriční** výkony spočívají ve zmenšení kapacity žaludku, takže se do něj vejde méně potravy, a k nasycení stačí velmi malá porce. V ČR se nejčastěji provádí gastrická bandáž, plikace a tzv. tubulizace žaludku. **Malabsorpční** výkony snižují schopnost trávicího traktu (především tenkého střeva) vstřebávat některé složky potravy, takže tělo může využít jen část energie v potravě obsažené. Typickým představitelem těchto operací v ČR je biliopankreatická diverze (BPD).

Z psychologického pohledu se dá říci, že oba typy výkonů vyžadují od pacienta dlouhodobé dodržování režimu – pravidelnost v jídle, docházení na pravidelné lékařské kontroly, u restrikcí dodržování přesně odměřených malých porcí, u malabsorpcí nutnost doživotní suplementace vitamínů a minerálů. Mnoho pacientů přicházejících se zájmem o bariatrii si tato omezení neuvědomuje a v bariatrii vidí z jejich pohledu nejsnadnější cestu, jak zhubnout. Uvést tyto představy na pravou míru a zrealnit očekávání pacientů je jedním z úkolů psychologa v bariatrickém týmu.

#### 2.4.6 Obézní pacient z pohledu psychologie

Jak již bylo řečeno výše, obezita je multifaktoriálně podmíněné onemocnění. Pro její vznik je klíčová interakce biologických (hereditárních) predispozic s vnějším prostředím. Vliv vnějšího prostředí na vznik obezity, ale i na utváření osobnosti obézního, je velmi významný, uvědomíme-li si, že se zde uplatňují **vlivy kulturní, vývojové i výchovné**.

Z nejobecnějšího pohledu je zde jistě rozpor mezi nároky, které moderní doba na lidi klade (**civilizační vlivy a vývoj**), a **požadavky na štíhlost** jako jeden z atributů „kultu mládí“. Na jednu stranu je čím dál méně času na přípravu a konzumaci jídla, méně času a energie na pohybovou aktivitu a více stresu všeho druhu, na druhou stranu se předpokládá, že úspěšný člověk je člověk štíhlý. V mnoha studiích bylo prokázáno, že obézní lidé jsou diskriminováni v různých oblastech života. Na obézní je běžně pohlíženo jako na lidi bez vůle, kteří se nedokáží omezovat v jídle, a kteří si za svou obezitu mohou sami. **Tlak společnosti** spojený s předsudky vede u obézních ke zvýšenému stresu (který zas přispívá k obezitě), a rovněž bývá zdrojem nepříjemných zkušeností (posmívání od dětství,

dehonestující poznámky od spolupracovníků, nepřijetí do zaměstnání apod. (Kunešová, Mullerová, 2011).

Dalšími vlivy, které působí na jedince v průběhu vývoje a na jeho vztah k potravě i sobě samému jsou **vlivy kulturní**, jako tradiční národní kuchyně a zvyklosti, a také vlivy náboženské.

Velmi významným činitelem je **přístup nejbližšího** okolí, a to jak atmosféra přijetí (Sheets, Ajmere, 2005; Markey, Markey, Birch, 2001; Kouvonen, Stafford, Vogli et al., 2011, Magdaleno, Chaim, Turato, 2011, Butler, Young, Randall, 2010), tak jídelní zvyklosti konkrétní rodiny. Již v dětství jsou totiž fixovány nevhodné nutriční návyky, které v dospělosti přispívají ke vzniku obezity a navíc se přenášejí na následující generaci. Tyto nevhodné návyky shrnul Fraňková, Odehnal, Pařízková (2000). Patří sem například teoretická neznalost složení a energetické vydatnosti potravin, nevhodná skladba rodinného jídelníčku, nešetrné nakládání s potravinami, nepravidelnost v jídle, nevhodné postoje dospělých k jídlu, nevhodné chování při jídle, nedostatek kultury stolování, nevyvážené diety (vegetariánství) či nerespektování vývojových nutričních potřeb dítěte.

Všechny výše uvedené vlivy jsou spojeny s určitými emocemi a podílí se na tom, jak konkrétní člověk vnímá sebe sama a své tělo, a na tom, jaký má vztah k potravě. Působení je velmi individuální, a proto se u každého vytvářejí naprosto **individuální**, specifické **vzorce jídelního chování**. Individualita jídelního chování je dána mimo jiné vlastnostmi sensorických orgánů, metabolickou a biochemickou "individualitou". V této souvislosti se také můžeme setkat s termínem "nutriční osobnost" či "nutriční individualita" (Fraňková, 2013).

Výše uvedené skutečnosti je potřeba mít na mysli vždy, když psycholog pracuje s obézním pacientem, a přizpůsobovat metody práce individuálním zvláštěm a potřebám pacienta.

Kromě společnosti a okolí je potřeba zmínit se podrobněji o **potřebě nasycení**. Tato potřeba je základní fyziologickou potřebou, která slouží k přežití. Ovlivňuje vnímání, myšlení, prožívání a jednání ve směru dosažení cíle- tj. získání potravy. Je to velmi významná motivační síla, která kromě zaměření chování určitým směrem obsahuje i emocionální doprovod ve formě různých pocitů – od pocitu hladu a nespokojenosti při jejím neuspokojení, po libé pocity nasycenosti a uklidnění po požití potravy.

Potřeba nasycení má však i **symbolickou- psychologickou rovinu**. V nejtělejší dětství je kojení nejen přijímáním potravy, ale také je spojeno se zážitky bezpečí, tepla, jistoty a lásky. Tyto souvislosti vnímal již Freud, když mluvil o pudu života Erós, principu slasti a jeho spojení s orální zónou, zahrnující rty a vnitřek úst). Freud považoval orální zónu za erotogenní zónu, tj. místo, kde je vyvolávána slast. V prvních dvou letech je podle Freudova pojetí jedinec v tzv. orálním stadiu, kdy hlavním zdrojem slasti jsou právě ústa, kojení a situace s ním spojené. (Drapela, 1998).

Rovněž Erikson při formulaci svých vývojových stadií rovněž zdůrazňuje orálně – senzorickou složku kojení a popisuje, jak citové uspokojení v jeho průběhu přispívá k získání základní důvěry ke světu (Erikson, 1994).

Také Šulová (2005) zmiňuje souvislost mezi kojením a uspokojováním základních novorozeneckých potřeb. Mezi tyto potřeby řadí jak potřebu potravy a tekutin, tak neméně důležitou potřebu citovou či sociální.

I další autoři zkoumali spolupůsobení různých vjemů při kojení. Blass a Ciaramitaro rozlišili tři komponenty sání – motorickou, chuťovou a zaživačí, a popsali stabilizující emoční vliv kojení ve spojení s matčíným hlasem, pohupováním a tlukotem jejího srdce (Blass, Ciaramitaro, 1994, cit. podle Šulová, 2005).

Je zřejmé, že zážitek uspokojení z příjmu potravy a ostatní potřeby, především potřeba bezpečí a sociálního kontaktu, jsou úzce provázány. Proto se v ordinaci velmi často setkáváme s pacienty, u nichž obezita vznikla jako důsledek zajídání samoty, neboli dlouhodobé frustrace základních sociálních potřeb. V těchto případech je vhodné se při práci s pacientem zaměřit právě na práci s frustrovanou potřebou v kombinaci s redukčním režimem.

V průběhu dětství pamlsky často slouží jako odměna či jako náplast na prožité zklamání nebo nepříjemný zážitek (často sladkou odměnu dostává dítě od dětského lékaře).

V dospělosti se pak lidé vracejí k naučeným vzorcům chování, pokud zažívají stres, frustraci, smutek, zklamání, či jiné nelibé pocity. Obézní pacienti pak často přestávají rozlišovat mezi **fyzilogickým hladem**, který lze utišit jídlem, a **symbolickým (emočním) hladem**, který jídlem lně uspokojit nelze (Wagenknecht, 2011)

#### 2.4.6.1 *Psychologická charakteristika obézních*

Při psychologickém pohledu na obézní pacienty se odjakživa nabízela otázka, zda tito pacienti mají nějaké společné psychologické charakteristiky, které je odlišují od neobézní populace.

V minulosti lékaři a psychologové pozorovali jistou souvislost mezi tělesnými znaky a povahovými rysy. Tato pozorování vyústila začátkem 20. století v tzv. konstitučně-temperamentové teorie.

Z hlediska obezitologie jsou zajímavé dvě z nich: známá **Kretschmerova teorie** z roku 1921, kde německý lékař Kretschmer dal do souvislosti stavbu těla a temperamentové rysy a odvodil čtyři tělesně - osobnostní typy: pyknický, leptosomní, atletický a dysplastický. Z našeho pohledu je určitě důležitý pyknický typ s podsaditou postavou, krátkým krkem, sklonem k ukládání tuku v oblasti břicha a cyklotymním temperamentem - střídání vzrušení a klidu, veselé a smutné nálady (Balcar, 1983, cit. podle Wagenknecht, 2011).

Druhou zajímavou teorií z té doby je **Konstituční typologie** amerického psychologa **Scheldona** z roku 1941. Ten popisuje tři typy osobností- endomorfní, mezomorfní a ektomorfní. Pro obezitologii je významný endomorf- typ s převahou tuku, popisovaný jako měkký a kulatý se silným zažívacím ústrojím. Jeho temperament je viscerotonní (záliba v tělesném komfortu, miluje jídlo, je rád ve společnosti druhých, reaguje pomalu má pocity blaha z vaření (Nakonečný, 1993).

Od té doby vzniklo mnoho studií s cílem zjistit, zda se obézní populace v něčem liší od populace z hlediska hmotnosti normální. Tyto studie si v mnohém odporují. Z dosavadních výsledků se zatím zdá, že neexistují žádná konzistentní zjištění ohledně jejich **osobnostních charakteristik** (Canetti, Berry, Ellizur, 2009).

**Z hlediska psychopatologie**<sup>1</sup> rovněž nejsou závěry studií jednotné. Zatímco některé studie nenacházejí rozdíl mezi obézní populací a populací s normální váhou, co se týká **depresivity a úzkostnosti**, jiné docházejí k závěrům opačným (Friedman, Brownell, 1995). Například Wagenknecht uvádí na základě srovnání několika českých a zahraničních studií, že obézní pacienti (BMI  $\geq$  30) nevykazují vyšší psychopatologii, než populace s normálním BMI (18,5-25). Obézní pouze v některých škálách osobnostních dotazníků vykazují zvýšené

---

<sup>1</sup> Cituji z materiálu psychologické sekce české obezitologické společnosti, jehož jsem spoluautorkou, který vznikl v letech 2011-2013 a je nyní před uvedením do tisku. Plná citace je uvedena v seznamu literatury pod pracovním názvem „Guidelines pro psychologické vyšetření pacientů před bariatrickou operací“ (Slabá, Herlesová, Wagenknecht, Král, Knappová, Staňková, Žmolíková).

skóre, které je ale v rámci normy (Wagenknecht, 2011). Těmto závěrům však odporují některé jiné studie, například již zmíněný Friedman, Brownell, 1995).

**Deprese či dysforie a úzkost** však bývá uváděna jako nejčastější psychopatologie komorbidní s obezitou (Kasen, 2008). S depresí bývají nezdídky spojeny suicidální představy, často jako výsledek pocitu bezmoci (van Hout, 2004). Deprese zde bývá zpravidla chápána jako sekundární – tedy navazující na obezitu. Pacienti, kteří trpí depresí už od dětství, mají horší výhled, že se jim podaří účinně redukovat váhu oproti těm, kdo onemocní až v pozdějším věku.

Často se lze též setkat se **somatizací**, doprovázenou četnými somatickými steskami, jako nevědomým projevem masivního distresu, jímž lidé s obezitou vyšších stupňů trpí.

Pokud se prokáže, že obézní trpí zároveň poruchou osobnosti, bývá psychologická spolupráce s ním náročnější a výsledky léčby méně trvalé. **Poruchou osobnosti** se rozumí neměnné behaviorální, kognitivní nebo emoční vzorce, které dotyčného opakovaně přivádí do stejných potíží, ale on sám není schopen je změnit. Rysy patologické osobnosti spojené s obezitou se nejčastěji projevují zvýšenou závislostí na okamžité odměně, pasivní závislostí, pasivní agresivitou a emoční nestabilitou (van Hout, 2004). U morbidně obézních pacientů se uvádí až 83% prevalence poruch osobnosti, nejčastěji se jedná o poruchu závislou nebo vyhýbavou (Vargas et al., 2003)

Porucha osobnosti je velmi špatně ovlivnitelná psychoterapií. Osobnostní patologie ztěžuje běžnou spolupráci s pacientem a snižuje jeho frustrační toleranci, která se projevuje maladaptivním chováním v zátěžových situacích, například ztrátě zaměstnání, blízkého člověka, nebo jen zvýšeném stresu v práci. Výše uvedené osobnostní rysy se projevují také v patologickém jídelním chování (O'Reardon, 2004, Yanovski, 1993). Krátkodobě může rizikové chování vymizet, ale v dlouhodobém sledování má tendenci se znovu vracet (Adami, 1999, Hsu, 1997, Kalarchian, 2010, Kruseman, 2010).

U lidí s obezitou je obecně vyšší zastoupení **sexuálních dysfunkcí**, nespokojenosti se sexuálním životem i jeho jednotlivými aspekty jako je sexuální touha, schopnost vzrušení, dosažení orgasmu, bolest při pohlavním styku. (Bond, 2009, Esposito, 2008). Pravděpodobnost sexuálních dysfunkcí stoupá se 3. stupněm obezity, ženským pohlavím a u kandidátů na bariatrii oproti lidem v konzervativním redukčním programu nebo u obézních neusilujících o redukci. (Bond, 2009, Kolotkin, 2006, Sarwer, 2012).

K pozitivnímu ovlivnění sexuálního fungování dochází u většiny pacientů, kteří zredukovali váhu po bariatrické operaci (Assimakopulos, 2011, Dallal, 2008, Hafner, 1991,

Sarwer, 2012) a to nezávisle na míře hubnutí (Bond, 2011). U některých pacientů se sexualita naopak zhorší (Kinzl, 2001), pravděpodobně vlivem nespokojenosti s tělesnými změnami po velké redukci, jako je nadbytečná, povolená kůže na břiše, stehnech a pažích, (Kolotkin, 2006), dlouhodobě narušeným body image (Camps, 1996), nebo v důsledku vyhocení předredukčních partnerských problémů (Rand, 1982; Wadden, 2007).

Uchazeči o bariatrický zákrok, zejména ti se 3. stupněm obezity, mají častější zkušenost se sexuálním zneužitím, týráním a zanedbáváním v dětství (Grilo, 2006, Wadden 2006, Wildes, 2008, Wiliamson, 2002). Prevalence se ve výzkumech liší kvůli rozdílné metodologii a obtížné zjistitelnosti tohoto fenoménu (Grilo, 2006). Sexuální zneužití, zanedbávání ani týráním v dětství nemá vliv na míru redukce po bariatrické operaci, ale je spojeno s vyšší pravděpodobností psychiatrických komplikací (například hospitalizace na psychiatrii, zvýšení dávek psychofarmak, zhoršení depresivní poruchy nálady) (Clark, 2008, Grilo, 2006). U sexuálního zneužití v dětství podobně jako u znásilnění v dospělosti je možné, že obezita plní ochrannou funkci - snižuje obavu, že atraktivní postava po zhubnutí zvyšuje riziko dalšího útoku. (Buser, 2009).

Na obezitu v dospělosti má vliv i podoba **mezilidských vztahů v dětství** (rodina, škola, vrstevníci). Špatný raný attachment ovlivňuje vývoj mozku, zvláště nervové dráhy související s afekty a vzrušením. Toto zjištění je významné především v souvislosti s užíváním jídla jako druhu sebeodměňování či seberegulace. (Schore, 2001). Vyšší váha a rozvoj obezity v dospělosti může souviset s týráním, zneužíváním a zanedbáváním v dětství, a to zejména u BMI nad 40 (Wildes et al., 2008). Obézní mají vyšší prevalenci traumatu do 15. roku života, zároveň závažnost traumatu je signifikantním prediktorem obezity v dospělosti. Na rozvoj obezity však nemá vliv pouze fyzické či psychické zneužívání, ale i méně závažné formy stresu. (D'Argenio, 2009).

V rámci výchovy dítěte přejímá obecné kognitivní, behaviorální a emoční vzorce, mezi něž patří i vzorce stravovací. Zvláště rizikové pro vznik obezity jsou rodiny, kde rodiče střídají období disinhibice v jídle s následnými obdobími diet. (Hood et al., 2000). Dalším přejímaným vzorcem bývá emoční přejídání se. To se objevuje u dětí, jejichž rodiče sami používají jídlo k regulaci svých emocí. (Blisset et al., 2010)

#### **2.4.6.2 Poruchy příjmu potravy a další patologické vzorce jídelního chování**

Ve srovnání se štíhlou populací vykazují obézní lidé **odlišné vzorce jídelního chování, jiný vztah k jídlu a vlastní osobě**. (Wagenknecht, 2011). Jsou náchylnější k přejídání se ve srovnání s lidmi s normální hmotností. Často pokračují v jedení, i když

nepocítují hlad. Častěji také podléhají vnější pobídce, než vnitřním potřebám. (Drewnowski, 1990)

## **Jídelní psychopatologie<sup>2</sup>**

U obézních, zvláště s 2. a 3. stupněm obezity a u bariatrických kandidátů, se lze setkat s mentální bulimií, záchvatovitým přejídáním (BED, binge eating disorder), syndromem nočního jedení (NES, night eating syndrom), grazing a emočním přejídáním. Spouštěčem v rozvoji jídelní psychopatologie může být chronický stres, který právě obezita přináší (Carreda,2009). Jídelní patologie u lidí s 2. a 3. stupněm obezity často nesplňuje diagnostická kritéria současných klasifikací poruch příjmu potravy, nicméně symptomaticky jsou zastoupeny v hojné míře. Závažnou komplikací je subjektivně pocíťovaná ztráta kontroly nad příjmem potravy.

Přesné odlišení mezi různými typy poruch jídelního chování slouží mnoha účelům. Primárně pomáhá oddělit maladaptivní vzorce příjmu potravy, které následovaly po dietách a omezeních, od těch, které jsou zřetelně ovlivněny osobnostní psychopatií. (Le Mont, 2004)

### **Záchvatovité přejídání (BED)**

Při BED dochází k opakovaným epizodám záchvatovitého přejedení, kdy je požitó velké množství jídla v různých časových intervalech. Ústředním rysem je pocit ztráty kontroly během epizody (není možné přestat nebo sníst méně). Záchvatovité přejídání se v průměru vyskytuje nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců. Sebehodnocení je příliš ovlivněno tělesnými proporcemi a váhou (Smolík,2010).

Ataku přejedení nespouští hlad a konzumace nekončí při nasycení, ale až při pocitu nevolnosti nebo bolesti žaludku. Kalorický příjem je vyšší, než by byl za normálních okolností. Vlastní přejídání probíhá v tajnosti, někdy podle rituálního postupu. Jídlo v průběhu záchvatu pomáhá zprvu ke zklidnění negativních emocí, pak ale vyvolává intenzivní pocity viny. (Herlesová 2011, Papežová 2003)

BED je významným psychologickým rizikovým faktorem pro rozvoj obezity (Balasanova,2010).

---

Cituji z materiálu psychologické sekce české obezitologické společnosti, jehož jsem spoluautorkou, který vznikl v letech 2011-2013 a je nyní před uvedením do tisku. Plná citace je uvedena v seznamu literatury pod pracovním názvem „Guidelines pro psychologické vyšetření pacientů před bariatrickou operací“ (Slabá, Herlesová, Wagenknecht, Král, Knappová, Staňková, Žmolíková).



## **Syndrom nočního jení (NES, night eating syndrom)**

NES je porucha, která zatím není definována v klasifikaci nemocí, její zařazení se připravuje pro nové vydání DSM –5 (Diagnosticko Statistický Manuál Psychických Poruch 5. revize sestavovaný Americkou psychiatrickou asociací). Při NES je nejméně čtvrtina celkového denního množství kalorií konzumována po večeři nebo v noci. Může se vyskytovat spolu s ranním nechutenstvím, poruchami spánku a depresivní náladou (Allison, 2005, Allison, 2006, O'Reardon, 2004, Stunkard, 2008). Pacient se při NES může během noci několikrát probudit a následně není schopen opět usnout, dokud něco nesní. Jídlo je přitom velmi kalorické (Faltus, 2007). Zmíněné záchvaty nočního jení není postižený schopen ovládnout svou vůlí.

O NES hovoříme tehdy, přetrvává-li toto chování minimálně 3 měsíce. Jídlo nevyvolává potěšení, ale tenzi, úzkosti, stud, znechucení sám sebou a pocity viny během jeho konzumace (Faltus, 2007).

Diferenciálně diagnosticky je nutné odlišit Syndrom poruchy spánku s nočním jením (NSRED, Nocturnal Sleep-Related Eating Disorder), který patří mezi poruchy spánku. Je charakterizován poruchou vědomí, tj. částečnou nebo úplnou amnezií na jídelní epizodu po probuzení (Howel, 2009).

## **Grazing**

Jde o nově popsaný syndrom (Saunders, 2004), doposud stojící mimo pozornost výzkumníků i kliniků. Jedná se o kontinuální konzumaci malých porcí jídla v průběhu dlouhého časového období. Pro diagnostiku grazing není primárně důležité množství konzumovaného jídla, ale kvalita prožívání, tzn. subjektivně negativně vnímaná ztráta kontroly nad jídelním chováním a nadměrným příjmem potravy. Tento syndrom je důležité sledovat hlavně u uchazečů o bariatrický zákrok, neboť může zásadně ovlivnit pooperační úspěšnost a to ve smyslu malé redukce nebo nárůstu tělesné hmotnosti a s tím spojeným stresem. Záchvatovité přejídání vyskytující se u pacienta před bariatrickým výkonem, se může díky restriktivnímu efektu operace změnit na grazing (Colles, 2008, Saunders, 2004).

## **Emoční jídlo**

Emoční jídlo lze charakterizovat jako popud konzumovat chutné jídlo bez potřeby energie, kdy spouštěčem je emocionální stav (Schultes, 2010). Cílem je utlumení negativních či zvýraznění pozitivních pocitů, zvýšení celkového pocitu spokojenosti nebo potlačení nudy.

Jako maladaptivní je chování označeno tehdy, je-li překročena hranice jídelní patologie a dochází k subjektivnímu prožitku ztráty kontroly nad jídlem. Specifickou variantou emočního jídla je konzumace vysokokalorických potravin, jako prostředek vyrovnávání se s chronicky prožívaným stresem, který nepříznivě ovlivňuje dodržování redukčního režimu. (Torres, 2007, Wallis, 2009).

Úkolem psychologa při identifikaci maladaptivního jídelního chování je na toto chování upozornit, vysvětlit rizika s ním spojená a navrhnout postup případné další terapeutické péče, například doprovodná psychoterapie nebo kontaktování specializovaného pracoviště.

Na základě výsledků studií se zdá, že **sledované psychologické faktory** (psychopatologie, depresivita, úzkostnost, snížené sebehodnocení) **jsou výraznější se zvyšujícím se BMI**. Otázkou však zůstává, zda jsou psychické komplikace jednou z příčin, či spíše následkem obezity (Dornelas, 2008)

#### **2.4.6.3 Psychologická práce s obézním pacientem**

Ačkoli se výsledky psychologických studií srovnávajících obézní a neobézní populaci neshodují, je zřejmé, že mnoho obézních pacientů má kromě fyzických obtíží rovněž obtíže psychického charakteru (deprese, úzkost, obtížná adaptace na rodinný či pracovní stres, poruchy sebepřijetí, změny v body-image, poruchy v sexuální oblasti a další). Proto je vhodné, aby součástí týmu pečujícího o obézní s vyššími stupni obezity byl i psycholog (Greenberg, Sogg, Perna, 2009).

Cílem komplexní léčby obezity je nejen to, aby pacient zredukoval, ale také, aby nově nabytou hmotnost dlouhodobě udržel. Prvním úkolem psychologa je pochopit příčiny, které vedly u konkrétního pacienta ke vzniku obezity.

Někdy je podíl duševních činitelů na vzniku obezity malý (příbrání vzhledem k somatické nemoci, farmakoterapii apod.), pak práce psychologa spočívá spíše v podpoře při vyrovnávání se s danou nezměnitelnou skutečností a motivování alespoň ke snaze si danou hmotnost udržet.

Častou příčinou obezity jsou nevhodné stravovací a pohybové návyky. Pokud se jedná čistě o tuto příčinu bez dalších duševních příčin, bývá úspěšná metoda KBT (kognitivně-behaviorální terapie), která psotupnými kroky dovede pacienta k pochopení chyb a nastolení nových, vhodnějších návyků.

Prokáže-li se významnější podíl duševních činitelů na vzniku obezity, je zpravidla žádoucí, aby pacient docházel k psychologovi dlouhodobě. Psychologická péče se pak zaměřuje na subjektivní obtíže spojené s nadměrnou hmotností, posilování motivace redukci váhy, podporu při dílčích neúspěších, posilování sebehodnoty pacienta a podobně. Přitom psycholog využívá různé metody práce, jako je edukace, diagnostika, poradenství či psychoterapie.

Jak bylo řečeno výše, pacienti s vyšším podílem duševních činitelů na vzniku obezity mívají nižší sebehodnocení, což prokázaly mnohé studie (například Leech, Dias, 2012, Aruguete, Edman, Yates, 2009, Annesi, Gorjala, 2010, Averett, Korenman, 1999).

Projevuje se zde také tzv. **Paradox váhy** – nepřímá úměrnost mezi hmotností a sebehodnocením (tj. čím vyšší hmotnost, tím nižší sebehodnocení). Tento paradox odráží nedostatečné přijetí na duševně – duchovní rovině kompenzované zvýšeným příjmem na rovině tělesné. (Wagenknecht, in: Heiner a kol., 2011).

Významná redukce hmotnosti je spojena s mnoha důsledky v psychologické rovině. V případě chirurgického řešení obezity je například potřeba počítat s možností zklamání z jejích výsledků. Bez ohledu na způsob redukce také dochází k opětovnému sociálnímu začlenění, zvýšení sebevědomí, zlepšení kvality života a body – image (Magdaleno, Chaim, Turato, 2011). Všechny tyto důsledky je potřeba v průběhu psychologické práce s pacientem brát v potaz, předvídat jejich možné důsledky (například možnost rozkolísání rodinného systému (Harkaway, 1983), viz kap. 1.5.

Těžká obezita se zásadně dotýká různých oblastí vztahu, zvláště intimity, pocitu začlenění nebo kontroly ve vztahu (Doherty, Harkaway, 1990). Těžce obézní lidé hledající chirurgické řešení obezity přicházejí z různých důvodů, včetně toho, že doufají ve vylepšení partnerských problémů po podstoupení bariatrického zákroku. To je potřeba brát v úvahu především při vyšetření před bariatrickou operací, ale i v případě psychologické práce s konzervativně hubnoucím pacientem. Je třeba, aby psycholog objasnil možnosti bariatrie a směřoval pacienta i k dalším cestám, jak vylepšit partnerský vztah.

## 2.5 Obezita a partnerství

Jak jsme zmínili v úvodu, udržování uspokojivých mezilidských vztahů je jednou ze základních lidských potřeb. Člověk potřebuje mít přátele, vlastní rodinu. Touží po tom být milován, přijímán a oceňován druhými lidmi. Zázemí v důvěrných, blízkých vztazích nám dává pocit jistoty a bezpečí. Právě v nich prožíváme intimitu, která se na pocitu bezpečí a jistoty podílí.

Navazování takových vztahů je poměrně náročné. V mládí se děje přirozeně, nicméně právě v mládí, kdy je nejobvyklejší doba k nalezení životního partnera, je přitažlivý fyzický vzhled poměrně vysoko na žebříčku hodnot. Zvláště obézní ženy mají nalezení odpovídajícího partnera dosti ztížené a i v dlouhodobém partnerství musí často čelit poznámkám ohledně své nadváhy či požadavkům na její redukci.

Psychologicky je souvislost těsných vztahů a obezity velmi zajímavá, takže na toto téma existuje poměrně rozsáhlá literatura. Mnoho výzkumů na téma obezita a vztahy vzniklo v souvislosti s rozšiřující se bariatrickou chirurgií.

Většina studií na toto téma z poslední doby se shoduje v tom, že obezita a těsné vztahy spolu vzájemně souvisejí. Souvislosti byly zkoumány především v dlouhodobém partnerství (převážně v manželství).

Bylo zjištěno, že **obezita snižuje atraktivitu** (Arguete et al., 2009) a ovlivňuje tak partnerství již ve fázi výběru již od adolescentního věku. Snížení atraktivity se projevuje především u obézních žen – potenciálních partnerek. Partnerka je vybírána především podle vzhledu (hmotnosti). Její vzdělání, zajímavá osobnost či pečlivá péče o sebe má při výběru jen částečný vliv (Carmalt, Cawley, Joyner et al., 2008)

Studentky s nadváhou měly menší pravděpodobnost, že budou pozvány na schůzku, než jejich vrstevnice s normální váhou (Sheets, Ajmere, 2005). Nejen hmotnost, ale i výška ovlivňují atraktivitu a v návaznosti na to i sexuální aktivitu adolescentů. Čím menší a těžší byly zkoumané osoby v další studii, tím nižší byla pravděpodobnost, že budou pozváni na schůzku a že budou mít sex. V případě sexu však závěry nebyly tak průkazné (Cawley, Joyner, Sobal, 2006).

Jiní autoři sledovali, nakolik vědomí, že je potenciální partnerka obézní, odradí případného partnera jen podle zmínky v textu inzerátu, bez toho, že by ji vůbec viděl. Zároveň srovnávali pravděpodobnost odezvy na inzerát ženám s nadváhou a ženám, které se v inzerátu zmínily, že berou drogy (Sitton, Blanchard, 1995).

Když Arguete se svými spolupracovníky zkoumal 1217 obézních i neobézních vysokoškolských studentů, zjistil, že obézní muži i ženy mají menší nároky na fyzický vzhled protějšků, než jejich neobézní vrstevníci. Obézní ženy navíc preferovaly partnery s nadváhou (ne obézní). U obézních mužů to však neplatilo a preferovali partnerky s normální váhou.(Arguete et al, 2009).

Zdá se, jakoby ženy podvědomě cítily, že je pro muže jejich hmotnost důležitá. Mnoho studií prokázalo, že **obézní ženy mají nižší sebevědomí, než srovnatelně obézní muži**. Zároveň byl ale opakovaně pozorován **vliv etnického původu**: obezita je spojena s nižším sebevědomím u bílých žen, nikoli však u žen tmavé pleti (Averett, S., Koreman, S., 1999, Annesi,J., Gorjala, S., 2010).

Nižší sebevědomí žen bílé pleti se projevuje i v jejich **riskantnějším sexuálním chování**: obézní ženy v adolescentním věku měly více sexuálních partnerů, více sexuálních kontaktů se staršími muži a s menší pravděpodobností používaly při styku kondom ve srovnání s jejich vrstevnicemi s normální váhou. U obézních žen tmavé pleti se tento závěr nepotvrdil (Leech, T., Dias, J., 2012).

Další studie na podobné téma ukazuje, že adolescenti, kteří byli méně spokojeni se svým tělem, se více obávali opuštění partnerem, pokud by po něm vyžadovali použití kondomu a méně se obávali nákazy virem HIV. Zároveň se domnívali, že v případě opuštění by měli menší pravděpodobnost najít si opět partnera (Wingood, 2002).

Tyto výsledky potvrzují i Nagelkerke a Prabhat: obézní lidé a lidé s nadváhou (především muži) v jejich vzorku sice uváděli méně sexuálních partnerů, než jejich vrstevníci s normální váhou, s tím však nekorespondovalo množství protilátek proti sexuálně přenosným nemocem v jejich krvi, které svědčí pro riskantnější chování v sexu (Nagelkerke, Prabhat, 2006).

Nízké sebevědomí obézních žen zřejmě prostupuje a ovlivňuje všechny sféry jejich života a je okamžitě patrné. Sociální chování obézních a neobézních žen se liší a ovlivňuje i pocity lidí, které jsou s nimi v interakci, jak zjistili Miller se spolupracovníky. Obézní a neobézní ženy mluvily telefonicky se studenty. Ti pak měli za úkol ohodnotit partnerky z těchto rozhovorů a také sebe. Zároveň byly partnerky hodnoceny nezávislým pozorovatelem, který měl obodovat jejich domnělou fyzickou atraktivitu a sociální dovednosti. Ani studenti, ani nezávislí hodnotitelé neznali hmotnost respondentek. Ukázalo se, že obézní ženy byly hůře hodnoceny nezávislými pozorovateli i svými partnery v konverzaci, navíc tito hodnotili hůře i sami sebe. (Miller, Rothblum, Barbour et al., 1990).

Zajímavá je **souvislost mezi rodinným stavem a hmotností**. Podle některých autorů má manželství rozdílný vliv na ženy a muže, co se hmotnosti týká. V jejich výzkumech se ukazuje, že ženatí muži mají vyšší BMI než svobodní či rozvedení, zatímco u žen je to naopak. Svobodné ženy a vdovy jsou prokazatelně častěji obézní, než jejich vdané vrstevnice (Sobal, Hanson, 2011, Sobal, Rausenbach, 2003).

Co se však týká změn hmotnosti v souvislosti se **změnou manželského stavu**, obě pohlaví reagují stejně: vstup do manželství vede k vzestupu hmotnosti a naopak. Nezáleží přitom na způsobu ukončení manželství (Dinour, May et al., 2012; Shafer, 2010).

Zajímavým tématem výzkumů je sledování **vlivu změn hmotnosti na manželskou spokojenost**. Většina z nich vychází z **Harkawayovy teorie o idiosynkratické roli obezity v rodinném systému** (Harkaway, 1983).

Harkaway se spolupracovníky vysvětlují změny hmotnosti a vliv rodiny na tyto změny ze systemického pohledu, takže při úvahách o změnách hmotnosti berou v úvahu procesy rodinné dynamiky, například KONTROLU (kdo komu v rodině může nařizovat, co má jíst), LOAJALITU (ostatní obézní členové rodiny) a cestu, jak mít pod kontrolou vlastní INTIMITU (vyhnout se sexuálnímu styku či mimomanželskému sexuálnímu kontaktu).

Pokud je hmotnost součástí takovéto manželské dynamiky, změny hmotnosti naruší rovnováhu celého manželského systému. Obézní pak vzdává redukční režim, nabírá zpět zredukovanou hmotnost, nebo dokonce přibírá na vyšší, než výchozí hmotnost. Cílem je udržet si hranice a nedovolit ostatním mluvit do vlastního jídelníčku, udržet dobré vztahy s obézními členy rodiny či zabránit nevídaným sexuálním kontaktům. V takovémto rodinném systému se obezita stává ústředním tématem v rodině, stejně, jako tomu je například u alkoholismu (Steinglass, Bennett, Wolin et al., 1987).

Empirické nálezy k Harkawayově koncepci se různí. Metaanalýzou třinácti studií, které zkoumaly vliv zapojení partnera do redukčního programu (Black, Gleser, Kooyers, 1990) bylo zjištěno, že zapojení partnera do redukčního programu vedlo k jeho větší efektivitě. Pozitivní vliv partnera však v průběhu následujících 2-3 měsíců slábl a nakonec zcela vymizel.

Wing, Marcus, Epstein a Jawad (1991) zjistili, že ženy, ale nikoli muži, byli úspěšnější v redukčním programu, pokud byli zapojeni jejich manželé. **Větší úspěšnost žen přitom nebyla závislá na výchozí manželské spokojenosti**. Tyto výsledky odporují obecně přijímanému názoru, že podpora od partnera ve spokojenějším vztahu vede k větší redukci,

než podpora od partnera v méně spokojeném vztahu (Stuart, Jackson, 1987; Waring, 1983; Weisz, Bucher, 1980);

Naproti tomu Black (1988) zjistil, že ženy v nešťastných manželstvích měly větší pravděpodobnost, že zhubnou a úbytek si udrží, a to bez doprovodných změn manželské spokojenosti.

Barbarin and Tirado (1984) poukázali na to, že zapojení partnera do redukčního programu nemusí mít jednoznačně pozitivní efekt. Dá se předpokládat, že nezúčastněný nebo nepřátelský partner či člen rodiny bude narušovat redukční režim. To částečně potvrzují další výsledky, kdy se zjistilo, že stačily dvě kritické poznámky manžela při interview k EE Expressed Emotion (Vaughn, Leff, 1976), aby během 3 měsíců došlo k váhovému relapsu u manželky. Přitom jen 2% manželových kritických poznámek se vztahovalo k váze partnerky (Fischmann-Havstad, Marston, 1984).

Na základě dosud provedených výzkumů a jejich protichůdných výsledků se zdá, že dopad výrazného snížení hmotnosti na manželství není předvídatelný a záleží na tom, jakou roli hraje obezita v celém systému. Navíc většina závěrů pochází ze studií se středně obézními respondenty a jejich závěry nemusí být aplikovatelné na morbidně obézní, kteří rapidně zhubnou, například po bariatrickém zákroku. Proto je třeba brát v úvahu, že rychlý a značný úbytek váhy může mít i nechtěný vliv na párovou dynamiku a rodinný systém (Porter, C., Wampler, R., 2000).

Studie, které se zaměřují na výzkum manželské spokojenosti nebo **kvality manželství těžce obézních**, a nějakým způsobem souvisí s Harkawayovou teorií, se dají zhruba rozdělit do tří větví:

1) Marshall a Neil zkoumali 14 vdaných žen, které se podrobily gastrickému bypassu, těsně před zákrokem a rok po něm. U devíti z těchto žen se po výrazném zhubnutí po operaci objevily vážné manželské problémy. Autoři popisují manželské partnery jako sexuálně nedostačující, slabé a pasivní a u části z nich zaznamenali pokusy o sabotování redukčního režimu jejich partnerek (Marshall, Neill, 1977; Neill, Marshall, Yale, 1978, cit. podle Porter, C., Wampler, R., 2000)

2) Ve zřejmém kontrastu s tím Kuldau, Rand a spolupracovníci našli jen málo důkazů pro to, že by po masivní redukci váhy v důsledku bariatrické operace narůstaly manželské problémy. Jejich vzorek zahrnoval 54 vdaných žen, z nichž se během prvního roku 3 rozešly či rozvedly se svým partnerem. (Goble, Rand, Kuldau, 1986; Kuldau, Rand, 1980). Ze zbývajících jen 18% uvádělo manželské konflikty, přičemž většina z nich připouštělo

konfliktní manželství ještě před redukcí váhy. Tyto výsledky se na tomtéž souboru potvrdily i 3 a 5 let po operaci (Rand, 1982; Rand, Kowalske, Kulda, 1984, cit. podle Porter, Wampler, 2000).

3) Třetí skupina článků se týká vzorku 118 těžce obézních žen, které rovněž podstoupily gastrický bypass. Ve srovnání s kontrolním vzorkem stejného věkového složení byly těžce obézní před operací signifikantně více fobické, více depresivní, s tendencí k somatizaci a byly intrapunitivnější či extrapunitivnější, než kontrolní vzorek (Hafner, Watts, Rogers, 1987). Manželská spokojenost byla měřena dotazníkem Marital Attitudes Evaluation from the FIRO Scales (Schutz, 1989). U obézních žen a jejich partnerů byla signifikantně nižší. Po roce od operace bylo 60% žen znovu testováno a výsledky srovnány s původními daty. Byly zaznamenány pouze tři drobné změny v subškálách MATE: fobická úzkost se snížila, pozitivní prožívání a chování vzrostlo. (Hafner, Rogers, Watts, 1991). Výsledky však Hafner sám zpochybnil (Hafner, Rogers, Watts, 1991, cit. podle Porter, Wampler, 2000).

Porter a Wampler (2000) se ve svém výzkumu rovněž odkazují na Harkawayovu teorii. Kromě dalších proměnných zkoumali změnu spokojenosti v manželství. Popisují změny, které nastaly po radikální redukcí hmotnosti po bariatrickém zákroku (gastrický bypass). Autoři se zaměřili na 6 ti a 12 ti měsíční změny BMI, depresivity, sebevědomí a také manželského přizpůsobení, které měřili Testem partnerského přizpůsobení (Locke-Wallace Marital Adjustment test -MAT). Zatímco došlo k signifikantnímu zlepšení BMI, depresivity i sebevědomí ve zkoumaném vzorku, nedošlo k prokazatelným změnám manželské spokojenosti (změny skóru MAT byly velmi různorodé- od růstu o 61 bodů po pokles o 67 bodů. Toto překvapivé zjištění autoři vysvětlují právě pomocí výše zmíněné Harkawayovy teorie o idiosynkratické roli obezity v rodinném systému (Harkaway, 1983).

V praktické části diplomové práce se budeme snažit navázat na výzkumy provedené v souvislosti s Harkawayovou teorií, zvláště na výzkum Portera a Wampler (2000).



## 3 Praktická část

### 3.1 Cíle

Tato diplomová práce vychází z výše uvedeného článku Portera a Wamplera (2000). Cílem výzkumu je zjistit, zda jsou rozdíly v manželské spokojenosti měřené testem Locke – Williamsona ve dvou výzkumných vzorcích, které se liší stupněm obezity. Na rozdíl od Portera a Wamplera budou tedy srovnávány dvě rozdílné skupiny. Kromě manželské spokojenosti bude měřena kvalita života v souvislosti se zdravím testem SF – 36 a těsnost vztahu dotazníkem RCI (Relationship Closeness Inventory) s cílem nalézt další souvislosti mezi měřenými veličinami a stupněm obezity.

### 3.2 Průběh výzkumu

Sběr dat probíhal v průběhu jara 2013 na OB klinice v Praze. Toto pracoviště se zabývá problematikou komplexní léčby a prevence obezity a k ní přidružených metabolických onemocnění. OB klinika je zaměřena především na léčbu těch nejzávažnějších forem obezity (morbidní obezita) u pacientů s BMI >35, resp. 40 a na léčbu s ní souvisejících onemocnění, jako diabetes mellitus II. typu (cukrovka), dyslipidémie a dalších. Pacientům je zde nabízena celá škála léčebných postupů - čistě konzervativní, interně obezitologické (zaměřené na behaviorálně-dietologickou a pohybovou složku), kombinované s farmakoterapií a také nejmodernější metody bariatrické a metabolické chirurgie. Kromě toho OB klinika nabízí léčbu dalších onemocnění, zejména miniinvazivní laparoskopickou chirurgii, a ostatní specializace, důležité pro úspěšnou léčbu morbidně obézních pacientů, jako dietologii a psychologii.

Pacienti se na OB kliniku dostávají jednak doporučením od lékaře (nejčastěji praktika nebo diabetologa), jednak na základě vlastního rozhodnutí. Vzhledem k vysoké specializaci pracoviště má naprostá většina pacientů BMI 30 a více, takže výběr vzorku byl relativně snadný.

Respondentky byly nejprve předvybrány z databáze pacientů na základě BMI, které bylo odpovídající pro zařazení do jedné či druhé pokusné skupiny. Následně byly při návštěvě kliniky požádány o vyplnění dotazníku. Zájemkyně o bariatrickou operaci byly o vyplnění dotazníku požádány až po schválení zákroku psycholožkou, aby odpovědi nebyly zkreslené snahou zvýšit své šance na schválení zákroku. Všechny respondentky byly seznámeny s účelem výzkumu, relativní časovou náročností dotazníku, dobrovolností výzkumu a

povinnou mlčenlivostí všech, kteří se při zpracování výzkumu dostanou do styku s osobními údaji.

Následovalo zpracování dotazníků a statistické vyhodnocení získaných dat.

### 3.3 Metodika

Pro účely výzkumu byl sestaven dotazník o několika částech. Tři části jsou tvořeny běžně používanými dotazníky, které budou podrobněji popsány dále (SF – 36, Locke - Williamson a RCI), další část obsahuje otázky ohledně váhy a výšky respondentky i partnera, a poslední část zjišťuje základní demografické údaje .

Vzhledem k tomu, že tato práce je inspirována článkem Portera a Wamplera, byl pro měření manželské spokojenosti použit co nejvíce podobný test. Autoři zmíněného článku použili v zahraničí více rozšířený test Locke – Wallaceho, v této práci však byla zvolena varianta podle Locke – Williamsona jednak pro dostupnost českého překladu, jednak pro dřívější zkušenosti jiných autorů s tímto dotazníkem při administraci v českém prostředí.

Pro měření těsnosti vztahu byl použit dotazník RCI. Jeho vyplňování je poměrně jednoduché pro respondenty, navíc s tímto dotazníkem jsou zkušenosti ze Slovenska.

Tato práce se zaměřuje především na zkoumání manželské spokojenosti a těsnosti vztahu, nicméně je jisté, že obezita ovlivňuje tělesnou stránku respondentek. Proto jako vhodný nástroj k doplnění a dokreslení dalších souvislostí byl zvolen dotazník SF – 36, který dává obrázek o tom, jak se kvůli obezitě respondentky cítí po fyzické, ale i duševní stránce. Předpokládáme, že obojí ovlivní i pocity a chování v partnerském vztahu.

Původním záměrem bylo administrovat elektronickou verzi a pouze ve výjimečných případech papírovou. V průběhu výzkumu se však ukázalo výhodnější administrovat verzi papírovou a následně data převést do elektronické podoby (mnoho respondentek bylo ochotných vyplnit papírový dotazník, ale nechtělo se jim použít počítač, kromě toho byly ochotné výzkumu věnovat svůj čas přímo na klinice, ale již se jim nechtělo věnovat dotazníku čas doma). Část respondentek však vyplnila pouze elektronickou verzi.

Formulář dotazníku byl vytvořen přes aplikaci Google Disk, vytištěn, výsledky následně prostřednictvím formuláře uloženy do excelovské tabulky a nakonec zpracovány ve

statistickém programu SPSS. Podrobnosti o statistickém zpracování jsou uvedeny v příslušné podkapitole.

### **Dotazník RAND 36 – Item Health Survey (SF 36)**

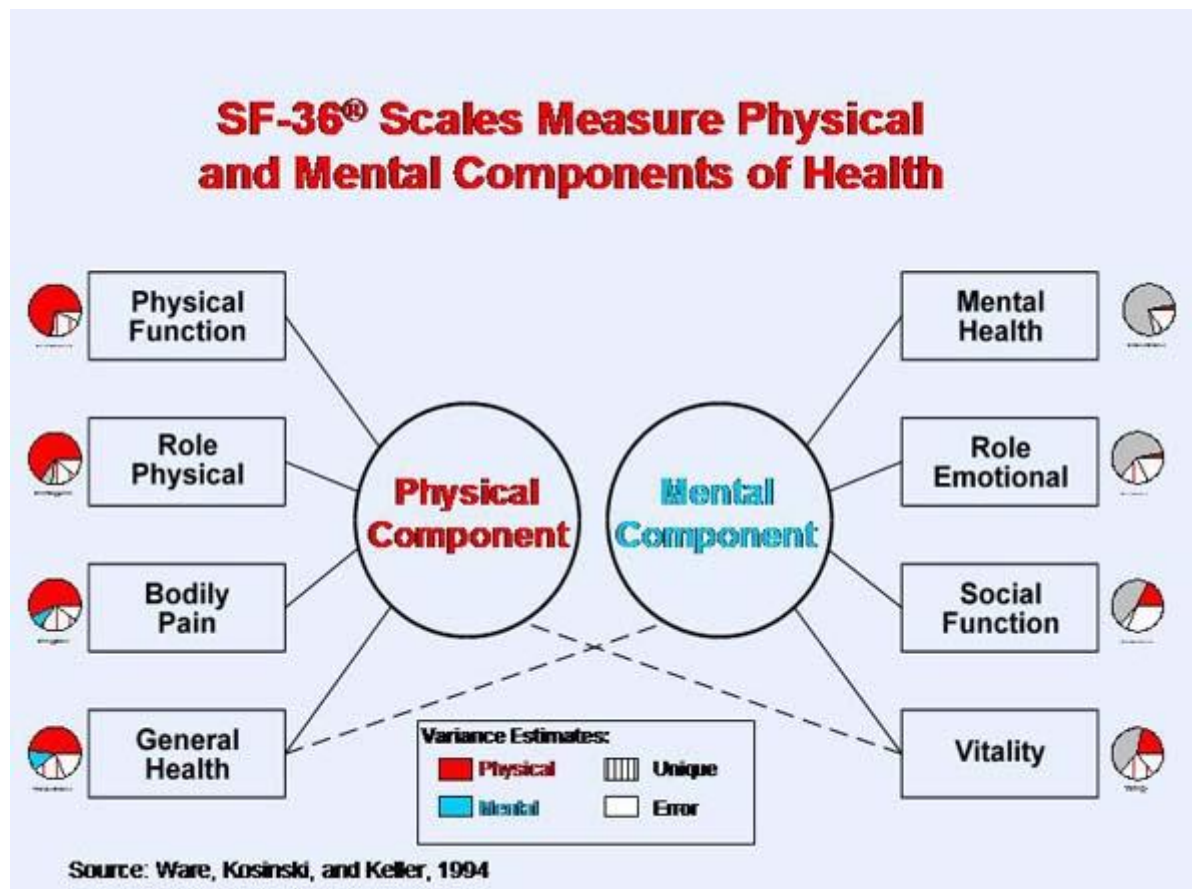
Tento dotazník je široce používaným nástrojem ke zjištění kvality života v souvislosti se zdravím. Byl navržen k použití v klinické praxi. Používá se jak ke screeningu jednotlivých pacientů, tak k výzkumu a sledování kvality života různých populací. Je určen osobám od 14 do 65 let.

Dotazník SF 36 je citlivý ke zdravotním problémům fyzického charakteru i k celkovému duševnímu zdraví. Obsahuje celkem 36 položek rozdělených do 8 dimenzí (fyzické fungování, fyzická omezení, tělesná bolest, všeobecné zdraví, vitalita, sociální fungování, emoční problémy, duševní zdraví a položku, která popisuje současné zdraví a nepatří do žádné dimenze. Na každou položku respondent odpovídá výběrem hodnoty na škále.

První čtyři oblasti SF 36, tj. fyzické fungování, fyzická omezení, tělesná bolest a všeobecné zdraví popisují celkové fyzické zdraví člověka. Další čtyři oblasti, vitalita, sociální fungování, emoční problémy a duševní zdraví se zaměřují na celkové psychické zdraví jedince. Každá oblast dotazníku SF 36 se vyhodnocuje zvlášť. (<http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml#LIT>).

Položky dotazníku jsou sestaveny tak, že vyšší skóre signalizuje lepší výsledek. Rozmezí skóre je od 0 do 100 bodů. Skóre pod 50 může být interpretováno jako pod normou obecné populace. Nižší skóre SF 36 signalizuje horší zdravotní stav nebo dlouhodobé onemocnění. Obecně nižší skóre pak mívají ženy (Šťastná, 2009).

Obrázek 1: Škály dotazníku SF – 36  
 (<http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml#LIT>)



Při ověřování konstruktové validity SF 36 na obézních pacientech (N=1735) bylo zjištěno, že BMI koreluje s horší kvalitou života u všech osmi faktorů SF 36. BMI silně korelovalo s faktory fyzického fungování, fyzických a emocionálních problémů a položkami tělesné bolesti. V kontrastu s tím položky duševního zdraví, vitality a sociálního fungování byly s BMI spojovány méně (Corica et al., 2006).

#### Test manželského přizpůsobení podle Locke – Williamsona (Locke, Williamson, 1958)

Tento test obsahuje 22 položek. Respondent volí v každé otázce jednu ze tří až šesti kvantitativně odstupňovaných odpovědí. Každé odpovědi je přiřazeno určité vážené skóre. Při zpracování položek faktorovou analýzou bylo zjištěno 5 faktorů: 1. Faktor přátelské spolupráce, 2. Míra shody mezi partnery, 3. Citové vztahy, 4. Postoje k manželství a partnerovi, 5. Sexuální vztahy (Kratochvíl, 2009).

V zahraničí se častěji používá podobný test manželského přizpůsobení podle Locke - Wallaceho (1959). V této práci byl však použit test podle Locke– Williamsona, neboť jsme měli k dispozici český překlad vytvořený v Brně. Zároveň byl tento dotazník ověřen v několika českých studiích. Například Gbelcová na vzorku 100 harmonických a 100 disharmonických párů zjistila statistické rozdíly ve všech faktorech, tytéž výsledky zopakovala Capponi na vzorku 30 a 30 párů o 5 let později (Kratochvíl, 2009).

### **Dotazník těsnosti vztahu RCI – Relation Closeness Inventory (Berscheid, Snyder, Omoto, 1989)**

Dotazník používá 4 subškály, vycházející z Kelleyho teorie: častost a délka společně tráveného času, rozmanitost společných aktivit, síla vzájemného ovlivňování a doba trvání vztahu. Co se poslední uvedené škály týká, autoři dotazníku uvádějí, že trvání samotného vztahu není signifikantní, spíše je to trvání vysoké frekvence interakcí, vysoké rozmanitosti aktivit a vysoké síly vlivu (Berscheid, Snyder, Omoto, 1989, s. 796). Proto čtvrtou dimenzi autoři považují za doplňkovou a nezapočítávají ji do celkového skóre těsnosti. Zůstávají tedy tři subškály : „FREQUENCY“, „DIVERZITY“ a „STRENGTH“.

Možnost užití dotazníku RCI pro měření blízkosti vztahu byla ověřována na Slovensku na různých věkových a profesních skupinách. Přestože k RCI dotazníku byly vzneseny některé výhrady, které komplexně shrnul například Slaměník ve svém článku (Slaměník, Hurychová, 2012), a které byly v této diplomové práci podrobněji popsány v kapitole o měření těsnosti vztahu, je dotazník RCI slovenskými autory považován za „perspektivní pro užití v individuální diagnostice a sociálně psychologických výzkumech“ (Výrost, Spišiaková, Gicová, 1992)

### **3.4 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor tvořilo celkem 48 žen – pacientek OB kliniky, které toto zařízení navštívily v průběhu jara 2013. Cca 80% z nich byly zájemkyně o bariatrickou operaci, zbylých 20% se na klinice léčilo konzervativně. Respondentky byly vybírány tak, aby v čase výzkumu neměly zredukováno více, než 3% výchozí hmotnosti a aby jejich BMI spadalo buďto do kategorie obezity I. stupně (30-35), nebo do obezity III. stupně (BMI40 a více). Podle BMI pak byly rozděleny do dvou skupin. Byl tedy použit nenáhodný kritériální výběr.

### Kritéria výběru:

- Žena
- Pacientka OB kliniky
- Aktuálně nemá zredukováno více, než 3% výchozí hmotnosti
- Žije v manželství nebo dlouhodobém (> 6 měs) partnerství ve společné domácnosti

Při výběru byla snaha získat co nejhomogennější vzorek, lišící se pokud možno pouze velikostí BMI. Z hlediska vzdělání a rodinného stavu byl nakonec vzorek téměř homogenní, převažovalo středoškolské vzdělání s maturitou či bez maturity a drtivá většina vdaných. Většina respondentek pocházela z velkého města.

**Tabulka 5: Porovnání skupin podle rodinného stavu**

Rodinný stav			
BMI_KAT		Počet	%
obezita I. stupně	vdaná	23	100,0
obezita III. stupně	ovdovělá	1	4,0
	rozvedená	1	4,0
	vdaná	23	92,0
	Celkem	25	100,0

**Tabulka 6: Porovnání skupin podle bydliště**

Bydliště			
BMI_KAT		Počet	%
obezita I. stupně	malé město	1	4,3
	velké město	19	82,6
	vesnice	3	13,0
	Celkem	23	100,0
obezita III. stupně	malé město	4	16,0
	velké město	15	60,0
	vesnice	6	24,0
	Celkem	25	100,0

**Tabulka 7: Porovnání skupin podle vzdělání**

Vzdělání			
BMI_KAT		Počet	%
obezita I. stupně	střední bez maturity	10	43,5
	střední s maturitou	12	52,2
	základní	1	4,3
	Celkem	23	100,0
obezita III. stupně	střední bez maturity	7	28,0
	střední s maturitou	14	56,0
	vysokoškolské	2	8,0
	základní	2	8,0
	Celkem	25	100,0

**Tabulka 8: Porovnání skupin podle více kritérií (některých demografických kategorií a BMI)**

Srovnání skupin podle více kritérií					
	BMI_KAT	N	Průměr	Std. odchylka	Std. odchylka průměru
Vek	obezita I. stupně	23	53,13	11,860	2,473
	obezita III. stupně	25	49,24	10,026	2,005
trvani_vztahu	obezita I. stupně	23	29,149	10,1896	2,1247
	obezita III. stupně	25	23,710	10,7276	2,1455
BMI_rodil	obezita I. stupně	23	-2,278	8,7811	1,8310
	obezita III. stupně	25	-13,258	6,8163	1,3633
BMI_partner	obezita I. stupně	23	30,171	8,1030	1,6896
	obezita III. stupně	25	29,200	6,1373	1,2275
vaha_rodil	obezita I. stupně	23	25,74	11,009	2,296
	obezita III. stupně	25	35,40	15,774	3,155

Věk respondentek v obou skupinách byl přibližně stejný s průměrem kolem 50 let. Trvání vztahu bylo poněkud delší u méně obézních, rozdíl proti druhé skupině však není statisticky signifikantní (t- test:  $t(46) = 1,79$ ;  $p = 0,79$ ). BMI partnerů respondentek (tj.mužů) se neliší – obéznější respondentky nemají obéznější partnery. Z toho rovněž plyne větší rozdíl BMI mezi partnery v jednom páru u méně obézních (BMI mužů je stejné, BMI žen je nižší).

Následující tři tabulky ukazují, jak se vyvíjela hmotnost respondentek v průběhu vztahu, a ověřují, že délka vztahu ve srovnávaných skupinách je stejná:

**Tabulka 9: Porovnání skupin podle hmotnosti při seznámení**

Váha při seznámení					
	BMI_KAT	N	Průměr	Std. odchylka	Std. odchylka průměru
vaha_seznameni	obezita I. stupně	23	67,09	10,440	2,177
	obezita III. stupně	25	76,92	15,411	3,082

Méně obézní respondentky měly ve srovnání s druhou skupinou nižší váhu již na počátku vztahu ( $t(46) = 2,656$ ,  $p = 0,014$ ).

**Tabulka 10: Porovnání skupin podle délky vztahu**

Trvání vztahu					
	BMI_KAT	N	Průměr	Std. odchylka	Std. odchylka průměru
trvani_vztahu	obezita I. stupně	23	29,149	10,1896	2,1247
	obezita III. stupně	25	23,710	10,7276	2,1455

Méně obézní respondentky mají mírně delší vztahy, rozdíl však není statisticky signifikantní.

**Tabulka 11: Porovnání skupin podle tempa přibírání (průměrný počet kg za rok trvání vztahu)**

Tempo přibírání					
	BMI_KAT	N	Průměr	Std. odchylka	Std. odchylka průměru
tempo_pribirani	obezita I. stupně	23	1,0715	,76419	,15934
	obezita III. stupně	25	1,9538	1,79923	,35985

Obéznější respondentky mají rychlejší tempo přibírání na váze ( $t(46) = 2,177$ ,  $p = 0,035$ ).



### 3.5 Formulace hypotéz a statistická analýza dat

Cílem výzkumu je porovnat dvě skupiny různě obézních žen z hlediska manželské spokojenosti a těsnosti vztahu. Zároveň se pokusíme nalézt další souvislosti mezi stupněm obezity a ostatními měřenými veličinami. Z těchto obecných cílů vyplývají níže uvedené konkrétní hypotézy a výzkumné otázky.

#### 3.5.1 Formulace hypotéz

Hlavním cílem výzkumu je nalezení případných rozdílů mezi srovnávanými skupinami v manželské spokojenosti a v těsnosti partnerského vztahu. Proto na prvním místě budou testovány hypotézy o výši skóre v testu manželské spokojenosti Locke – Williamsona a dotazníku těsnosti vztahu RCI.

Jak bylo popsáno v teoretické části, literatura se zcela neshoduje v tom, jestli a jak BMI souvisí s manželskou spokojeností. V této práci budeme ověřovat hypotézu, že BMI s manželskou spokojeností souvisí. Zároveň se domníváme, že BMI by mohlo ovlivňovat i těsnost vztahu. Je všeobecně známo a mnoha pracemi podloženo, že člověk s vyšším BMI se cítí fyzicky hůře, například (Corica et al., 2006). Zároveň se často setkává kvůli obezitě se zesměšňováním a kritickými poznámkami.

Důležitou komponentou dotazníku těsnosti vztahu RCI je počet aktivit. Předpokládáme, že kvůli zmíněným důvodům bude u obéznější skupiny nižší, a tedy bude i nižší skóre v dotazníku těsnosti vztahu RCI. Zdá se, že souvislosti výše BMI a těsnosti vztahu zatím v literatuře nebyla věnována pozornost.

1. **Hypotéza:** Skóre dosažené v testu LW se signifikantně liší mezi skupinami více a méně obézních (pokud se rozdíl prokáže, předpokládáme, že má obéznější skupina signifikantně nižší skóre, tj. skupiny se liší ve výši manželské spokojenosti).
2. **Hypotéza:** Ve škále RCI „DIVERZITY“ je signifikantní rozdíl mezi skupinami více a méně obézních (pokud se rozdíl prokáže, předpokládáme, že má obéznější skupina signifikantně nižší skóre, tj. podnikají společně méně aktivit).
3. **Hypotéza:** Ve škále RCI „FREQUENCY“ je signifikantní rozdíl mezi skupinami více a méně obézních (pokud se rozdíl prokáže, předpokládáme, že má obéznější skupina signifikantně nižší skóre, tj. tráví s partnerem méně času).

4. **Hypotéza:** Ve škále RCI „STRENGTH“ je signifikantní rozdíl mezi skupinami více a méně obézních (pokud se rozdíl prokáže, předpokládáme, že má obéznější skupina signifikantně nižší skóre, tj. partneři jsou na sobě méně závislí).

Další hypotézy se zaměřují na srovnání pocitů fyzického a duševního zdraví v souvislosti s obezitou. Na základě údajů v literatuře předpokládáme větší omezení a horší pocity u skupiny s vyšším BMI. Skupiny budou porovnány v každé škále zvlášť, což vyplývá i ze způsobu vyhodnocování dotazníku SF – 36 (kdy se škály rovněž hodnotí zvlášť).

5. **Hypotéza:** Skupina s vyšším BMI má nižší skóre (tj. horší výsledek) na škále PF (Physical Functioning).
6. **Hypotéza:** Skupina s vyšším BMI má nižší skóre (tj. horší výsledek) na škále GH (General Health).
7. **Hypotéza:** Skupina s vyšším BMI má nižší skóre (tj. horší výsledek) na škále RP (Role Physical).
8. **Hypotéza:** Skupina s vyšším BMI má nižší skóre (tj. horší výsledek) na škále RE (Role Emotional).
9. **Hypotéza:** Skupina s vyšším BMI má nižší skóre (tj. horší výsledek) na škále SF (Social Function).
10. **Hypotéza:** Skupina s vyšším BMI má nižší skóre (tj. horší výsledek) na škále BP (Bodily Pain).
11. **Hypotéza:** Skupina s vyšším BMI má nižší skóre (tj. horší výsledek) na škále MH (Mental Health).
12. **Hypotéza:** Skupina s vyšším BMI má nižší skóre (tj. horší výsledek) na škále VT (Vitality).

Dalším cílem práce, kromě nalezení rozdílů mezi srovnávanými skupinami v manželské spokojenosti a v těsnosti partnerského vztahu, jenalézt případné další souvislosti mezi stupněm obezity a ostatními měřenými veličinami. Položili jsme si proto následující otázky a pokusili se najít odpovědi pomocí statistické analýzy:

## Otázky:

- Souvisí skóre dosažené v testu LW s některými dalšími veličinami?
- Souvisí počet bodů dosažený v jednotlivých škálách RCI s nějakými dalšími veličinami?
- Korelují škály dotazníku SF – 36 s dalšími měřenými veličinami?
- Liší se pokusné skupiny v názorech na váhu partnera?
- Liší se pokusné skupiny v odhadech názorů partnera na jejich (tj. respondentek) váhu?
- Liší se pokusné skupiny v požadavcích partnerů, aby respondentka zhubla?
- Liší se respondentky v názorech na hmotnost partnera?

### 3.5.2 Statistické zpracování

Formulář dotazníku byl vytvořen přes aplikaci Google Disk, vytištěn, výsledky pak prostřednictvím formuláře uloženy do excelovské tabulky a nakonec zpracovány ve statistickém programu SPSS.

Vzhledem k tomu, že data nespĺňují předpoklad normálního rozdělení, a distribuce dat jsou často zešíkmené, byl pro srovnání skupin použit neparametrický Mann - Whitneyho U - test. Ve všech analýzách jsou za signifikantní považovány hodnoty p rovné nebo nižší, než 0,05.

K nalezení dalších souvislostí mezi veličinami byla provedena korelační analýza, poté parciální korelace a nakonec regresní analýza.

### 3.5.2.1 Test manželské spokojenosti Locke – Williamson (LW)

**Hypotéza:** Skóre dosažené v testu LW se signifikantně liší mezi výzkumnými skupinami (předpokládáme, že obéznější skupina bude mít nižší skóre v L-W)

**Tabulka12: Porovnání skupin podle skóru v testu LW**

Deskriptivní statistika		
BMI_KAT		LockeWilliamson
obezita I. stupně	N	23
	Průměr	92,30
	Medián	97,00
	Std. odchylka	15,334
	Minimum	58
	Maximum	110
obezita III. stupně	N	25
	Průměr	90,60
	Medián	92,00
	Std. odchylka	12,530
	Minimum	59
	Maximum	107

Test	
	LockeWilliamson
Mann-Whitney U	247,000
Wilcoxon W	572,000
Z	-,837
Asymp. Sig. (2-tailed)	,403

**Závěr:** Skóre dosažené v testu LW se mezi výzkumnými skupinami signifikantně neliší. Nelze zamítnout nulovou hypotézu o neexistenci vztahu mezi LW a stupněm obezity. Respondentky z obou skupin vnímají své partnerství jako přibližně stejně spokojené. Zároveň LW a BMI spolu v našich měřeních nekorelují, můžeme tedy říci, že dle našich výsledků skóre LW nezávisí na BMI.

**Otázka: Souvisí skóre dosažené v testu LW s některými dalšími veličinami?**

**Tabulka13: Korelace spokojenosti v sexuální oblasti a skóre v testu LW**

Korelace		
		LockeWilliamson
partner_sex	Koeficient korelace	,505
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	48
partner_shoda_sex	Koeficient korelace	,570
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	48
partner_sex_fyz	Koeficient korelace	,512
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	48
partner_sex_city	Koeficient korelace	,635
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	48

**Závěr:** Skóre dosažené v testu LW koreluje s věkem a trváním vztahu. Starší respondentky a ty, které jsou s partnerem déle, vnímají partnerství jako spokojenější.

Kromě toho skóre LW koreluje relativně silně pozitivně se všemi otázkami, které se týkají partnerského sexu.

### 3.5.2.2 Dotazník těsnosti vztahu RCI

**Hypotéza: Obéznější skupina bude mít nižší skóre ve všech škálách RCI**

**Tabulka 14: Porovnání skupin podle škál RCI**

Deskriptivní statistika				
BMI_KAT		RCI_cas	RCI pocet aktivit	RCI_sila
obezita I. stupně	N	23	23	23
	Průměr	07:08	8,96	121,91
	Medián	06:30	9,00	127,00
	Std. odchylka	03:26	4,117	30,763
	Minimum	01:10	1	75
	Maximum	16:00	16	182
obezita III. stupně	N	25	25	25
	Průměr	07:41	10,00	111,96
	Medián	06:30	10,00	106,00
	Std. odchylka	04:18	4,223	22,322
	Minimum	00:50	1	85
	Maximum	16:00	18	150

Test			
	RCI_cas	RCI pocet aktivit	RCI_sila
Mann-Whitney U	278,500	234,000	247,500
Wilcoxon W	554,500	510,000	572,500
Z	-,186	-1,109	-,826
Asymp. Sig. (2-tailed)	,853	,267	,409

**Závěr:** Skupiny se neliší ani v jedné škále RCI. Respondentky z obou skupin tráví se svým partnerem srovnatelné množství času, provozují společně přibližně stejné množství aktivit a mají srovnatelnou sílu vztahu (tj. vliv na partnerovy činnosti, náladu, názory, cíle apod.).

**Otázka: Souvisí počet bodů dosažený v jednotlivých škálách RCI s nějakými dalšími veličinami?**

**Tabulka 15: Korelace škál dotazníku RCI a vybraných veličin**

Korelace				
		RCI_cas	RCI pocet aktivit	RCI_sila
vaha_rozdil	Koeficient korelace	-,244	-,086	,203
	Sig. (2-tailed)	,095	,560	,166
	N	48	48	48
vek	Koeficient korelace	,414	,255	,050
	Sig. (2-tailed)	,003	,080	,737
	N	48	48	48
BMI_respondentka	Koeficient korelace	-,090	-,073	-,060
	Sig. (2-tailed)	,545	,621	,686
	N	48	48	48
BMI_partner	Koeficient korelace	-,038	,252	-,162
	Sig. (2-tailed)	,797	,085	,270
	N	48	48	48
BMI_rozdil	Koeficient korelace	,066	,180	-,090
	Sig. (2-tailed)	,657	,220	,545
	N	48	48	48
trvani_vztahu	Koeficient korelace	,304	,275	,251
	Sig. (2-tailed)	,036	,059	,085
	N	48	48	48

Z tabulky se zdá, že jediná škála RCI – čas, která sleduje množství času stráveného pouze s partnerem, koreluje signifikantně se sledovanými veličinami. Určitá závislost, nikoli však již signifikantní, je patrna i u škály „počet aktivit“. Nejméně se sledovanými veličinami souvisí škála „síla vztahu“, která vyjadřuje míru vzájemného ovlivňování partnerů.

**Tabulka 16: Korelace škál dotazníku RCI a otázek L-W s tématem sexu**

Korelace				
		RCI_cas	RCI pocet aktivit	RCI_sila
partner_sex	Koeficient korelace	,054	,317	,296
	Sig. (2-tailed)	,714	,028	,041
	N	48	48	48
partner_shoda_sex	Koeficient korelace	,172	,378	,282
	Sig. (2-tailed)	,242	,008	,052
	N	48	48	48
partner_sex_fyz	Koeficient korelace	,416	,542	,271
	Sig. (2-tailed)	,003	,000	,063
	N	48	48	48
partner_sex_city	Koeficient korelace	,317	,552	,136
	Sig. (2-tailed)	,028	,000	,355
	N	48	48	48

Na základě výsledků jednoduchých korelací se zdá, že čím jsou respondentky starší a čím je vztah delší, tím více tráví času se svým partnerem. Zároveň čím delší čas tráví společně, tím lépe hodnotí fyzické pocity při sexu s partnerem a tím více mají sex spojen s výrazem vzájemných citů.

Subškála **počet aktivit** zdesignifikantně koreluje se všemi otázkami týkajícími se sexu z testu LW. Respondentky, které tráví čas s partnerem různorodými aktivitami, vykazují vyšší spokojenost se sexem ve všech otázkách dotazníku LW.

**Síla vztahu** zde slabě koreluje s kladnými pocity při sexu. Ve vztazích, kde je vysoká vzájemná závislost partnerů (ovlivňují své názory, pocity, cíle, činnosti) měly partnerky lepší pocity ze sexuálních styků se svým partnerem. Závislost se však neprokázala příliš silná.

Vzhledem k závěrům jednoduché korelační analýzy se ukázalo jako potřebné podrobit data podrobnějšímu zkoumání. Byla proto provedena parciální korelace s cílem ověřit vliv věku v předchozích výsledcích.



**Tabulka 17: Parciální korelace - ověření vlivu věku na RCI**

Korelace					
Kontrolní proměnná: Věk			RCI čas	RCI počet aktivit	RCI síla
vek	trvani_vztahu	Korelace	-,050	,081	,409
		p	,740	,589	,004
		df	45	45	45

Z tabulky vidíme, že korelace délky trvání vztahu a RCI\_cas a pocet aktivit byla způsobená pouze vlivem věku (tj. kladnou korelací mezi věkem a trváním vztahu).

Pokud vliv věku kontrolujeme použitím parciálních korelací, vztah mezi délkou trvání a RCI\_cas a počet aktivit se ztrácí (tj. parciální korelační koeficienty jsou prakticky nulové).

Naopak vztah mezi délkou trvání vztahu a RCI\_sila byl proměnnou věk maskován - parciální korelace ukazuje, že pokud kontrolujeme vliv věku, mezi trváním vztahu a jeho silou dle RCI je středně silná korelace ( $r = 0,4$ )

### 3.5.2.3 Dotazník SF – 36

**Hypotéza:** Skupina s vyšším BMI má nižší skóre (tj. horší výsledek) na škále PF (Physical Functioning).

**Tabulka 18: Porovnání skupin podle škály PF**

Deskriptivní statistika		
BMI_KAT		PF
obezita I. stupně	N	23
	Průměr	25,87
	Medián	28,00
	Std. odchylka	3,622
	Minimum	20
	Maximum	30
obezita III. stupně	N	25
	Průměr	23,68
	Medián	25,00
	Std. odchylka	4,110
	Minimum	15
	Maximum	28

Test	
	PF
Mann-Whitney U	190,500
Wilcoxon W	515,500
Z	-2,012
Asymp. Sig. (2-tailed)	,044

**Závěr:** Ve škále fyzického fungování, která se ptá na vykonávání usilovných činností (jako je běh, zvedání těžkých předmětů a provozování náročných sportů) a středně namáhavých činností (jako je luxování či jízda na kole), měla skupina s vyšším BMI méně bodů, tedy dosáhla horší výsledek. Obéznější respondentky se u vykonávání těchto činností cítí hůře.

**Hypotéza: Skupina s vyšším BMI má nižší skóre (tj. horší výsledek) na škále GH (General Health).**

**Tabulka 19: Porovnání skupin podle škály GH**

Deskriptivní statistika		
BMI_KAT		GH
obezita I. stupně	N	23
	Průměr	18,83
	Medián	19,00
	Std. odchylka	3,186
	Minimum	11
	Maximum	23
obezita III. stupně	N	25
	Průměr	16,84
	Medián	16,00
	Std. odchylka	2,511
	Minimum	12
	Maximum	22

Test	
	GH
Mann-Whitney U	178,500
Wilcoxon W	503,500
Z	-2,268
Asymp. Sig. (2-tailed)	,023

**Závěr: :** Ve škále obecného zdraví, která se ptá na celkové zdraví respondentek a zjišťuje jejich subjektivní srovnání s ostatními, měla skupina s vyšším BMI méně bodů, tedy dosáhla horší výsledek. Obéznější respondentky se cítí hůře.

**Hypotéza: Skupina s vyšším BMI má nižší skóre (tj. horší výsledek) na škále RP (Role Physical).**

**Tabulka 20: Porovnání skupin podle škály RP**

Deskriptivní statistika		
BMI_KAT		RP
obezita I. stupně	N	23
	Průměr	,87
	Medián	1,00
	Std. odchylka	1,100
	Minimum	0
	Maximum	4
obezita III. stupně	N	25
	Průměr	1,48
	Medián	2,00
	Std. odchylka	1,295
	Minimum	0
	Maximum	4

Test	
	RP
Mann-Whitney U	207,500
Wilcoxon W	483,500
Z	-1,727
Asymp. Sig. (2-tailed)	,084

**Závěr:** Skupina s vyšším BMI nemá nižší skóre (tj. nemá horší výsledek) na škále RP. Škála RP se dotazuje, zda se v posledním měsíci zkrátil čas, který respondentky věnovaly práci či jiným činnostem, zda udělaly méně, než chtěly, zda byly omezeny v druhu práce či měly potíže při práci nebo jiných činnostech. Respondentky v obou skupinách se v tomto ohledu cítily srovnatelně.

**Hypotéza: Skupina s vyšším BMI má nižší skóre (tj. horší výsledek) na škále RE (Role Emotional).**

**Tabulka 21: Porovnání skupin podle škály RE**

Deskriptivní statistika		
BMI_KAT		RE
obezita I. stupně	N	23
	Průměr	,65
	Medián	,00
	Std. odchylka	1,027
	Minimum	0
	Maximum	3
obezita III. stupně	N	25
	Průměr	1,16
	Medián	1,00
	Std. odchylka	1,248
	Minimum	0
	Maximum	3

Test	
	RE
Mann-Whitney U	224,000
Wilcoxon W	500,000
Z	-1,430
Asymp. Sig. (2-tailed)	,153

**Závěr:** Skupina s vyšším BMI nemá nižší skóre (tj. nemá horší výsledek) na škále RE. Škála RE se dotazuje, zda se v posledním měsíci zkrátil kvůli emocionálním problémům jako je úzkost či deprese čas, který respondentky věnovaly práci či jiným činnostem, zda udělaly méně, než chtěly, zda byly omezeny v druhu práce či měly potíže při práci nebo jiných činnostech. Oběma skupinám bránily emocionální potíže v práci stejně.

**Hypotéza: Skupina s vyšším BMI má nižší skóre (tj. horší výsledek) na škále SF (Social Function).**

**Tabulka 22: Porovnání skupin podle škály SF**

Deskriptivní statistika		
BMI_KAT		SF
obezita I. stupně	N	23
	Průměr	7,91
	Medián	8,00
	Std. odchylka	1,782
	Minimum	4
	Maximum	10
obezita III. stupně	N	25
	Průměr	7,24
	Medián	7,00
	Std. odchylka	2,146
	Minimum	2
	Maximum	10

Test	
	SF
Mann-Whitney U	237,500
Wilcoxon W	562,500
Z	-1,049
Asymp. Sig. (2-tailed)	,294

**Závěr:** Skupina s vyšším BMI nemá nižší skóre (tj. nemá horší výsledek) na škále SF. Škála SF se dotazuje, do jaké míry respondentkám bránily jejich zdravotní či emocionální obtíže jejich společenskému životu. Oběma skupinám tedy bránilo srovnatelně.

**Hypotéza: Skupina s vyšším BMI má nižší skóre (tj. horší výsledek) na škále BP (Bodily Pain).**

**Tabulka 23: Porovnání skupin podle škály BP**

Deskriptivní statistika		
BMI_KAT		BP
obezita I. stupně	N	23
	Průměr	8,52
	Medián	9,00
	Std. odchylka	1,951
	Minimum	3
	Maximum	11
obezita III. stupně	N	25
	Průměr	7,76
	Medián	8,00
	Std. odchylka	2,570
	Minimum	2
	Maximum	11

Test	
	BP
Mann-Whitney U	238,000
Wilcoxon W	563,000
Z	-1,038
Asymp. Sig. (2-tailed)	,299

**Závěr:** Skupina s vyšším BMI nemá nižší skóre (tj. nemá horší výsledek) na škále BP. Škála BP se dotazuje, zda respondentky v posledních týdnech trpěly bolestí a do jaké míry jim tyto bolesti bránily v práci. Obéznější respondentky tedy netrpěly bolestmi více, než méně obézní skupina.

**Hypotéza: Skupina s vyšším BMI má nižší skóre (tj. horší výsledek) na škále MH (Mental Health).**

**Tabulka 24: Porovnání skupin podle škály MH**

Deskriptivní statistika		
BMI_KAT		MH
obezita I. stupně	N	23
	Průměr	20,26
	Medián	21,00
	Std. odchylka	5,002
	Minimum	8
	Maximum	29
obezita III. stupně	N	25
	Průměr	20,00
	Medián	20,00
	Std. odchylka	5,439
	Minimum	7
	Maximum	28

Test	
	MH
Mann-Whitney U	274,000
Wilcoxon W	599,000
Z	-,280
Asymp. Sig. (2-tailed)	,780

**Závěr:** Skupina s vyšším BMI nemá nižší skóre (tj. nemá horší výsledek) na škále MH. Škála MH se dotazuje na pocity nervozity, smutku, pesimismu či štěstí v posledních 4 týdnech. Obéznější respondenty tedy neuvádějí více smutku, pesimismu či nervozity než méně obézní skupina.



**Hypotéza: Skupina s vyšším BMI má nižší skóre (tj. horší výsledek) na škále VT (Vitality).**

**Tabulka 25: Porovnání skupin podle škály VT**

Deskriptivní statistika		
BMI_KAT		VT
obezita I. stupně	N	23
	Průměr	14,26
	Medián	16,00
	Std. odchylka	3,646
	Minimum	5
	Maximum	19
obezita III. stupně	N	25
	Průměr	12,32
	Medián	12,00
	Std. odchylka	4,120
	Minimum	5
	Maximum	19

Test	
	VT
Mann-Whitney U	207,500
Wilcoxon W	532,500
Z	-1,661
Asymp. Sig. (2-tailed)	,097

**Závěr:** Skupina s vyšším BMI nemá nižší skóre (tj. nemá horší výsledek) na škále VT. Škála VT se dotazuje na pocit elánu, energie či naopak vyčerpanosti v posledních 4 týdnech. Obéznější respondenty se tedy necítily vyčerpanější než méně obézní skupina.

**Otázka: Korelují škály dotazníku SF – 36 s dalšími měřenými veličinami?**

**Tabulka 26: Korelace dotazníku SF – 36 s dalšími měřenými veličinami**

Korelace SF – 36 s dalšími veličinami									
		PF	GH	RP	RE	SF	BP	MH	VT
vaha_rozdil	Koeficient korelace	,026	,053	,111	,204	-,094	,048	,163	,028
	Sig. (2-tailed)	,859	,721	,452	,164	,527	,748	,267	,848
	N	48	48	48	48	48	48	48	48
vek	Koeficient korelace	-,227	,119	-,021	-,250	,065	-,089	,231	,226
	Sig. (2-tailed)	,121	,422	,886	,086	,659	,549	,113	,123
	N	48	48	48	48	48	48	48	48
BMI respondentka	Koeficient korelace	-,248	-,237	,267	,332	-,232	-,210	-,107	-,277
	Sig. (2-tailed)	,089	,105	,067	,021	,112	,152	,470	,057
	N	48	48	48	48	48	48	48	48
BMI partner	Koeficient korelace	-,011	-,272	,032	-,105	,238	-,111	,047	-,065
	Sig. (2-tailed)	,940	,062	,827	,476	,103	,451	,752	,660
	N	48	48	48	48	48	48	48	48
BMI rozdil	Koeficient korelace	,187	,034	-,177	-,235	,314	,058	,065	,113
	Sig. (2-tailed)	,203	,820	,228	,107	,030	,694	,659	,443
	N	48	48	48	48	48	48	48	48
trvani vztahu	Koeficient korelace	-,013	,209	,058	-,296	,267	-,083	,434	,385
	Sig. (2-tailed)	,931	,154	,695	,041	,066	,575	,002	,007
	N	48	48	48	48	48	48	48	48

Korelace									
		PF	GH	RP	RE	SF	BP	MH	VT
partner_sex	Koeficient korelace	-,135	-,097	,172	,030	,018	-,232	,167	-,008
	Sig. (2-tailed)	,360	,510	,242	,842	,901	,113	,257	,959
	N	48	48	48	48	48	48	48	48
partner shoda_sex	Koeficient korelace	-,038	-,168	,133	-,178	,330	-,203	,272	,173
	Sig. (2-tailed)	,796	,253	,369	,225	,022	,165	,062	,239
	N	48	48	48	48	48	48	48	48
partner sex_fyz	Koeficient korelace	-,261	-,395	,252	-,188	,238	-,303	,340	,219
	Sig. (2-tailed)	,073	,005	,084	,200	,103	,036	,018	,135
	N	48	48	48	48	48	48	48	48
partner sex_city	Koeficient korelace	-,130	-,214	,154	-,327	,348	-,202	,454	,272
	Sig. (2-tailed)	,378	,143	,297	,023	,016	,168	,001	,062
	N	48	48	48	48	48	48	48	48

V tabulce je možné vypořadovat určité souvislosti, většinou se však jedná o slabší vztahy. Za povšimnutí stojí jednak vztah některých škál k BMI respondentky a korelace trvání vztahu s více škálami.

V případě škály fyzického fungování PF, která se ptá na vykonávání usilovných činností (jako je běh, zvedání těžkých předmětů a provozování náročných sportů) a středně namáhavých činností (jako je luxování či jízda na kole), byl na základě jednoduché korelační analýzy prokázán i signifikantní rozdíl mezi srovnávanými skupinami (viz výše). Obéznější respondentky se u vykonávání těchto činností cítí hůře.

U škály vitality VT, která se zaměřuje na pocity energie nebo vyčerpání, a RP, která zjišťuje, zda došlo ke zkrácení některých běžných činností kvůli zdravotním problémům, se rozdíl při srovnání skupin v této práci neprokazal. Korelační tabulka však naznačuje možnost, že škály přece jen jistý vztah k BMI mají, což je v souladu s jinými pracemi, které používaly dotazník SF – 36 k popsání změn po bariatrických zákrocích.

Škály RE (Role Emotional), MH (Mental Health) a VT (Vitality) patří všechny k části dotazníku, která se zaměřuje na duševní stránku životní spokojenosti. Všechny signifikantně korelují s délkou vztahu. Tyto korelace byly ověřeny v dalším kroku parciálními korelacemi. Cílem bylo ověřit, nakolik výsledky pro délku vztahu souvisí s věkem respondentek (cílem tedy bylo ověřit vliv věku).

**Tabulka 27: Parciální korelace - ověření vlivu věku na SF – 36**

Korelace										
Kontrolní proměnná: Věk			PF	GH	RP	RE	SF	BP	MH	VT
Věk	trvani_vztahu	Correlation	,222	,111	,095	-,047	,268	-,012	,200	,237
		p	,134	,457	,524	,755	,068	,937	,178	,109
		df	45	45	45	45	45	45	45	45

Z tabulky je zřejmé, že pokud kontrolujeme vliv věku, tak žádná škála s trváním vztahu souvislost nemá (po provedení pouze jednoduchých korelací se mohlo zdát, že spolu veličiny korelují, ale po provedení parciálních korelací se ukázalo, žeto bylo jen kvůli společné korelaci věku a trvání vztahu).

### 3.5.2.4 Další nálezy

**Otázka:** Liší se pokusné skupiny v názorech na váhu partnera?

**Tabulka 28:** Porovnání skupin podle názoru na váhu partnera

Porovnání skupin podle názoru na váhu partnera					
			nazor_na_vahu_partnera		
			2 jeho hmotnost je v normě	3 má nadváhu nebo je obézní	Celkem
BMI	obezita I. stupně	Count	11	12	23
		% within BMI_KAT	,5	,5	1,0
		Adjusted Residual	-,8	,8	
	obezita III. stupně	Count	15	10	25
		% within BMI_KAT	,6	,4	1,0
		Adjusted Residual	,8	-,8	
Celkem	Count	26	22	48	
	% within BMI_KAT	,5	,5	1,0	

**Použili jsme  $\chi^2$  test:**

$$\chi^2 (1) = 0.715; p = 0,398$$

**Závěr:** Skupiny se v názorech na váhu partnera neliší.

**Otázka: Liší se pokusné skupiny v odhadech názorů partnera na jejich (tj. respondentek) váhu?**

**Tabulka 29: Porovnání skupin podle odhadu názorů partnera na jejich váhu**

Porovnání skupin podle odhadu názorů partnera na jejich váhu					
			nazor_partnera_na_vahu_respondentky		
			1 nelíbí se mu	2 není pro něj důležitá nebo se mu líbí	Celkem
BMI	obezita I. stupně	Count	9	14	23
		% within BMI_KAT	,4	,6	1,0
		Adjusted Residual	1,7	-1,7	
	obezita III. stupně	Count	4	20	24
		% within BMI_KAT	,2	,8	1,0
		Adjusted Residual	-1,7	1,7	
Celkem	Count	13	34	47	
	% within BMI_KAT	,3	,7	1,0	

**Použili jsme  $\chi^2$  test:**

$$\chi^2(1) = 2,962; p = 0,085)$$

**Závěr:** V odhadu názorů partnera na svoji váhu se skupiny mírně liší, ne signifikantně. U respondentek s vyšším stupněm obezity se mírně častěji objevuje přesvědčení, že jejich váha není pro partnera důležitá, nebo že se mu líbí.

**Otázka: Liší se pokusné skupiny v požadavcích partnerů, aby respondentka zhubla?**

**Tabulka 30: Porovnání skupin podle požadavků partnera na zhubnutí**

Porovnání skupin podle požadavků partnera na zhubnutí					
			chce_abyste_zhubnula		Celkem
			1 ano	2 byl by rád, ale nic neřekl	
BMI_KAT	obezita I. stupně	Count	9	11	20
		% within BMI_KAT	,5	,6	1,0
		Adjusted Residual	2,5	-2,5	
	obezita III. stupně	Count	3	22	25
		% within BMI_KAT	,1	,9	1,0
		Adjusted Residual	-2,5	2,5	
Celkem	Count	12	33	45	
	% within BMI_KAT	,3	,7	1,0	

**Použili jsme  $\chi^2$  test:**

$$\chi^2(1) = 6,188; p = 0,013$$

**Závěr:** Méně obézním respondentkám partner signifikantně častěji otevřeně vyjádří své přání, aby zhubla.

### Otázka: Liší se respondentky v názorech na hmotnost partnera?

Tabulka 31: Porovnání skupin podle názoru na hmotnost partnera

Porovnání skupin podle názoru na hmotnost partnera						
			partner_by_mel			Celkem
			2 jeho hmotnost je přiměřená	3 měl by zhubnout	4 jeho hmotnost pro mne není podstatná	
BMI_KAT	obezita I. stupně	Count	7	8	7	22
		% within BMI_KAT	,3	,4	,3	1,0
		Adjusted Residual	-1,4	,9	,6	
	obezita III. stupně	Count	13	6	6	25
		% within BMI_KAT	,5	,2	,2	1,0
		Adjusted Residual	1,4	-,9	-,6	
Celkem		Count	20	14	13	47
		% within BMI_KAT	,4	,3	,3	1,0

Použili jsme  $\chi^2$  test:

$$\chi^2(1) = 1,979; p = 0,372$$

**Závěr:** V názorech na hmotnost partnera se respondentky neliší.

#### 3.5.2.5 Vícenásobná regrese

Po úvodních, jednoduchých analýzách vztahů mezi životní spokojeností, BMI a dalšími proměnnými byly tyto vztahy analyzovány současně, komplexnější metodou vícenásobné lineární regrese. Smyslem vícenásobné regresní analýzy je, že umožňuje odhadnout vliv jedné proměnné při současné kontrole vlivu všech ostatních proměnných v modelu. v tomto ohledu se regresní analýza podobá rozšířené analýze parciálních korelací použité výše.

Předpokladem použití této statistické metody je normální rozdělení kardinálních prediktorů, lineární vztahy mezi prediktory a homoskedasticita výsledních reziduálů.

Vztahy mezi proměnnými lze považovat za lineární, jak je zřejmé i z výše uvedených korelačních analýz. Ačkoliv některé proměnné nesplňují předpoklad normálního rozdělení, provedení analýzy může mít alespoň explorativní a orientační přínos.

Splnění předpokladu homoskedasticity ověříme po vykonání analýzy.

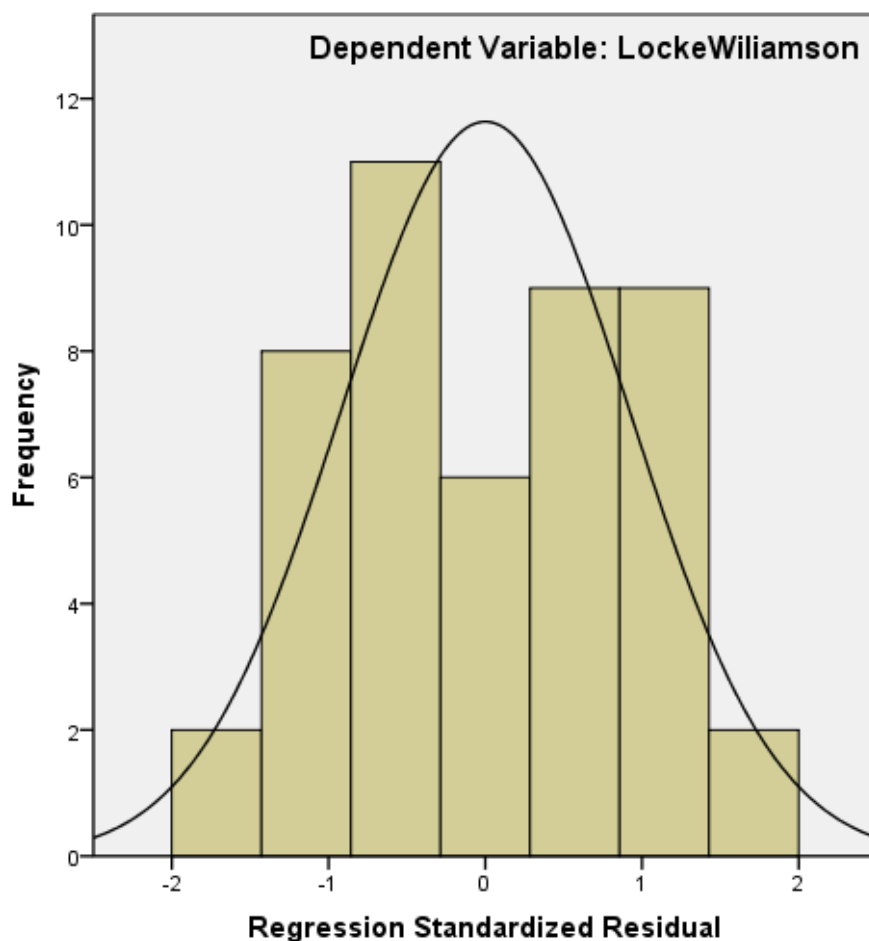
Do modelu byly nejprve vloženy jako prediktory všechny následující proměnné (jednotlivé škály z dotazníků): PF, GH, RP, RE, SF, BP, MH, VT, RCI\_cas, RCI\_pocet\_aktivit a RCI\_sila.

Dále pak proměnné, které zkoumaly názory a postoje partnerů ohledně jejich váhy: názor na váhu partnera, názor partnera na váhu respondentky, přání partnera, aby respondentka zhubla, váha při seznámení. Rovněž byly vloženy proměnné, jako rozdíly hmotností, tempo přibírání a podobně, jednalo se konkrétně o tyto proměnné: „vaha\_rozdil vek BMI\_respondentka BMI\_rozdil trvani\_vztahu tempo\_pribirani”.

Jako nezávislá proměnná byl použit výsledek v dotazníku LW, zachycující životní spokojenost.

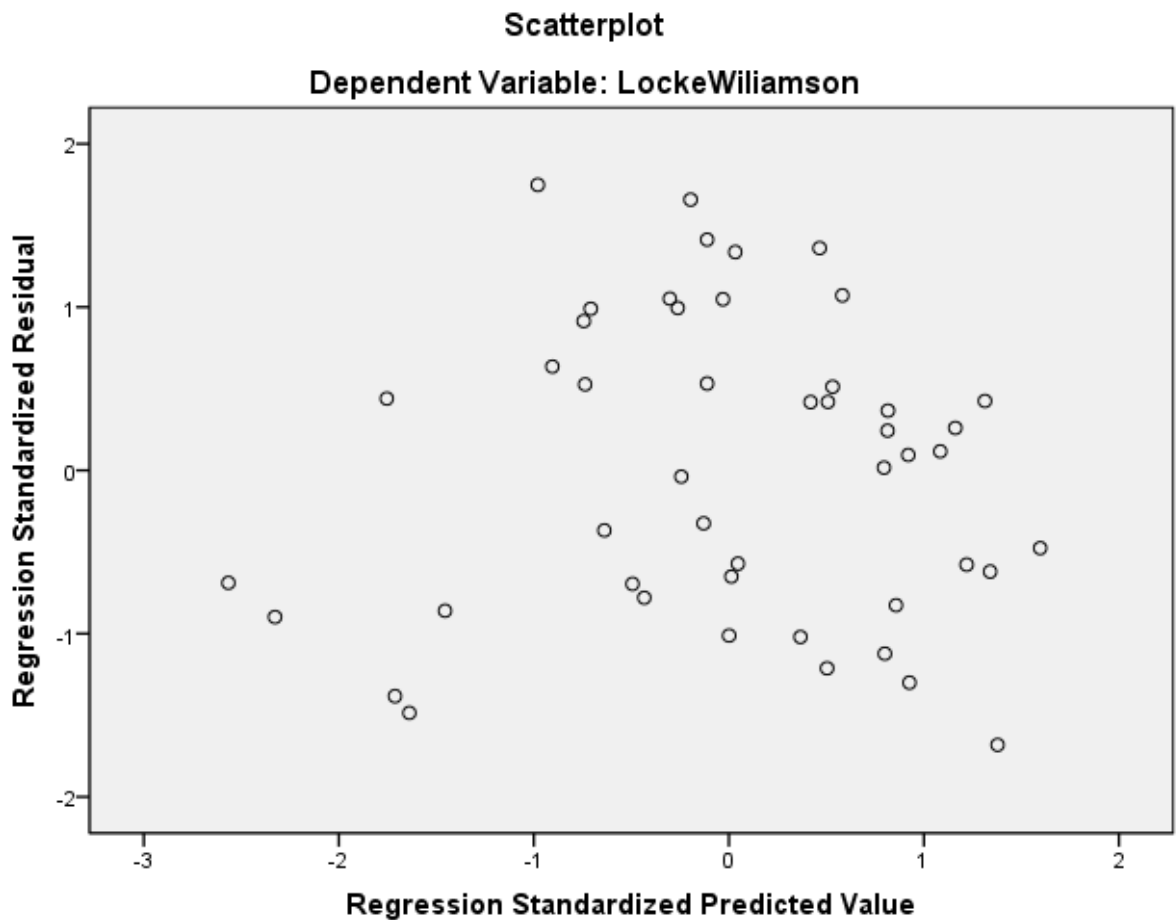
Z důvodu explorativní povahy analýzy byla zvolena metoda "backward", při které statistický software v každém kroku vyřazuje z modelu proměnné s nejnižším informačním přínosem.

**Obrázek 2: Ověření normality rozdělení**





Obrázek 3: *Ověření požadavku homoskedasticity*



Rozložení reziduálů má přibližně normální rozdělení a reziduály vyhovují požadavku homoskedasticity, jak je vidět z příložených grafů.

Z výše uvedeného plyne, že navržený model můžeme akceptovat jako vyhovující pro explorativní účely. To znamená, že na jeho základě nelze vynášet žádné definitivní závěry, pouze určovat směr budoucího zkoumání.

**Tabulka 32: Ověření vlivů na LW (skór Locke – Wallace)**

LW –Koefficienty							
Model	Nestandardizované koefficienty		Standardizované koefficienty	t	p	Statistiky kolinearity	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	23,080	11,249		2,052	,047		
RE	3,035	1,496	,259	2,029	,049	,476	2,102
SF	-1,846	,901	-,254	-2,048	,047	,503	1,988
MH	1,580	,385	,615	4,105	,000	,344	2,903
RCI_pocet_aktivit	1,156	,358	,358	3,231	,003	,629	1,591
RCI_sila	,203	,054	,412	3,765	,001	,645	1,551
nazor_partnera na_vahu_respondentky	9,940	3,307	,338	3,005	,005	,613	1,632
tempo_pribirani	-2,195	,930	-,242	-2,360	,023	,733	1,364

Výsledkem této procedury je následující model, vysvětlující téměř 70% variance v závislé proměnné, což je možno považovat za velmi vysokou hodnotu ( $R^2 = 0,698$ , korigované  $R^2 = 0,644$ )

Z hlediska multikolinarit je model v pořádku, hodnoty VIF (Variance Inflation Factor) jsou všechny nižší než 3.

Z regresního modelu plyne, že nejsilnějšími prediktory LW ve zkoumaném vzorku respondentek je MH (Mental Health, tj. škála, která se ptá na pocity jako štěstí, pohoda, nervozita či deprese), následovaná silou vztahu RCI sila(tj. míra vzájemného ovlivňování partnerů). Dále následuje RCI\_pocet aktivit(počet společně prováděných aktivit za týden) a názor partnera na váhu respondentky.

Ostatní proměnné v modelu mají vliv slabší a zejména u RE a SF téměř nesignifikantní, takže je nelze s příliš velkou jistotou považovat za různé od nuly. Z koeficientu u poslední proměnné v modelu se zdá, že rychlost, s jakou respondentky v průběhu vztahu přibíraly na váze má negativní vliv na výsledek LW.

Nejvýznamnější prediktory v tomto modelu byly dále znovu analyzovány metodou vícenásobné regrese, tentokrát v postavení nezávislých proměnných.

Cílem bylo určit, které proměnné nejvíc ovlivňují tyto prediktory. Stejně jako výše byla nejprve použita metoda forward se všemi proměnnými, kromě proměnných v prvním modelu.

**Tabulka 33:Ověření vlivů na MH (Mental Health)**

MH - Koeficienty							
Model	Nestandardizované koeficienty		Standardizované koeficienty	t	Sig.	Statistiky kolinearity	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	-1,982	3,163		-,627	,534		
PF	-,270	,109	-,209	-2,483	,017	,608	1,645
BP	,556	,197	,247	2,828	,007	,563	1,777
VT	,952	,103	,731	9,251	,000	,687	1,455
RCI_cas	,000	,000	,265	3,500	,001	,751	1,331
nazor_na_vahu partnera_BIN	2,729	,744	,265	3,670	,001	,822	1,217
vaha_rozdil	,076	,025	,211	2,990	,005	,861	1,161

Výsledkem této procedury je následující model, vysvětlující více než 80% variance v závislé proměnné, co možno považovat za velmi vysokou hodnotu ( $R^2 = 0,824$ , korigované  $R^2 = 0,798$ )

Nejsilnější vliv na MH(Mental Health, pocity klidu, pohody, štěstí deprese, smutku) má VT (Vitality, pocity energie, nebo naopak vyčerpanosti). Vliv ostatních proměnných je sice signifikantní ale řádově slabší.

Z hlediska multikolnearity a homoskedasticity je model v pořádku.

**Tabulka 34: Ověření vlivů na RCI – počet aktivit**

RCI_pocet aktivit - Koeficienty								
Model	Nestandardizované koeficienty		Standardizované koeficienty	t	Sig.	Statistiky kolinearity		
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF	
1 (Constant)	8,240	2,859		2,882	,006			
GH	-,541	,141	-,378	-3,837	,000	,798	1,253	
VT	,317	,102	,315	3,096	,004	,747	1,339	
RCI_cas	,000	,000	,493	5,367	,000	,917	1,090	
chce_abyste zhubnula	2,285	,826	,250	2,766	,009	,949	1,054	
BMI_rozdil	,114	,039	,266	2,938	,006	,946	1,057	

Výsledkem této procedury je následující model, vysvětlující téměř 70% variance v závislé proměnné, co možno považovat za velmi vysokou hodnotu ( $R^2 = 0,699$ , korigované  $R^2 = 0,660$ )

Nejsilnější vliv na počet aktivit má RCI\_cas, GH a VT, pak přání partnera, aby partnerka zhubla a rozdíl BMI partnerů (Čím je partner hmotnější ve srovnání s partnerkou, tím větší počet aktivit).

Z hlediska multikolinearity a homoskedasticity je model v pořádku.

**Tabulka 35: Ověření vlivů na RCI - síla**

RCI_sila - Koeficienty							
Model	Nestandardizované koeficienty		Standardizované koeficienty	t	Sig.	Statistiky kolinearity	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	297,201	29,914		9,935	,000		
BMI_rozdil	1,455	,350	,515	4,156	,000	,646	1,548
BP	-6,065	1,181	-,520	-5,137	,000	,969	1,032
nazor_na_vahu partnera_BIN	-28,967	6,818	-,543	-4,249	,000	,608	1,645
vek	-1,789	,390	-,732	-4,590	,000	,390	2,565
trvani_vztahu	1,637	,388	,653	4,220	,000	,415	2,412

Výsledkem této procedury je následující model, vysvětlující téměř 60% variance v závislé proměnné, což možno považovat za vysokou hodnotu ( $R^2 = 0,584$ , korigované  $R^2 = 0,534$ )

Zajímavý je záporný vliv věku a téměř stejně silný kladný vliv trvání vztahu na RCI\_sila. ostatní proměnné mají menší, i když pořád relativně silný vliv na závislou proměnnou.

Z hlediska multikolinarit a homoskedasticity je model v pořádku.

**Tabulka 36: Ověření vlivů na názor partnera na váhu respondentky**

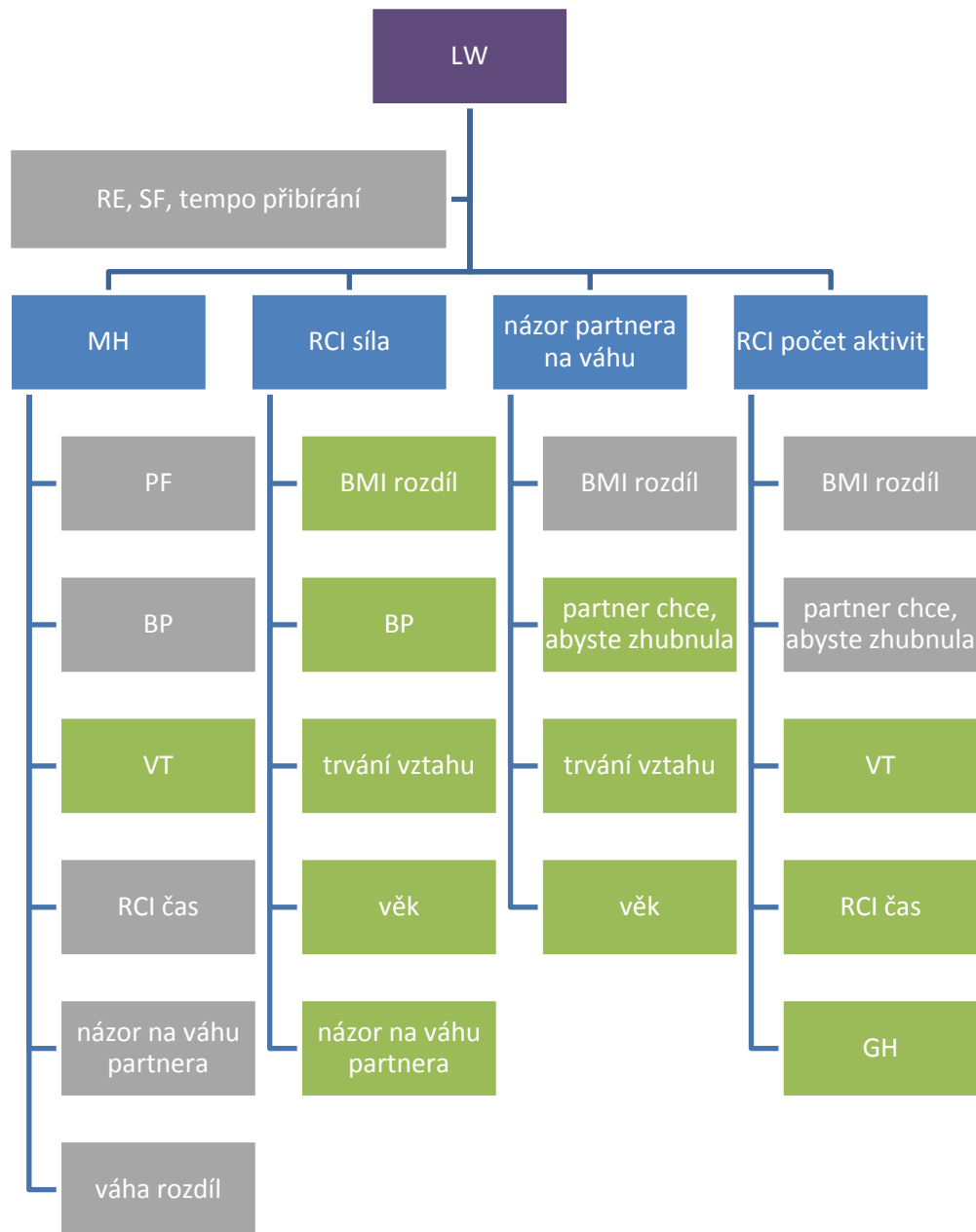
nazor partnera na váhu respondentky -Koefficienty							
Model	Nestandardizované koefficienty		Standardizované koefficienty	t	Sig.	Statistiky kolinearity	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	-,605	,393		-1,542	,131		
chce_abyste_zhubnula	,783	,117	,765	6,703	,000	,858	1,165
vek	,028	,007	,676	3,922	,000	,376	2,662
BMI_rozdil	-,010	,005	-,203	-1,879	,068	,961	1,041
trvani_vztahu	-,021	,007	-,506	-3,073	,004	,412	2,426

Výsledkem této procedury je následující model, vysvětlující téměř 60% variance v závislé proměnné, co možno považovat za vysokou hodnotu ( $R^2 = 0,564$ , korigované  $R^2 = 0,520$ )

Z tabulky je zřejmý opět zajímavý vliv věku a trvání vztahu v opačném směru. Nejvyšší vliv má nepřekvapivě proměnná o přání partnera, aby respondentka zhubla.

Z hlediska multikolinaritity a homoskedasticity je model v pořádku.

**Obrázek 4: Shrnutí výsledků vícenásobné regresní analýzy**



Na tomto obrázku jsou výsledky vícenásobné regresní analýzy graficky sumarizovány - v prvním kroku je odhadována hodnota LW a v následující úrovni jsou odhadovány 4 nejsilnější prediktory LW.

Prediktory s beta váhou menší než 0,3 jsou označeny šedě.

Výsledky analýz se formálně podobají mediační nebo path analýze, podobnost je ale pouze zdánlivá. Počet respondentů a porušení předpokladu normality znemožňují aplikaci

těchto technik a proto, jak již bylo zmíněno výše, jsou tyto výsledky pouze explorační a mohou sloužit pro tvorbu budoucích hypotéz.

### 3.5.3 Shrnutí výsledků

Dvě skupiny respondentek žijící v dlouhodobém partnerském vztahu, které se lišily stupněm obezity, vyplňovaly kombinovaný dotazník, obsahující mimo jiné Test manželské spokojenosti Locke – Wallace, Dotazník těsnosti vztahu RCI (Relationship Closeness inventory) a dotazník životní spokojenosti v souvislosti se zdravím SF – 36.

Cílem bylo porovnat obě skupiny z hlediska manželské spokojenosti, míry těsnosti dlouhodobého partnerského vztahu a z hlediska jejich pocitů spojených s obezitou. Rovněž jsme se pokusili vysledovat další vztahy mezi měřenými veličinami.

Předpokládali jsme, že obéznější skupina bude mít nižší skóre v testu manželské spokojenosti i v dotazníku těsnosti vztahu, než skupina méně obézní. Tento předpoklad se však nepotvrdil - skóre dosažené v testu LW se mezi výzkumnými skupinami signifikantně neliší, obě skupiny respondentek vnímají své partnerství jako přibližně stejně spokojené. Dle našich výsledků skóre LW nezávisí na BMI. Skupiny se rovněž neliší ani v jedné škále RCI, který měří těsnost vztahu. Respondentky z obou skupin tráví se svým partnerem srovnatelné množství času, provozují společně přibližně stejné množství aktivit a mají srovnatelnou sílu vztahu (tj. vliv na partnerovy činnosti, náladu, názory, cíle apod.). Skupiny se rovněž nelišily v názorech na váhu partnera. V odhadu názorů partnera na svoji váhu se skupiny sice mírně lišily, ne však signifikantně. U respondentek s vyšším stupněm obezity se mírně častěji objevuje přesvědčení, že jejich váha není pro partnera důležitá, nebo že se mu líbí. Méně obézním respondentkám partner signifikantně častěji otevřeně vyjádří své přání, aby zhubla.

Předpokládali jsme rovněž, že obéznější skupina bude mít horší výsledek ve všech škálách dotazníku SF – 36, který měří pocity a omezení spojené se zdravím, tj. i s obezitou. Horší výsledky však obéznější skupina měla jen ve 2 škálách z osmi – PF (Physical Functioning), která sledovala omezení v běžných denních činnostech kvůli zdraví, a GH (General Health), která se dotazovala na celkový pocit zdraví. Obéznější skupina se v těchto dvou oblastech cítila hůře.

Z původních předpokladů se tedy potvrdily pouze dvě hypotézy, možné interpretace těchto výsledků uvádíme v diskusi. Vzhledem k tomu, že se nepotvrdily zásadnější rozdíly mezi skupinami, zaměřili jsme se na detailnější analýzu vztahů mezi měřenými veličinami a zjišťovali jsme, které z nich nejvíce ovlivňují manželskou spokojenost (LW).



Nejprve jsme se zaměřili na oblast sexu. Na základě výsledků jednoduchých korelací se zdá, že čím jsou respondentky starší a čím je vztah delší, tím více tráví času se svým partnerem. Zároveň čím delší čas tráví společně, tím lépe hodnotí fyzické pocity při sexu s partnerem a tím více mají sex spojen s výrazem vzájemných citů.

Dále jsme pomocí regresní analýzy zkoumali, které veličiny tuto spokojenost ovlivňují. Z výsledků regresní analýzy plyne, že nejsilnější vliv na manželskou spokojenost (LW) ve zkoumaném vzorku respondentek je MH (Mental Health, tj. škála, která se ptá na pocity jako štěstí, pohoda, nervozita či deprese), následovaná silou vztahu RCI\_sila (tj. míra vzájemného ovlivňování partnerů). Dále má vliv RCI\_pocet aktivit (počet společně prováděných aktivit za týden) a názor partnera na váhu respondentky. Ostatní proměnné v modelu mají vliv slabší a zejména u RE a SF téměř nesignifikantní. Z koeficientu u poslední proměnné v modelu se zdá, že rychlost, s jakou respondentky v průběhu vztahu přibíraly na váze, má negativní vliv na výsledek LW.

Pokud se tedy respondentka celkově cítí v dobré náladě a pohodě, ovlivňuje to zároveň její spokojenost v manželství. Tuto spokojenost zároveň umocňuje, pokud se partneři vzájemně ovlivňují v mnoha oblastech běžného života a společný čas tráví různorodými aktivitami.

V další fázi jsme se zaměřili na nalezení vlivů, které jsou skryty za výše zmíněnými čtyřmi proměnnými, které nejvíce ovlivňují skóre manželské spokojenosti (dá se tedy říci, že manželskou spokojenost ovlivňují zprostředkovaně).

Nejsilnější vliv na MH, tedy na pocity klidu, pohody, štěstí deprese či smutku má VT (vitalita, neboli pocity energie či vyčerpanosti). Vliv ostatních proměnných je sice signifikantní ale řádově slabší. Pokud se tedy respondentka cítí unaveně a vyčerpaně, pravděpodobně bude zažívat méně pocitů pohody a štěstí, což se na základě našich výsledků projeví následně v pocitu spokojenosti v manželství.

Na počet aktivit, které partneři vykonávají společně ve volném čase, má největší vliv množství společně stráveného času, dobrý pocit z vlastního zdraví (GH) a pocit dostatečné energie (VT), pak přání partnera, aby partnerka zhubla a rozdíl BMI partnerů. Čím je partner hmotnější ve srovnání s partnerkou, tím větší počet aktivit.

Sílu vztahu nejvíce ovlivňuje věk a doba trvání vztahu. Věk ovlivňuje sílu vztahu překvapivě záporně (čím nižší věk, tím více se partneři vzájemně ovlivňují v různých oblastech života). Zároveň však s délkou vztahu jeho síla roste.

Názor partnera na váhu respondentky nejvíce ovlivňuje jeho přání, aby zhubla. Opět se zde projevil vliv věku a trvání vztahu v opačném směru, jako u síly vztahu. Čím je partnerka mladší, tím více si partner přeje, aby zhubla. S délkou vztahu je však toto přání méně silné.

Při hodnocení výsledků je však třeba mít na paměti, že použitý regresní model vzhledem k charakteristikám výzkumného souboru lze akceptovat jako vyhovující pro explorativní účely. To znamená, že námi naznačené výsledky nejsou definitivní, spíše mohou určovat směr budoucího zkoumání.

### 3.6 Diskuze

V našem výzkumu jsme sesnažili eliminovat či alespoň podchytit všechny intervenující proměnné. Je však jisté, že přes veškerou snahu se jejich působení nepodařilo zcela kontrolovat.

Již samotný výběr vzorku je z tohoto pohledu významným faktorem. Výsledky výzkumu ovlivňují jak demografické charakteristiky, jako věk, vzdělání či bydliště, tak fakt, že do vzorku byly vybírány pacientky pouze z jednoho pracoviště. Je možné, že pokud bychom vybírali vzorek na jiném pracovišti, či kombinovali pacientky z různých zařízení, dostali bychom odlišné výsledky. Na druhou stranu fakt, že respondentky byly vybírány na jednom pracovišti, mohl přispět k homogenitě vzorku (určité pracoviště si vybírá určitý typ lidí, na základě určitých informací a podobně). Z tohoto pohledu je možné tento vliv vidět jako kladný. Vzorek byl téměř homogenní i v několika základních demografických kategoriích, jako je věk, vzdělání a bydliště. Z hlediska toho, že jsme usilovali pokud možno pouze o rozdíl v BMI mezi skupinami, je tento vliv pozitivní. Na druhou stranu je možné, že vzorek jiného věkového složení či s odlišným vzděláním nebo bydlištěm na vesnici by poskytl jiné výstupy. Výstupy byly jistě ovlivněny i velikostí vzorku. Ta byla dána jak kapacitními, tak časovými možnostmi pracoviště, kde výzkum probíhal. Z hlediska statistického zpracování byla velikost vzorku dostatečná, nicméně pro širší zobecnění výsledků by bylo třeba mít řádově rozsáhlejší vzorek. Výsledky by mohlo ovlivnit to, kolik kg má respondentka aktuálně zhubnuto. Proto do vzorku byly zařazeny pouze ty respondentky, které neměly zhubnuto aktuálně více, než 3% výchozí hmotnosti.

Co se týká designu studie a především dotazníkové metody, má svá pozitiva i negativa. K nesporným pozitivům dotazníků patří, že poskytují standardizované výstupy, relativně snadno a rychle se vyhodnocují a obecně je možno snadněji dodržet standardizované (srovnatelné) podmínky pro všechny respondenty. Standardizovanost však může být i na závadu, neboť dotazníky neumožňují hlouběji proniknout do dané problematiky, doptávat se respondentů a podobně. Jistě by bylo zajímavé doplnění o některou z klinických metod.

Data a výsledky mohou být ovlivněny i výběrem konkrétních dotazníků – je možné, že pokud bychom zvolili jinou kombinaci dotazníků, dostali bychom jiné výsledky. Naše volba však byla ovlivněna jednak studií, ze které jsme vycházeli, a hledali jsme proto co nejpodobnější metodu, jednak dostupností dané metody v ČR. Zároveň pokud byla možnost volby, preferovali jsme metodu, u které byl k dispozici český/slovenský překlad, případně tu, se kterou byly v ČR či na Slovensku již zkušenosti.

Vyplnění dotazníků použitých v této práci bylo poměrně časově náročné a pomalejším respondentkám zabralo i 20 – 25 minut. Je zřejmé, že zde mohly být výsledky ovlivněny únavou. Použili jsme standardizované dotazníky, aby bylo možno výsledky případně porovnat s podobnými výsledky v literatuře. Otázky v těchto dotaznících však byly pro některé respondentky hůře srozumitelné, či se jim zdálo, že některé otázky se opakují. To pak snižovalo motivaci dotazník vyplnit pečlivě. Na druhou stranu respondentky vyplňovaly dotazníky ochotně, neboť na vyplňování různých dotazníků byly na OB klinice zvyklé.

Forma dotazníků byla k dispozici jak elektronická, tak papírová. Původně jsme měli v úmyslu zadávat dotazníky převážně elektronicky. To se však neosvědčilo – věk respondentek byl relativně vyšší, často se hůře přizpůsobovaly neznámému a také často měly respekt z práce s počítačem. Pokud už byly respondentky ochotné dotazník vyplnit elektronicky, chtěly tak učinit doma a návratnost těchto dotazníků byla prakticky nulová. Preferovali jsme proto nakonec tištěnou formu, i když při jejím vyplňování byla u respondentek větší pravděpodobnost, že některou otázku omylem vynechají a u výzkumníka větší pravděpodobnost, že omylem zadá data chybně při přepisování do počítače.

Velkou roli u dotazníkové metody hrají zadavatelé dotazníků. V tomto případě byla situace zjednodušena tím, že autorka práce na klinice pracovala jako psychologka, a měla tedy s respondentkami navázán spolupracující vztah. Proto ani nebyl problém s tím, že by respondentky nebraly výzkum vážně či nechtěly vyplňovat některé demografické či osobní údaje. Přesto byly poučeny o povinné mlčenlivosti všech, kdo s jejich daty přijdou do styku.

Pokud respondentky byly na klinice proto, že žádaly o bariatrickou operaci, byly výzkumu podrobeny až po jejím schválení psycholožkou. Snažili jsme se tak předejít zkreslení výsledků ve snaze ovlivnit doporučení k operaci.

I přes výše uvedené skutečnosti je však možné, že některé respondentky vyplnily dotazník nedbale, náhodně, či se snahou se vůči autoritě psycholožky udělat „lepší“. Na odpovědi respondentek mohly mít vliv i jiné faktory, jako osobnostní charakteristiky, momentální nálada, motivace či individuální historie hubnutí.

Ve výzkumu jsme předpokládali menší manželskou spokojenost a menší blízkost vztahu u obéznější výzkumné skupiny. Vycházeli jsme sice ze studie Portera a Wamplera (2000), která tento předpoklad nepotvrdila s odkazem na Harkawayovu teorii (blíže viz teoretická část), nicméně závěry podobných studií v literatuře nejsou jednotné. Navíc Porter a Wampler sledovali změnu v manželské spokojenosti po výrazném zhubnutí, měli proto jednu a tutéž výzkumnou skupinu. Naším záměrem bylo ověřit, jak závislost BMI a manželské spokojenosti funguje, pokud ve vzorku jsou dvě skupiny. Proto jsme předpoklad o manželské spokojenosti formulovali tak, jak bylo uvedeno. Výsledky však náš předpoklad nepotvrdily. Zdá se, že i v tomto případě by bylo možno jako vysvětlení aplikovat Harkawayovu teorii o idiosynkratické roli obezity v rodinném systému (Harkaway, 1983). Zjednodušeně lze říci, že obezita je jev natolik provázaný s rodinným systémem a jeho dynamikou, že nelze vysledovat jednoduchou závislost mezi BMI a manželskou spokojeností.

Vztah BMI a těsnosti vztahu se v literatuře nepodařilo dohledat. Proto jsme ověřovali vlastní předpoklad. Vycházeli jsme přitom z následující úvahy: významnou složkou dotazníku těsnosti vztahu je počet společně prováděných aktivit. Obéznější člověk se obvykle cítí unavenější a mívá více zdravotních problémů, viz například Staňková (2010). Proto bude mít menší chuť ke společným aktivitám a skóre v dotazníku těsnosti vztahu se sníží. Rovněž tento předpoklad se nepotvrdil. Nevidíme důvod, proč i zde by nebylo možno jako vysvětlení aplikovat Harkawayovu teorii.

Třetí předpoklad o tom, že obéznější skupina bude mít horší skóre ve všech škálách dotazníku SF – 36, jsme měli podloženi literaturou. Přesto se potvrdil jen částečně, obéznější skupina měla horší skóre, než méně obézní pouze ve dvou škálách (PF a GH), obéznější respondentky se cítily méně zdravé a cítily se více omezeny v běžných denních činnostech kvůli zdraví. V ostatních škálách se výsledek nepotvrdil, pravděpodobně zde sehrála roli malá velikost vzorku.

Co se týká detailnější analýzy proměnných a jejich vzájemných vztahů, je třeba vzít v úvahu i vliv použitých statistických metod. Vzhledem k malé velikosti vzorku a sešikmenému rozdělení bylo třeba zvolit neparametrický Mann - Whitneyho U -test. Rovněž všechny ostatní analýzy by byly přesnější, pokud bychom měli vzorek větší.

Zároveň se v průběhu výzkumu ukázalo, že k popsání vztahu mezi proměnnými nebude stačit jednoduchá korelační analýza. Postupně byly doplněny parciální korelace a regresní analýza. Po aplikaci parciálních korelací se některé původní výsledky ukázaly jako zavádějící, nicméně v práci byly ponechány všechny průběžné výsledky (včetně těch, které se následně nepotvrdily či byly vyvráceny).

Na základě výsledků jednoduchých korelací se zdá, že čím jsou respondentky starší a čím je vztah delší, tím více tráví času se svým partnerem. Současně čím delší čas tráví společně, tím lépe hodnotí fyzické pocity při sexu s partnerem a tím více mají sex spojen s výrazem vzájemných citů. Je však otázkou, které další vlivy se zde uplatňují (například tato partnerství mohla přetrvat tak dlouho právě proto, že zde panuje velká shoda v sexu). V této práci jsme se však podrobnější analýzou nezabývali.

Podrobněji jsme se věnovali nalezení veličin, které ovlivňují manželskou spokojenost. Z našich výsledků se zdá, že hlavním předpokladem manželské spokojenosti je to, aby byl člověk spokojený nejprve sám za sebe. Skrze vlastní spokojenost pak vnímá i partnerství jako spokojenější. Tento výsledek je v souladu s běžnou životní zkušeností a jistě by se dal aplikovat například v manželském poradenství. Spokojenost zde byla vyjádřena škálou MH (Mental Health). Je pozoruhodné, že tato škála je nejvíce sycena škálou VT (Vitality), tedy často i tím, zda se člověk cítí unavený, či vyspalý a odpočatý. Když tento fakt domyslíme do důsledků, ke zlepšení mnoha nespokojených manželství by přispělo (možná i stačilo), kdyby mělipartneri možnost pořádně se vyspat a odpočinout si. Vlastně se dá s nadsázkou říci, že jsme zde statisticky potvrdili význam duševní hygieny.

To, že jako další veličiny, ovlivňující manželskou spokojenost, byly identifikovány míra vzájemného ovlivňování mezi partnery a množství společných aktivit, jen potvrzuje Kelleyho teorii, ze které vychází dotazník RCI, použitý v této práci. I zde je vidět přesah do běžného, praktického života: pokud si vzájemně lidé na sebe neudělají čas, ať už z důvodu pracovní zaneprázdňenosti či trávení množství času u počítače, sníží se tím počet jejich společných aktivit a jejich vztah se tak pravděpodobně postupně stane méně těsným. Z toho pak plyne vyšší riziko rozpadu takového vztahu.

Zaujal nás opakovaný výsledek, kdy jsme zjistili záporný vliv věku a opačný vliv délky vztahu na testovanou proměnnou, konkrétně na sílu vztahu a na názor partnera na váhu respondentky. Zdá se, že čím nižší věk, tím se partneři více vzájemně ovlivňují, a s rostoucím věkem jako by se pouto uvolňovalo. To by se dalo vysvětlit například tím, že jak osobnost v průběhu života zraje, stává se nezávislejší, má vyhraněnější názory a potřebuje více svobody, na druhou stranu má menší problém totéž dopřát protějšku. Takové vztahy jsou na jednu stranu svobodnější (v tom smyslu, že partneři nemají potřebu se navzájem vlastnit), na druhou stranu jsou paradoxně pevnější a těsnější, což by potvrzoval i zjištěný kladný vliv délky vztahu na testovanou proměnnou.

Zjištění, že čím mladší partnerka, tím více si partner přeje, aby zhubla, se dá interpretovat například takto: Mladší partnerka má obvykle i mladšího partnera, pro kterého je jistě vzhled partnerky důležitý (což potvrzují i závěry výzkumů v kapitole Obezita a partnerství). V průběhu života pak důležitost vzhledu klesá a lidé mají jiné priority.

Ačkoli se námi formulované hypotézy z větší části nepotvrdily, výsledky následné statistické analýzy jsou jistě zajímavé a někdy i překvapivé. Při hodnocení výsledků je však třeba mít na paměti, že použitý regresní model vzhledem k charakteristikám výzkumného souboru lze akceptovat jako vyhovující pro explorativní účely. To znamená, že námi naznačené výsledky nejsou definitivní, spíše mohou určovat směr budoucího zkoumání.

## 4 Závěr

Udržování uspokojivých mezilidských vztahů je jednou ze základních lidských potřeb. Člověk touží být milován, přijímán a oceňován druhými lidmi, potřebuje mít přátele, vlastní rodinu. To platí pro všechny bez rozdílu, ale pro obézní, kteří se často setkávají kvůli obezitě s předsudky a odmítáním, to platí dvojnásob.

Tato práce se věnovala tématu těsných vztahů ve spojitosti s obezitou. Cílem bylo především zjistit, zda a nakolik souvisí BMI (tedy stupeň obezity) s manželskou spokojeností, těsností vztahu a životní spokojeností obecně.

V teoretické části jsme věnovali pozornost potřebě afiliace a intimity, podali jsme charakteristiku těsných vztahů jako jednoho z možných druhů interpersonálních vztahů a vymezili problematiku obezity a jejího vlivu na prožívání sebe sama, intimity a těsných

vztahů. Následně jsme provedli výzkum na dvou skupinách respondentek s různým stupněm obezity.

Ačkoli se z našich původních hypotéz potvrdila jen menší část, naše výsledky ukazují zajímavé souvislosti mezi manželskou spokojeností a tím, na čem vlastně závisí. Ukázalo se, že často jsou to velmi jednoduché veličiny, jako pocit energie (o který se často okrádáme vlastní vinou nedostatkem odpočinku a spánku) či vlastní, osobní spokojenost, která se promítá i do partnerského vztahu.

Naznačené výsledky nejsou definitivní, spíše mohou určovat směr budoucímu zkoumání. Zdá se, že některé z výsledků by bylo možno využít například v manželském poradenství.

## 5 Použitá literatura

Adami, G., Meneghelli, A., & Scopinaro, N. (1999). Night eating and binge eating disorder in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 25(issue 3), pp. 335-338.

Adámková, V. (2009). *Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. (Vyd. 1., 122 s.) Brno: Facta Medica.

Adams, J., & Spain, J. (1999). The dynamics of interpersonal commitment and the issue of salience. In Adams, J., & Jones, W. *Handbook of interpersonal commitment and relationship stability*. New York: Kluwer Academic/Plenum.

Aldhoon Hainerová, I. (2010). Genetika obezity. *Vnitřní lékařství*(56), 1035 - 1042.

Allison, K., Grilo, C., Masheb, R., & Stunkard, A. (2005). Binge Eating Disorder and Night Eating Syndrome: A Comparative Study of Disordered Eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 73(issue 6), pp. 1107-1115.

Anderson, C., & Keltner, D. (2004). The emotional convergence hypothesis: Implications of individuals, relationships, and cultures. In Tiedens, L., & Leach, C. *The social life of emotions*. (144 - 163). New York: Cambridge University Press.

Annesi, J., Gorjala, S., & Chu, T. (2010). Body Satisfaction and Overall Mood: Effects of Race in Exercisers with Obesity. *Social Behavior and Personality: an international journal*, vol. 38(issue 8), pp. 1105-1109.

Aron, A., & Aron, E. (c1997). Self - expansion motivation and including other in the self. In Duck, S. *Handbook of personal relationships: theory, research, and interventions*. (2nd ed. /, 251 - 270). New York: Wiley.

Aron, A., Aron, E., & Norman, C. (2003). Self - expansion model of motivation and cognition in close relationships. In Fletcher, G., & Clark, M. *Interpersonal processes*. (478 - 501). Malden, MA: Blackwell Publishers.

Aron, A., Aron, E., & Smollan, D. (1992). Inclusion of Other in the Self Scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 63(issue 4), pp. 596-612.

Aron, A., Mashek, D., & Aron, E. (2004). Closeness as including other in the self. In [edited by] Debra J. Mashek, [ ]. *Handbook of Closeness and Intimacy*. Hoboken: Lawrence Erlbaum Associates.

Arriaga, X. (2001). The ups and downs of dating: Fluctuations in satisfaction in newly formed romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 80(issue 5), pp. 754-765.

Aruguete, M., Edman, J., & Yates, A. (2009). Romantic interest in obese college students. *Eating Behaviors*, vol. 10(issue 3), pp. 143-145.



- Assimakopoulos, K., Karaivazoglou, K., Panayiotopoulos, S., Hyphantis, T., Iconomou, G., & Kalfarentzos, F. (2011). Bariatric Surgery is Associated with Reduced Depressive Symptoms and Better Sexual Function in Obese Female Patients: A One-Year Follow-Up Study. *Obesity Surgery*, vol. 21(issue 3), pp. 362-366.
- Averett, S., & Korenman, S. (1999). Black-white differences in social and economic consequences of obesity. *International Journal of Obesity*, vol. 23(issue 2), pp. 166-173.
- Axelrod, R. (1984). *The evolution of cooperation*. (x, 241 s.) New York: Basic Books.
- Balasanova, A. (2010). Making Sense of the Research Regarding Binge Eating and Bariatric Surgery Outcomes: Cover story. *Bariatric Times*, 11(1), 1 - 11.
- Balcar, K. (1983). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. (1. vyd., 231 s.) Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Barbarin, O., & Tirado, M. (1984). Family involvement and successful treatment of obesity: A review. *Family Systems Medicine*, vol. 2(issue 1), pp. 37-45.
- Barker, D., Hales, C., & Fall, C. (1993). Type 2 (non- insulin dependent) diabetes mellitus, hypertension and hyperlipidemia (syndrome X): relation to reduced fetal growth. *Diabetologia*(36), 62 - 67.
- Bendlová, B., & Hainer, V. (2011). Studium genetických příčin obezity: současnost a perspektivy. In Hainer, V. *Základy klinické obezitologie*. (2., přeprac. a dopl. vyd., 91 - 113). Praha: Grada.
- Berscheid, E., & Amazzalorso, H. (2003). Emotional experience in close relationships. In *Blackwell handbook of social psychology: interpersonal processes*. (1st pub.) Malden: Blackwell Publishing.
- Berscheid, E., & Regan, P. (2005). *The psychology of interpersonal relationships*. (xiv, 562 p.) Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Berscheid, E., Snyder, M., & Omoto, A. (1989). The Relationship Closeness Inventory: Assessing the closeness of interpersonal relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 57(issue 5), pp. 792-807.
- Black, D., & Lau, W. (1988). Weight changes in a couples program: Negative association of marital adjustment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, vol. 19(issue 2), pp. 103-111.
- Black, D., Gleser, L., & Kooyers, K. (1990). A meta-analytic evaluation of couples weight-loss programs. *Health Psychology*, vol. 9(issue 3), pp. 330-347.
- Blass, E., Ciaramitaro, V., & Barr, R. (1994). A New Look at Some Old Mechanisms in Human Newborns: Taste and Tactile Determinants of State, Affect, and Action. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, vol. 59(issue 1).

- Blissett, J., Haycraft, E., & Farrow, C. (2010). Inducing preschool children's emotional eating: relations with parental feeding practices. *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 92(issue 2), pp. 359-365.
- Bond, D., Vithianathan, S., Leahey, T., Thomas, J., Sax, H., Pohl, D., Ryder, B., Roye, G., Giovanni, J., & Wing, R. (2009). Prevalence and degree of sexual dysfunction in a sample of women seeking bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, vol. 5(issue 6), pp. 698-704.
- Bond, D., Wing, R., Vithianathan, S., Sax, H., Roye, G., Ryder, B., Pohl, D., & Giovanni, J. (2011). Significant resolution of female sexual dysfunction after bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, vol. 7(issue 1), pp. 1-7.
- Buser, A., Lam, C., & Poplawski, S. (2009). A long-term cross-sectional study on gastric bypass surgery: impact of self-reported past sexual abuse. *Obes Surg.*, 19(4), pp. 422-6.
- Camacho, T., Roberts, L., & Lazarus, N. (1991). Physical activity and depression: evidence from the Alameda County Study. *American journal of epidemiology*(2), 220 - 231.
- Camps, M., Zervos, E., Goode, S., & Rosemurgy, A. (1996). Impact of Bariatric Surgery on Body Image Perception and Sexuality in Morbidly Obese Patients and their Partners. *Obesity Surgery*, vol. 6(issue 4), pp. 356-360.
- Canetti, L., Berry, E., Elizur, Y., & Publisher, B. (2009). Psychosocial predictors of weight loss and psychological adjustment following bariatric surgery and a weight-loss program: The mediating role of emotional eating. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 42(issue 2), pp. 29-38.
- Caredda, M., Roscioli, C., Mistretta, M., & Pacitti, F. (2009). Stress vulnerability and night eating syndrome in the general population. *Riv Psichiatr*, 44, 45 - 54.
- Carmalt, J., Cawley, J., Joyner, K., & Sobal, J. (2008). Body Weight and Matching With a Physically Attractive Romantic Partner. *Journal of Marriage and Family*, vol. 70(issue 5), pp. 1287-1296.
- Cawley, J., Joyner, K., & Sobal, J. (2006). Size matters: The influence of adolescent's weight and height on dating and sex. *Rationality & Society*, 18(1), 67 - 94.
- Cawley, J., Joyner, K., & Sobal, J. (2006). Size Matters: The Influence of Adolescents' Weight and Height on Dating and Sex. *Rationality and Society*, vol. 18(issue 1), pp. 67-94.
- Clark, M., Hanna, B., Mai, J., Graszer, K., Krochta, J., McAlpine, D., Reading, S., Abu-Lebdeh, H., Jensen, M., & Sarr, M. (2007). Sexual Abuse Survivors and Psychiatric Hospitalization after Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, vol. 17(issue 4), pp. 465-469.
- Colles, S., Dixon, J., & O'Brien, P. (2008). Grazing and Loss of Control Related to Eating: Two High-risk Factors Following Bariatric Surgery. *Obesity*, vol. 16(issue 3), pp. 615-622.

- Corica, F., Corsonello, A., Apolone, G., Lucchetti, M., Melchionda, N., & Marchesini, G. (2006). Construct Validity of the Short Form-36 Health Survey and Its Relationship with BMI in Obese Outpatients\*. *Obesity*, vol. 14(issue 8), pp. 1429-1437.
- Cox, F. (c1984). *Human intimacy: marriage, the family, and its meaning*. (3rd ed., xxi, 572, [25] p., [4] p. of plates). St. Paul: West Pub. Co.
- Dallal, R., Chernoff, A., O'Leary, M., Smith, J., Braverman, J., & Quebbemann, B. (2008). Sexual Dysfunction Is Common in the Morbidly Obese Male and Improves after Gastric Bypass Surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, vol. 207(issue 6), pp. 859-864.
- D'Argenio, A., Mazzi, C., Pecchioli, L., Lorenzo, G., Siracusano, A., & Troisi, A. (2009). Early trauma and adult obesity: Is psychological dysfunction the mediating mechanism?. *Physiology*, vol. 98(issue 5), pp. 543-546.
- Dickens, W., & Perlman, D. (1981). Friendship across life cycle. In Gilmour, E. *Personal relationships*. (91 - 122). London: Academic Press.
- Dinour, L., Leung, M., Tripicchio, G., Khan, S., & Yeh, M. (2012). The Association between Marital Transitions, Body Mass Index, and Weight: A Review of the Literature. *Journal of Obesity*, vol. 2012, pp. 1-16.
- DiPietro, L., Kohl, H., Barlow, C., & Blair, S. (1997). Improvements in Cardiorespiratory Fitness Attenuate Age-related Weight Gain in Healthy Men and Women: The Aerobics Center Longitudinal Study. *International Journal of Obesity*, vol. 22(issue 1), pp. 55-62.
- Doherty, W., & Harkaway, J. (1990). Obesity and family systems: A family FIRO approach to assessment and treatment planning. *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 16(issue 3), pp. 287-298.
- Doležalová, K. (2012). *Bariatrická chirurgie a primární péče*. (1. vyd., 200 s.) Praha: Axonite CZ.
- Dornelas, E. (2008). *Psychotherapy with cardiac patients: behavioral cardiology in practice*. (1st ed., x, 283 p.) Washington, DC: American Psychological Association.
- Drapela, V. (1998). *Přehled teorií osobnosti*. (2. opr. vyd., 175 s., Překlad Karel Balcar). Praha: Portál.
- Drewnowski, A. (c1990). Taste and food preferences in human obesity. In Capaldi, E., & Powley, T. *Taste, experience, and feeding*. (1st ed., pp. 227-240). Hyattsville, MD: Copies may be ordered from APA Order Dept.
- Erikson, E. (1994). *Identity, youth and crisis*. (Reissued as a Norton paperback.) New York [u.a.]: Norton.
- Esposito, K., Giugliano, F., Ciotola, M., Sio, M., D'Armiento, M., Giugliano, D., Graziottin, A., Sadeghi-Nejad, H., Seftel, A., Kuritzky, L., Kingsberg, S., & Althof, S. (2008). Obesity

- and sexual dysfunction, male and female. *International Journal of Impotence Research*, vol. 20(issue 4), pp. 235-240.
- Faltus, F. (2007). Syndrom nočního jedlctví. *Čes. a slov. Psychiatrie*, 103(6), 291–296.
- Fehr, B. (2004). A prototype model of intimacy interactions in same-sex friendships. In Mashek, D., & Aron, A. *Handbook of closeness and intimacy*. (9 - 16). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Finer, N. (2001). Low-Calorie Diets and Sustained Weight Loss. *Obesity*, vol. 9(11), 290-294.
- Fischmann-Havstad, L., & Marston, A. (1984). Weight loss maintenance as an aspect of family emotion and process. *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 23(issue 4), pp. 265-271.
- Foa, U., & Foa, E. (1974). *Societal structures of the mind*. Springfield: Thomas.
- Fraňková, S., Odehnal, J., & Pařízková, J. (2000). *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. (Vyd. 1., 198 s.) Praha: HZ Editio.
- Fraňková. (2013). *Výživa a obezita v dětském věku: pracovní název*. (p. 252). Praha. (v tisku).
- Fried, M. (2011). *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch*. (1. vyd., 266 s.) Praha: Mladá fronta.
- Fried, M. (2011). *Chirurgická léčba obezity*. In Hainer, V. *Základy klinické obezitologie*. (2., přeprac. a dopl. vyd., 325 - 338). Praha: Grada.
- Friedman, M., & Brownell, K. (1995). Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, vol. 117(issue 1), pp. 3-20.
- Gable, S., & Reis, H. (2001). Appetitive and aversive social interaction. In Harvey, J., & Wenzel, A. *Close romantic relationships: maintenance and enhancement*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Goble, L., Rand, C., & Kuldau, J. (1986). Understanding marital relationships following obesity surgery. *Family Therapy*(13), 195 - 202.
- Greenberg, I., Sogg, S., & Perna, F. (2009). Behavioral and Psychological Care in Weight Loss Surgery: Best Practice Update. *Obesity*, vol. 17(issue 5), pp. 880-884.
- Grilo, C., White, M., Masheb, R., Rothschild, B., & Burke-Martindale, C. (2006). Relation of Childhood Sexual Abuse and Other Forms of Maltreatment to 12-Month Postoperative Outcomes in Extremely Obese Gastric Bypass Patients. *Obesity Surgery*, vol. 16(issue 4), pp. 454-460.
- Hafner, R., Watts, J., & Rogers, J. (1987). Psychological status of morbidly obese women before gastric restriction surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 31(issue 5), pp. 607-612.

- Hafner, R., Watts, J., & Rogers, J. (1991). Quality of life after gastric bypass for morbid obesity. *International Journal of Obesity*(15), pp. 555-560.
- Hainer, V. (2011). Etiopatogeneze obezity. In Fried, M. *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch.* (1. vyd., 21 - 34). Praha: Mladá fronta.
- Hainer, V. (2011). *Základy klinické obezitologie.* (2., přeprac. a dopl. vyd., xxvi, 422 s., 16 s. barev. obr. příl.) Praha: Grada.
- Hainer, V., & Bendlová, B. (2011). Etiopatogeneze obezity. In Hainer, V. *Základy klinické obezitologie.* (2., přeprac. a dopl. vyd., 59 - 87). Praha: Grada.
- Hainer, V., & Kunešová, M. (1997). *Obezita: etiopatogeneze, diagnostika a terapie.* (1. vyd., 126 s., obr.) Praha: Galén.
- Hainerová, I. (2007). Genetické faktory v etiologii a patogenezi obezity. In Pařízková, J., & Lisá, L. *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence.* (1. vyd.) Praha: Galén.
- Harkaway, J. (1983). Obesity: Reducing the larger system. *Journal of Strategic and Systemic Therapy*(2), 2 - 16.
- Hatfield, E., & Rapson, R. (1993). *Love, sex, and intimacy: their psychology, biology, and history.* (xxii, 520 p.) New York: HarperCollins College Publishers.
- Heinrichs, S. (2003). Nonexercise muscle tension and behavioral fidgeting are positively correlated with food availability/palatability and body weight in rats. *Physiology*, vol. 79(issue 2), pp. 199-207.
- Heller, P., & Wood, B. (1998). The proces of intimacy: similarity, understanding and gender. *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 24(issue 3), pp. 273-288.
- Hendrick, S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of marriage and the family*, 50, 93 - 98
- Herlesová, J. (2011). Psychologické aspekty předoperační a pooperační péče o bariatrické pacienty. In Fried, M. *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch.* (1. vyd.) Praha: Mladá fronta.
- Hinde, R. (1979). *Towards understanding relationships: London. 1979.* (xii, 367 p.) New York: Published in cooperation with European Association of Experimental Social Psychology by Academic Press.
- Hinde, R. (1997). *Relationships: a dialectical perspective.* (xxi, 586 p.) Hove, East Sussex, UK: Psychology Press.
- Hood, M., Moore, L., Sundarajan-Ramamurti, A., Singer, M., Cupples, L., & Ellison, R. (2000). Parental eating attitudes and the development of obesity in children. The Framingham Children's Study. *International Journal of Obesity*, vol. 24(issue 10), pp. 1319-1325.

- Hout, G., Oudheusden, I., & Heck, G. (2004). Psychological Profile of the Morbidly Obese. *Obesity Surgery*, vol. 14(issue 5), pp. 579-588.
- Howell, M., Schenck, C., & Crow, S. (2009). A review of nighttime eating disorders. *Sleep Medicine Reviews*, vol. 18(issue 4), pp. 23-34.
- Hsu, L., Sullivan, S., & Benotti, P. (1997). Eating disturbances and outcome of gastric bypass surgery: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 21(issue 4), pp. 385-390.
- Johnson, M. (1999). Personal, moral and structural commitment to relationships: Experiences of choice and constraint. In Adams, J., & Jones, W. *Handbook of interpersonal commitment and relationship stability*. (73 - 87). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Kalarchian, M., Marcus, M., & Courcoulas, A. (2010). Eating problems and bariatric surgery. In Grilo, C., & Mitchell, J. *The treatment of eating disorders: a clinical handbook*. New York: Guilford Press.
- Kasalický, M. (2007). *Tubulizace žaludku: chirurgická léčba obezity*. (1. vyd., 89 s.) Praha: Triton.
- Kasen, S., Cohen, P., Chen, H., & Must, A. (2008). Obesity and psychopathology in women: a three decade prospective study. *International Journal of Obesity*, vol. 32(issue 3), pp. 558-566.
- Kelley, H. (1979). *Personal relationships: their structures and processes*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Kelley, H. (1986). Personal relationships: Their nature and significance. In Gilmour, R., & Duck, S. *The Emerging field of personal relationships*. (3 - 19). Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum.
- Kelley, H. (2002). Love and commitment. In Kelley, H. *Close relationships*. (265 - 314). Clinton Corners, N.Y.: Percheron Press.
- Kelley, H., & Thibaut, J. (1978). *Interpersonal relations: a theory of interdependence*. (341 p.) New York: Wiley.
- Kinzl, J., Trefalt, E., Fiala, M., Hotter, A., Biebl, W., & Aigner, F. (2001). Partnership, Sexuality, and Sexual Disorders in Morbidly Obese Women: Consequences of Weight Loss After Gastric Banding. *Obesity Surgery*, vol. 11(issue 4), pp. 455-458.
- Kolotkin, R., Binks, M., Crosby, R., Østbye, T., Gress, R., & Adams, T. (2006). Obesity and Sexual Quality of Life\*. *Obesity*, vol. 14(issue 3), pp. 472-479.
- Kouvonen, A., Stafford, M., Vogli, R., Shipley, M., Marmot, M., Cox, T., Vahtera, J., Väänänen, A., Heponiemi, T., Singh-Manoux, A., & Kivimäki, M. (2011). Negative Aspects of Close Relationships as a Predictor of Increased Body Mass Index and Waist Circumference: The Whitehall II Study. *American Journal of Public Health*, vol. 101(issue 8), pp. 1474-1480.

- Kratochvíl, S. (2009). *Manželská a párová terapie*. (Vyd. 1., 279 s.) Praha: Portál.
- Kruseman, M., Leimgruber, A., Zumbach, F., & Golay, A. (2010). Dietary, Weight, and Psychological Changes among Patients with Obesity, 8 Years after Gastric Bypass. *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 110(issue 4), pp. 527-534.
- Kuldau, J., & Rand, C. (1980). Jejunoileal bypass: General and psychiatric outcome after one year. *Psychosomatics*(21), 534 - 539.
- Kunešová, M. (2011). Léčba obezity dietou. In Hainer, V. *Základy klinické obezitologie*. (2., přeprac. a dopl. vyd., 181 - 199). Praha: Grada.
- Kunešová, M., & Hlavatá, K. (2007). Nutriční faktory v etiologii a patogenezi dětské obezity. In Pařízková, J., & Lisá, L. *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence*. (1. vyd., 125 - 130). Praha: Galén.
- Kunešová, M., Mullerová, D., & Hainer, V. (2011). Epidemiologie a zdravotní rizika obezity. In Hainer, V. *Základy klinické obezitologie*. (2., přeprac. a dopl. vyd., 15 - 32). Praha: Grada.
- Larzelere, R., & Huston, T. (1980). The dyadic trust scale: Toward understanding interpersonal trust in close relationships. *Journal of Marriage and the Family*, 42(3), 595 – 604.
- Leech, T., & Dias, J. (2012). Risky Sexual Behavior: A Race-specific Social Consequence of Obesity. *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 41(issue 1), pp. 41-52.
- Lemont, D., Moorehead, M., Parish, M., Reto, C., & Ritz, S. (2004). Suggestions for the pre-surgical psychological assessment of bariatric surgery candidates.
- Locke, H., & Williamson, R. (1958). MARITAL ADJUSTMENT: A FACTOR ANALYSIS STUDY. *American Sociological Review*, 23(5), 562 - 569.
- Locke, J., & Wallace, M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21(3), 251 - 255.
- Magdaleno, R., Chaim, E., & Turato, E. (2011). Psychological recommendations in the massive weight loss for patients after bariatric surgery in public service outpatient in Southeast Brazil. *European Psychiatry*, vol. 26.
- Markey, C., Markey, P., & Birch, L. (2001). Interpersonal predictors of dieting practices among married couples. *Journal of Family Psychology*, vol. 15(issue 3), pp. 464-475.
- Markus, H., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, vol. 98(issue 2), pp. 224-253.
- MARSHALL, J., & NEILL, J. (1977). The Removal of a Psychosomatic Symptom: Effects on the Marriage. *Family Process*, vol. 16(issue 3), pp. 273-280.
- Matoulek, M. (2010). Sibutramin stažen z EU. *Obesity News*. Retrieved from: <http://www.obesitynews.cz/?pg=uvod&id=206>

- McAdams, D. (1989). *Intimacy: the need to be close*. (1st ed., 252 p.) New York: Doubleday.
- Measuring closeness: The relationship closeness inventory (RCI) Revisited. (2004). In [edited by] Debra J. Mashek, *Handbook of Closeness and Intimacy*. Hoboken: Lawrence Erlbaum Associates.
- Miller, C., Rothblum, E., Barbour, L., Brand, P., & Felicio, D. (1990). Social Interactions of Obese and Nonobese Women. *Journal of Personality*, vol. 58(issue 2), pp. 365-380.
- Nagelkerke, N., & Prabhat, J. (2006). Body mass index, sexual behaviour, and sexually transmitted infections: : an analysis using the NHANES 1999-2000 data. *BMC Public Health*(6), 199 - 209.
- Nakonečný, M. (1993). *Základy psychologie osobnosti*. (Vyd. 1., 679 s.) Praha: Management Press.
- Neill, J., Marshall, J., & Yale, C. (1978). Marital changes after intestinal bypass surgery. *Journal of the American Medical Association*, 447 - 458.
- O'Reardon, J., Ringel, B., Dinges, D., Allison, K., Rogers, N., Martino, N., & Stunkard, A. (2004). Circadian Eating and Sleeping Patterns in the Night Eating Syndrome\*\*. *Obesity*, vol. 12(issue 11), pp. 1789-1796.
- Orthner, D. (1981). *Intimate relationships: an introduction to marriage*. (xvi, 494 p.) Reading, MA: Addison-Wesley Pub. Co.
- Papežová, H. (2003). *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Paterson, G. (1976). Some procedures for assessing changes in marital interaction patterns. *Oregon Research Bulletin*, 16(7).
- Peplau, L., & Gordon, S. (1985). Women and men in love: Gender differences in close heterosexual relationships. In O'Leary, V., Unger, R., & Wallston, B. *Women, gender, and social psychology*. (257 - 291). Hillsdale, NJ: L. Erlbaum.
- Popis dotazníku SF - 36. (2013). Retrieved from: <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml#LIT>
- Porter, L., & Wampler, R. (2000). Adjustment to rapid weight loss. *Families, Systems*, vol. 18(issue 1), pp. 35-54.
- Prager, K. (2000). Intimacy in personal relationships. In Hendrick, C., & Hendrick, S. *Close relationships: a sourcebook*. (229 - 244). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Rand, C. (1982). Surgery for obesity and marriage quality. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, vol. 247(issue 10), pp. 1419-1422.
- Rand, C., Kowalske, K., & Kuldau, J. (1984). Characteristics of marital improvement following obesity surgery. *Psychosomatics*, vol. 25(issue 3), pp. 221-226.



- Ravussin, E., Valencia, M., Esparza, J., Bennett, P., & Schulz, L. (1994). Effects of a traditional lifestyle on obesity in Pima Indians. *Diabetes Care*, vol. 17(issue 9), pp. 1067-1074.
- Reis, H. (1990). The Role of Intimacy in Interpersonal Relations. *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 9(issue 1), pp. 15-30.
- Reis, H., & Shaver, P. (1997). Intimacy as an interpersonal process. In Duck, S., & Duck, W. *Handbook of personal relationships: theory, research, and interventions*. (2nd ed. /). New York: Wiley.
- Rempel, J., Holmes, J., & Zanna, M. (1985). Trust in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 49(issue 1), pp. 95-112.
- Rosenblatt, P. (1977). Needed research on commitment in marriage. In Levinger, G., & Raush, H. *Close relationships: perspectives on the meaning of intimacy*. Amherst: University of Massachusetts Press.
- Rusbult, C. (1983). A longitudinal test of the investment model: The development (and deterioration) of satisfaction and commitment in heterosexual involvements. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 45(issue 1), pp. 101-117.
- Rusbult, C. (1999). Commitment and trust in close relationships: : An interdependence analysis. In Adams, J., & Jones, W. *Handbook of interpersonal commitment and relationship stability*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Rusbult, C., Arriaga, X., & Agnew, C. (2003). Interdependence in close relationships. In *Blackwell handbook of social psychology: interpersonal processes*. (1st pub.) Malden: Blackwell Publishing.
- RUSBULT, C., MARTZ, J., & AGNEW, C. (1998). The Investment Model Scale: Measuring commitment level, satisfaction level, quality of alternatives, and investment size. *Personal Relationships*, vol. 5(issue 4), pp. 357-387.
- Sarwer, D., Lavery, M., & Spitzer, J. (2012). A Review of the Relationships Between Extreme Obesity, Quality of Life, and Sexual Function. *Obesity Surgery*, vol. 22(issue 4), pp. 668-676.
- Saunders, R. (2004). "Grazing": A High-Risk Behavior. *Obesity Surgery*, vol. 14(issue 1), pp. 98-102.
- Shafer, E., & O'REGGIO, T. (2010). The Effect of Marriage on Weight Gain and Propensity to Become Obese in the African American Community. *Journal of Family Issues*, vol. 31(issue 9), pp. 1166-1182.
- Sheets, V., & Ajmere, K. (2005). Are romantic partners a source of college students' weight concern?. *Eating Behaviors*, vol. 6(issue 1), pp. 1-9.

- Schore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, vol. 22(1-2), pp. 201-269.
- Schultes, B., Ernst, B., Wilms, B., Thurnheer, M., & Hallschmid, M. (2010). Hedonic hunger is increased in severely obese patients and is reduced after gastric bypass surgery. *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 92(issue 2), pp. 277-283.
- Schutz, W. (1989). *Marital Attitudes Evaluation (MATE) manual (Manuál)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Sitton, S., & Blanchard, S. (1995). Men's preferences in romantic partners: Obesity vs addiction. *Psychological Reports*, vol. 77(3f), pp. 1185-1186.
- Slabá, Š., Herlesová, J., Wagenknecht, M., Král, P., Knappová, D., Staňková, V., & Žmolíková, J. (n.d.) *Guidelines pro psychologické vyšetření pacientů před bariatrickou operací*. (p. 12). Praha. (v tisku).
- Slaměnik, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. (Vyd. 1., 208 s.) Praha: Grada.
- Slaměnik, I., & Hurychová, Z. (2010). K pojetí těsných interpersonálních vztahů. *Psychologie pro praxi*, 45(3-4), 9 - 19.
- Slaměnik, I., & Hurychová, Z. (2012). Pojetí těsných interpersonálních vztahů ve vybraných metodách jejich měření. *Psychologie pro praxi*, 47(1 - 2).
- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. (2. revidované vyd., 506 s.) Praha: Maxdorf.
- Sobal, J., & Hanson, K. (2011). Marital Status, Marital History, Body Weight, and Obesity. *Marriage*, vol. 47(issue 7), pp. 474-504.
- Sobal, J., Rauschenbach, B., & Frongillo, E. (2003). Marital status changes and body weight changes: a US longitudinal analysis. *Social Science*, vol. 56(issue 7), pp. 1543-1555.
- Staňková, V. (2010). *Psychologická problematika chirurgické léčby obezity: Kvalita života pacientek po gastrické bandáži (Diplomová práce)*. Univerzita Karlova, Praha.
- Steinglass, P., Bennett, L., Wolin, S., & Reiss, D. (1987). *The Alcohol Family*. New York: Basic Books.
- Sternberg, R. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, vol. 93(issue 2), pp. 119-135.
- Sternberg, R. (1988). *The triangle of love*. New York: Basic Books.
- Stuart, R., & Jackson, B. (1987). *Weight, sex, & marriage*. New York: W. W. Norton.
- Stunkard, A., Allison, K., & Lundgren, J. (2008). Issues for DSM-V: Night Eating Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, vol. 165(issue 4), pp. 424-424.

- Šťastná, I. (2009). Adiktologie. Retrieved from:  
<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/165/1366/Dotaznik-SF-36.html?acc=enb>
- Štich, V. (2011). Pohybová aktivita v prevenci a léčbě obezity. In Hainer, V. *Základy klinické obezitologie*. (2., přeprac. a dopl. vyd., 217 - 229). Praha: Grada.
- Šulová, L. (2004). *Raný psychický vývoj dítěte*. (Vyd. 1., 247 s.) Praha: Karolinum.
- Thibaut, J., & Kelley, H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Wiley.
- Torres, S., & Nowson, C. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, vol. 23(11-12), pp. 887-894.
- Vargas, A., Rojas-Ruiz, M., Roman, S., & Salin-Pascual, R. (2003). Development of bulimia nervosa after bariatric surgery in morbid obesity patients. *Salud Mental*, 26(5), 28 - 32.
- Vaughn, C., Leff, J., & Kuipers, L. (1976). The Measurement of Expressed Emotion in the Families of Psychiatric Patients: Relatives' Expressed Emotion. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 15(issue 2), pp. 257-276.
- Výrost, J. (2008). Osobní vztahy. In Výrost, J., & Slaměník, I. *Sociální psychologie*. (2., přeprac. a rozš. vyd.) Praha: Grada.
- Výrost, J., Spišiaková, A., & Gicová, B. (1992). Prvé skúsenosti s využitím dotazníka blízkosti vzťahu (RCI). *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 27(4).
- Wadden, T., Butryn, M., Sarwer, D., Fabricatore, A., Crerand, C., Lipschutz, P., Faulconbridge, L., Raper, S., & Williams, N. (2006). Comparison of psychosocial status in treatment-seeking women with class III vs. class I–II obesity. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, vol. 2(issue 2), pp. 138-145.
- Wadden, T., Sarwer, D., Fabricatore, A., Crerand, C., Gibbons, L., Stack, R., Stunkard, A., & Williams, N. (2006). Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, vol. 2(issue 2), pp. 153-158.
- Wadden, T., Sarwer, D., Fabricatore, A., Jones, L., Stack, R., & Williams, N. (2007). Psychosocial and Behavioral Status of Patients Undergoing Bariatric Surgery: What to Expect Before and After Surgery. *Medical Clinics of North America*, vol. 91(issue 3), pp. 451-469.
- Wagenknecht, M. (2011). Úloha psychologa v péči o obézního pacienta. In Hainer, V. *Základy klinické obezitologie*. (2., přeprac. a dopl. vyd., 257 - 273). Praha: Grada.
- Wallis, D., & Hetherington, M. (2009). Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. *Appetite*, vol. 52(issue 2), pp. 355-362.
- Waring, E. (1983). Marriages of patients with psychosomatic illness. *General Hospital Psychiatry*, vol. 5(issue 1), pp. 49-53.

- Weber, A. (1998). Losing, leaving, and letting go: Coping with nonmarital breakups. In Spitzberg, B., & Cupach, W. *The dark side of close relationships*. (267 - 306). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Webová stránka Světové zdravotnické organizace WHO. (2013). Retrieved from: .  
<http://www.who.int/suggestions/faq/en/>
- Weisz, G., & Bucher, B. (1980). Involving husbands in treatment of obesity - Effects on weight loss, depression, and marital satisfaction. *Behavior Therapy*, vol. 11(issue 5), pp. 643-650.
- Wildes, J., Kalarchian, M., Marcus, M., Levine, M., & Courcoulas, A. (2008). Childhood maltreatment and psychiatric morbidity in bariatric surgery candidates. *Obesity Surgery*, vol. 18(issue 3), pp. 306-313.
- Williamson, D., Thompson, T., Anda, R., Dietz, W., & Felitti, V. (2002). Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity*, vol. 26(issue 8), pp. 1075-1082.
- Wing, R., & Klem, M. (1997). Health care for women: Psychological, social, and behavioral influences. *Obesity*, 115 - 131.
- Wing, R., Marcus, M., Epstein, L., & Jawad, A. (1991). A "family-based" approach to the treatment of obese Type II diabetic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 59(issue 1), pp. 156-162.
- Wingood, G., DiClemente, R., Harrington, K., & Davies, S. (2002). Body Image and African American Females' Sexual Health. *Journal of Women's Health*, vol. 11(issue 5), pp. 433-439.
- Yanovski, S., Nelson, J., Dubbert, & Spitzer, R. (1993). Association of Binge Eating Disorder and Psychiatric Comorbidity in Obese Subjects. *The American Journal Of Psychiatry*, 150(10), 1472