REVIEW

OBEZITA – ONEMOCNĚNÍ TĚLA I DUŠE

Obesity – disease of the body as well as spirits

Věra Veisová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Summary

The varying style of life of the population, secular trends in the development or changes in nutritional habits in certain social spheres due to social-economic conditions – these are examples of factors participating in the ever increasing number of individuals suffering from excess weight and obesity. These diagnoses fall into a group of civilization diseases and their incidence is ever being increased. Specialists, such as associate professor Hainer or professor Svačina, similarly as the World Health Organization (WHO) speak directly about epidemic. Of course, in association with increasing prevalence of excess weight and obesity, amounts of financial means necessary for the treatment of the diseases but also of those related to them or of complications resulting from them are also increasing. Due to this, over a number of recent years, emphasis has been put on attempts aimed at the prevention, improvement of nutritional habits, changes in the style of life, promotion of movement activities, etc. In the field of taking direct care of obese persons, activities are being developed, which respect their needs and specific features in attempts to achieve improvement of their general health condition, particularly the reduction in their weight. However, it is necessary to realize that this is not only a disease of physical nature associated with a number of complications, but that it also affects the mental component of individuals, self-perceiving and their life in the community. Thus, it affects a wide spectrum of the life. The subject of the work presented here is a delimitation of the holistic concept of excess weight and obesity based on contents analysis of available sources with taking into account historical and philosophic concepts of these diseases and also emphasizing effects of the culture, economic situation or ethnic differentiation on understanding the importance of the risk nature of the style of life and particularly of nutritional habits, which directly affect or directly support their origination. Within the scope of preventive programmes and activities directed to the improvement of the style of life of individuals with excess weight and obesity, it is thus necessary to take into account cultural background, which are they coming from or for example economic situation in addition to physical possibilities and basic needs of these individuals. With the help of the holistic concept and individual attitude respecting every individual as a valuable and original personality with his/her differences and characteristics, it is then possible to achieve more constant changes not only in the field of food and movement activities, but also in the mental and spiritual area.

Key words: excess weight – obesity – self-understanding – nutritional habits

Souhrn

Mění se životní styl populace, sekularizace vývoje či změna výživových zvyklostí v některých společenských vrstvách vlivem socioekonomických podmínek – to vše jsou příklady faktorů

podílejících se na stále se zvyšujícím počtu jedinců trpících nadváhou a obezitou. Tyto diagnózy patří do skupiny civilizačních onemocnění a jejich výskyt neustále stoupá. Odborníci, jako jsou docent Hainer či profesor Svačina, stejně jako Světová zdravotnická organizace (WHO) hovoří doslova o epidemii. V souvislosti se zvyšující se prevalencí nadváhy a obezity samozřejmě vzrůstá i množství finančních prostředků vynaložených na léčbu nejen onemocnění samotných, ale i těch, které s nimi souvisejí, či komplikací, jež mohou způsobovat. Z tohoto důvodu je již po řadu let kladen důraz na snahy zaměřené na prevenci, zlepšení výživových zvyklostí, na změnu životního stylu, propagaci pohybových aktivit apod. V přímé péči o obézní jedince se pak rozvíjejí aktivity, které respektují jejich potřeby a specifika ve snaze dosáhnout zlepšení celkového zdravotního stavu a především snížení hmotnosti. Je třeba si však uvědomit, že se nejedná pouze o onemocnění fyzické povahy spojené s celou řadou komplikací, nýbrž že zasahuje i do psychické složky jedince, do vnímání sebe sama, do jeho života v komunitě. Ovlivňuje tedy široké spektrum života. Předmětem předkládané práce je vymezení holistického pojetí nadváhy a obezity na základě obsahové analýzy dostupných zdrojů s přihlédnutím k historickému a filozofickému pojetí těchto onemocnění; dále zdůraznění vlivu kultury, ekonomické situace či etnické diferenciacie na chápání významu rizikovitosti životního stylu a především jídelních zvyklostí, které jejich vznik ovlivňují či přímo podporují. V rámci preventivních programů a aktivit směřujících ke zlepšení životního stylu jedinců s nadváhou a obezitou je proto při stanovování cílů důležité respektovat kromě fyzických možností jedince a základních potřeb také kulturní zázemí, z něhož pochází, či například jeho ekonomickou situaci. S pomocí holistického pojetí a individuálního přístupu, který respektuje každého jedince jako plnohodnotnou, svébytnou osobnost se svými odlišnostmi a charakteristikami, lze pak dosáhnout trvalejších změn nejen v oblasti stravování a pohybových aktivit, ale i v oblasti duševní a duchovní.

Klíčová slova: nadváha – obezita – sebepojetí – výživové zvyklosti

ÚVOD

Nadváha a obezita jsou diagnózy, které člověka provází od počátku jeho vývoje. V různých dobách, v různých vývojových stádiích se lidé museli potýkat jak s nedostatkem, tak nadbytkem potravy. Vzácností nebylo ani hladovění (Kasalický, 2007). Jasně důkazy o těchto skutečnostech přináší celá řada historických a uměleckých děl, k nimž patří například sošky Venuší, znázorňující v kyprých tvarech plodnost a hojnost, rozborů kožních řas mumií faraonů či literární prameny, které jasně dokládají, že si i staří Římané uvědomovali souvislost mezi obezitou a spánkovou apnoí (Hlúbik, 1994; Hainer, Kuňšová, 2004). Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala obezitu r. 1985 jako zvýšení hodnoty BMI (Body Mass Index) u mužů nad 30,0 a u žen nad 28,6. Roku 1999 však byla tato definice zpřesněna. Nadváhu označovala hodnota BMI nad 25 a obezitu hodnota BMI nad 30 (Teplan, 2010). V současnosti je obezita definována nadměrným uložením tuku v organismu. Klasifikace dle BMI se pohybuje v následujících hladinách. Nadváha je stanovena v rozmezí BMI 25–30, obezita I. stupně (mírná) v rozmezí

BMI 30–35, obezita II. stupně (střední) v rozmezí BMI 35–40 a morbidní, III. stupeň obezity při BMI nad 40 (Svačina a kol., 2008).

Vzhledem k tomu, že je člověk oproti jiným živým bytostem schopen vnímat sám sebe ve vztahu k vlastnímu tělu, je také pochopitelná touha porozumět vztahům pojícím se k jeho životu. Důvodem je fakt, že samotná natalita, porodnost, není pouze aktem zrození v biologickém slova smyslu (Fialová, 2001; Liessmann, 2010). Každý jedinec je od počátku svého vývoje sám pro sebe tajemstvím a záhadou. Touží pochopit svou podstatu, vzpírá se prostým řešením a s každou další odpovědí nachází nové otázky (Pelcová, 2010). V průběhu svého života si více či méně uvědomuje svou závislost na přírodě, protože aby mohl žít, rozvíjet se, musí bezpodmínečně získávat a spotřebovávat energii, vykonávat procesy látkové výměny (Dvořáková-Janů, 1999). Uvědomuje si tedy svou tělesnost a dobře ví, že je vystavena pohledu a hodnocení ostatních. Vnímá význam oblečení, mnohdy si uvědomuje, že mu může pomoci v nalezení lepšího pocitu ze svého zevnějšku či ve zvýšení sebevědomí. Proto má móda v životě

lidí takový význam (Fialová, 2001). Druhým filozofickým aspektem, který se zde uplatňuje, jsou jídelní zvyklosti. Zčásti jsou dány základním předpokladem lidské existence, a to uspokojováním fyziologických potřeb. Ovšem výběr potravin určených k nasycení je pouze otázkou osobního rozhodnutí, které může být ovlivněno socioekonomickými faktory či sociokulturními vzory chování, které jsou pro člověka typické (Dvořáková-Janů, 1999). Příkladem mohou být vyznavači různých náboženských směrů, jako jsou například muslimové, u nichž stravování úzce souvisí s pohostinností. Proto je odmítnutí stravy hostem považováno za urážku hostitele. Dalším kulturně podmíněným specifikem je zde zákaz konzumace vepřového masa a všech výrobků, které z něj pocházejí, podobně jako alkoholických nápojů či pokrmů na nich připravovaných. Odlišnosti lze pozorovat také u mongolské minority, která se na území České republiky rovněž vyskytuje. Jejich tradiční strava je velmi tučná, masitá s nižším zastoupením ovoce. Kultur, které mají obdobná specifika, je velké množství a při současném stavu migrace je nutné tato specifika ve vztahu k nadváze a obezitě zohledňovat (Ivanová et al., 2005).

Komplexní pohled na definici nadváhy a obezity

Nadváha a obezita jsou velmi závažná civilizační onemocnění. Patří mezi nejčastěji se vyskytující onemocnění látkové přeměny (Hainer, Kunešová, 1997; Mastná, 2000). Z výše uvedeného dělení dle hodnoty BMI je patrné, že nadváha je předstupněm obezity. Ovšem již při hodnotě BMI vyšší než 25 stoupají zdravotní rizika, která se k těmto diagnózám pojí, jako jsou například riziko rozvoje ischemické choroby srdeční či výskyt diabetu mellitu (Svačina a kol., 2008). Negativní dopady nadváhy a obezity se odrážejí v celkovém zdraví jedince i v jeho sociální a ekonomické úrovni (Hlúbik, 2002). Celosvětově počet dospělých s nadváhou v roce 2005 činil, dle údajů WHO, 1,6 miliardy, z toho alespoň 400 milionů lidí bylo obézních. V dětské populaci to bylo přibližně 20 milionů dětí ve věku do pěti let. Podle dalších odhadů reálně hrozí, že v roce 2015 bude mít nadváhu přibližně 2,3 miliardy lidí, přičemž více než 700 milionů z nich bude obézních. Tento vzestupný trend by měl v roce 2020 dosáhnout takového stavu, kdy dvě třetiny všech nemocí na světě budou

mít souvislost se stravovacími návyky populace (Vítek, 2008).

Podobně vnímá prevalenci obezity i Pelikánová, která uvádí, že se v rozvojových zemích pohybuje mezi 10–20 % a má trvale vzestupnou tendenci (Pelikánová, 2003). Obdobná situace je i na území Evropy, kde v průměru dosahuje u mužů 10–20 % a u žen 15–25 %. Pro srovnání je dobré si uvědomit, že výskyt těchto onemocnění byl před 100 lety na zmíněném území jen v řádu několika málo procent či zcela mizivý. V současnosti je však nadváha a obezita patrná u více než poloviny dospělé populace (Kasalický, 2007). V České republice se to týká přibližně 70 % dospělých, přičemž prevalence obezity ve věkovém rozmezí 20–65 let u žen je přibližně 25 % a u mužů 22 %. Celkově pak prevalence obezity u ženské populace v naší zemi dosahuje 25,7 % a u mužské populace 22,4 % s trvale vzestupnou tendencí (Pelikánová, 2003; Kasalický, 2007).

Podíl na tomto trendu lze přisuzovat v první řadě životnímu stylu a demografickým faktorům, kam patří věk, pohlaví, ale i etnické vlivy, dále pak sociálním a kulturním faktorům, kde zvýšeným rizikem může být nižší vzdělání, horší finanční situace či vstup do manželství. Nelze však opomenout ani biologické a behaviorální faktory, jako jsou dietní režim, fyzická aktivita, kouření, mateřství či nejrůznější nemoci a s nimi se pojící farmakoterapie (Hlúbik, 2002).

Některé poznatky a hypotézy týkající se samotné diagnózy obezity, které jsou po mnoha letech stále aktuální, s sebou přineslo 18. století. Roku 1727 například Thomas Short klasifikoval obezitu jako jev nezdravý a v jistém smyslu i amorální, neboť jej spojoval s neschopností sebekontroly u obézních jedinců. Roku 1760 Malcolm Flemyng zaznamenal odlišnosti ve sklonu k obezitě s přihlédnutím k tělesné konstituci a jídelním zvyklostem. Thomas Beddoes pak roku 1793 vyslovil hypotézu týkající se snížené oxidace tuků a příčinného vztahu ke vzniku obezity. Tato hypotéza byla experimentálně a klinicky potvrzena na konci minulého století (Hainer, Kunešová, 1997; Kasalický, 2007). Současné poznatky však již jednoznačně dokazují, že pouhé zvýšení tělesné hmotnosti není dostačující pro diagnostikování obezity. Důvodem je fakt, že zvýšená tělesná hmotnost může být spojená se zvětšením podílu svalové hmoty např. u aktivních sportovců nebo při některých

onemocněních spojených s hromaděním tekutin v tělních dutinách (Hlúbik, 1994).

Nejaktuálnější znění diagnózy obezity, jak již bylo zmíněno, bylo přijato roku 1985. Jedná se o onemocnění definované nadměrným uložením tuku v organismu (Hlúbik, 1994; Svačina a kol., 2008). U mužů je to ve chvíli, kdy zmnožená tuková tkáň dosahuje více než 17 % celkové tělesné hmotnosti, u žen pak, pokud je vyšší než 26 % celkové tělesné hmotnosti (Mojžíšová et al., 2005). Nadváha je v tomto kontextu považována za předstupeň obezity (Svačina a kol., 2008). Celostní definici obezity přináší ve své publikaci Mojmir Kasalický, který uvedl (2007, str. 15): „Obezita je multifaktoriální onemocnění ovlivněné složkou genetickou, biochemickou, hormonální, etnickou, behaviorální a v neposlední řadě i společensko-kulturním prostředím.“ Zde je třeba zmínit, že se v žádném případě nejedná pouze o „kosmetický“ defekt, kterým obezita pro některé jedince je, ale jedná se především o onemocnění doprovázené celou řadou mnohdy závažných komplikací a nemocí, jejichž je rizikovým faktorem (Mastná, 2000; Pelikánová, 2003). K těm řadíme například kardiovaskulární onemocnění (nemoci srdce a cév), arteriální hypertenzi, vyšší hladinu krevních tuků v krvi, diabetes mellitus II. typu či metabolický syndrom (Vítek, 2008).

Z hlediska objektivních a subjektivních příčin lze obezitu dělit na primární a sekundární. Primární neboli alimentární obezita vzniká v důsledku nerovnováhy energetické bilance. Podmínkou je, že musí příjem energie být větší než její výdej. Na vzniku tohoto druhu obezity se podílí z endogenních faktorů především genetická predispozice, z exogenních faktorů pak složení potravy a kvantitativní stránka stravování, tzn. množství přijaté potravy během dne. Oproti tomu sekundární typ vzniká v příčinné souvislosti se základním onemocněním, jehož je následkem. Ovšem podíl obezity s touto příčinou, např. z poruchy funkce žláz s vnitřní sekrecí, nepřesahuje 5 %. K nárůstu hmotnosti ale může vést i léčba některých nemocí v závislosti na jejich terapii, např. při užívání neuroleptik, steroidů či vitaminů ze skupiny B (Hlúbik, 1994).

Pro určení nadváhy a obezity se v praxi nejčastěji využívá snadno dostupných antropometrických měření a Queteletova indexu BMI (body mass index), který vyjadřuje podíl mezi hmotností jedince v kilogramech a druhou mocninou

jeho výšky v metrech. Z výsledné hodnoty se následně určuje ideální hmotnost v rozmezí 20–24,9 kg/m², nadváha v rozmezí 25–29,9 kg/m², obezita v rozmezí 30–39,9 kg/m² a morbidní obezita od hodnoty 40 kg/m² výše. Ta je již velmi závažným ohrožením pro zdraví člověka (Mojžíšová et al., 2005). Nevýhodou této metody je fakt, že přesně neodráží podíl tuku a beztukové hmoty, ačkoli při stejném BMI se podíl tuku liší podle pohlaví, ale i etnické příslušnosti či věku jednotlivce. Například menší podíl tuku při stejném BMI mají aktivní sportovci, u nichž je výrazněji rozvinutá svalová hmota. Příkladem etnického vlivu může být obsah tuku v těle Polynésanů, který je oproti bělošské populaci výrazně nižší (Hainer, Kunešová, 1997). Z metod, které lze pro stanovení podílu tuku v organismu využít, je poměrně snadno dostupná bioelektrická impedance (BIA), která je však z velké míry ovlivněna hydratací organismu. Dále pak hydrodenzitometrie („podvodní vážení“), při níž se obsah tukové tkáně počítá z hustoty (density) těla, získané výpočtem z hmotnosti těla na vzduchu a pod vodou při známé hustotě vody, za dané teploty, po odečtení reziduálního plicního objemu a plynu ve střevech (Zadák a kol., 1997).

Z dalších antropometrických metod se využívá měření poměru obvodu pasu k obvodu boků (WHR), který zohledňuje i vliv distribuce tukové tkáně. To má svůj význam při hodnocení abdominální obezity, která s sebou přináší vyšší výskyt komplikací a možnost rozvoje dalších návazných onemocnění (Vítek, 2008). Výrazným metabolickým rizikem dle obvodu pasu je u žen hodnota nad 88 cm, u mužů nad 102 cm. Pásmo mírného rizika je u žen nad 80 cm, u mužů nad 94 cm (Svačina a kol., 2008). K výčtu metod je třeba doplnit také měření tloušťky podkožní tukové vrstvy pomocí kaliperu na předem definovaných místech a v praxi již méně užívané stanovení poměru obvodu pasu k výšce jedince. Méně přesným nástrojem pro hodnocení stavu výživy a konstituce člověka je Brocův index, který vyjadřuje poměr hmotnosti v kilogramech k výšce v metrech. K diagnostice lze však využít i stanovení ideální tělesné hmotnosti či různých zobrazovacích metod atd. (Vítek, 2008).

Z rizikových faktorů vzniku nadváhy a obezity je nutno zdůraznit především zvýšený obsah tělesného tuku a jeho nesprávné složení. Jeho přemíra může být způsobena nadměrným pří-

jmem jednoduchých cukrů a nedostatkem polysacharidů ve stravě. Dále se uplatňují genetické faktory (genetická zátěž), zevní prostředí a s ním související socioekonomické vlivy, výchova, současný potravinářský průmysl a jeho tlak na konečného spotřebitele (Pelikánová, 2003). Podíl na rozvoji nelze upřít ani psychickému a emočnímu stavu jedince. Pokud je člověk v neustálém napětí a v jeho životě převažuje nespokojenost, může se stát, že právě v jídle bude hledat a nacházet útěchu. Důraz, který mu bude přisuzovat, bude ve srovnání se „šťastnou“ populací nadměrný pro navození libých pocitů, ke kterým u něj příjem potravy povede (Hlúbik, 1994).

K již méně ovlivnitelným faktorům, jejichž vztah k nadváze a obezitě je předmětem intenzivního zkoumání, ale zatím nebyl zcela objasněn, patří například střevní mikrobiota, virové infekce, tělesná výška, neuroendokrinní mozková činnost, porodní hmotnost, kojení, vzdělání apod. Zajímavé je, že v rozporu s obecným míněním je obezita stále více patrná u chudších vrstev společnosti. Tento jev souvisí s dostupností levných potravin, které bývají často vysoce kaloricky bohaté (doslova nabitě nasycenými tuky a jednoduchými cukry) a mnohdy také nezdravé. Příkladem mohou být některé živočišné produkty, slanina, brambůrky, hranolky, ale i koláčky a různé zákusky. Aby byl výčet rizikových faktorů úplný, je třeba zmínit také zástupce ovlivnitelných faktorů, mezi které patří například nedostatek spánku, stres, způsob trávení volného času (převažující pasivní aktivity), časté stravování v restauracích, mediální vlivy apod. (Vítek, 2008).

Úloha potravinového chování ve zvyšujícím se výskytu nadváhy a obezity

Postavení jídla v různých společnostech je zcela zásadní, jak vyplývá z četných antropologických studií. Jídlo (potrava) může být zdrojem radosti, potěšení, vyjadřovat soudržnost, ale i vztah k posvátnému nebo k jiným lidem. Proto je nutné uvědomit si jeho mnohdy vysoce symbolický charakter (Bovey, 1995). Kromě toho stojí jistě za připomenutí, že vzhled a funkčnost lidského těla patří k základním faktorům tělesných a psychických stavů stejně jako k projevům osobnosti v chování. Promítají se proto do nadváhy a obezity stejně jako do jídelních zvyklostí. Ty jsou zčásti dány základním předpokladem lidské exis-

tence. Ovšem to, jaký druh potravin člověk k uspokojení potřeby příjmu potravy zvolí nebo zda se vědomě rozhodne potravu nepřijímat, je pouze jeho osobní rozhodnutí. U lidí totiž není konzumace jídla podřízena pouze instinktivnímu chování, ale je dána individuálními psychickými a sociokulturními vzory chování, které jsou pro jedince v dané společnosti, její kultuře typické (Dvořáková-Janů, 1999). Nicméně však platí, že výživa je nedílnou součástí tělesného, duševního i duchovního života (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003; Turek, 2004).

Ze zásad vhodného, zdravého stravování je jasné patrné, že je třeba dosáhnout snížení obsahu tuků ve stravě, protože tyto obsahují více než dvojnásobné množství energie ve srovnání se sacharidy a bílkovinami. Vhodné je také zajistit ve stravě správný poměr sacharidů, přičemž by měl být snížen příjem jednoduchých cukrů a zvýšen obsah komplexních sacharidů. Dále je třeba docílit zvýšení konzumace ovoce a zeleniny, konzumace mléka a mléčných výrobků se sníženým obsahem tuku a obezitně přistupovat ke konzumaci alkoholu. Stejně jako složení stravy jsou důležité i návyky, které se k potravinovému chování pojí, jako jsou velikost porcí a frekvence příjmu potravy, „zázračné“ diety či negativní přístup k vlastnímu tělu (Vítek, 2008).

Vývoj tělesného sebepojetí

Tělesné sebepojetí je termínem mnohdy vykládaným ve stejném významu jako tělesné schéma. Ovšem při specifikaci obou pojmů je nutné odlišit rozdíly, které se mezi nimi vyskytují. Tělesné sebepojetí je předmětem zájmu odborníků, kteří tělo považují za hlavní prostředek sebevyjádření. Vnímají ho jako podstatné pro interakci se světem i pro pocit životní pohody. Oproti tomu tělové schéma neboli mentální reprezentace vlastního těla je předmětem zájmu odborníků z oblasti fyzioterapie a psychosomatiky. Z jejich úhlu pohledu je tvořené složkou kognitivní, která zahrnuje představu o rozměrech vlastního těla, složkou emotivní, zahrnující vztah k vlastnímu tělu a tělesnosti obecně, a složkou behaviorální, která představuje aktivity vedoucí k ovlivnění vzhledu (Stackeová, 2011).

Vývoj vztahu k vlastnímu tělu je do značné míry odrazem vlivu rodiny, především vztahu rodičů k vlastní tělesnosti, v němž dítě hledá svůj vzor. Ve starším věku však na významu nabývají hodnocení vrstevnická. Jako první se

u člověka vyvíjí „tělesné já“ a na ně pak navazuje „sociální já“. Prvky sebepojetí tedy vstupují do sebehodnocení až mnohem později (Fialová, 2007). Někteří uvádějí, že v tomto kontextu je velmi podstatným obdobím rané dětství, vztah mezi matkou a dítětem v prvních letech života. V průběhu celého ontogenetického vývoje mají svou nezastupitelnou funkci i kulturní a sociální vlivy, v nichž se uplatňuje především ideál krásy preferovaný danou společností (Stackeová, 2011). Každý jedinec si v tomto období vytváří představu o tom, jaký je, jaký by měl a chtěl být a jaký by být nechtěl (Gereková, Schuller, 2004).

Podobně jako mnozí jiní si schopnost člověka vyjádřit svou individualitu a jedinečnost uvědomoval i Carl Gustav Jung. Ač přijal některé principy psychoanalýzy, nepokládal za hlavní determinant lidského chování sexuální pudy. Za aktivní složku považoval spíše ego. Důraz v jeho teorii byl položen na minulost jedince, přičemž se zaměřoval až za bod vlastního narození člověka, tedy zahrnul fylogenetickou dimenzi. Proto je také struktura osobnosti v rámci tohoto pojetí tvořena čtyřmi hlavními subsystémy. Prvním subsystémem je kolektivní nevědomí, které souvisí s minulostí a je zděděným duševním životem předků. Obsahuje pozitivní i negativní zkušenosti a zahrnuje archetypy (persona, animus/anima a stín). Persona pomáhá člověku v uchování individuality při podřizování se požadavkům společnosti, které je členem. Animus a anima charakterizují dvě modalities stejného archetypu, přičemž animus pomáhá ženám chápat mužnost silnějšího pohlaví a anima napomáhá mužům vnímat a oceňovat ženskost. „Stín“ (archetyp zla, temné, nepřiznané stránky lidské psychiky) v každém jedinci představuje tendenci k primitivním způsobům jednání typickým spíše pro zvířecí předky. Druhým subsystémem je osobní nevědomí, které tvoří získanou složku komplexů a vynořuje se z citů, myšlenek a zkušeností. Posledními složkami je ego a bytostné „Já“. Obě tyto složky jsou ve velmi úzkém kontaktu ku prospěchu jedince. Psychickou energii tvoří libido, které je oproti psychoanalytickému užití pojímáno v mnohem širším významu. Duševní energie tak může prostupovat jedním subsystémem do druhého (Drapela, 2008).

V teorii Alfreda Adlera je zachycena snaha každého jedince o překonání pocitů méněcennosti získaných v dětství. Ty zpočátku vývoje souvisejí s fyziologickou slabostí dětského věku

a se situacemi nedostatku. Nedostatek člověka prakticky provází po celou dobu jeho života, a proto je přirozené, že se jej snaží eliminovat nebo kompenzovat. K tomuto účelu slouží „vůle k moci“, kterou Adler charakterizoval pojmem „usilování o nadřazenost“. Důležité přitom je dosáhnout takového rozvoje a přizpůsobení osobnosti, aby se u ní rozvinul sociální cit, tedy možnost empatie, vcítění se do druhého jedince. Podobným způsobem se rozvíjí i individuální životní styl, který zahrnuje znaky, rysy a způsoby chování užívané k dosažení nadřazenosti (Drapela, 2008). Tyto znaky, způsoby chování jsou do jisté míry determinovány vnějším okolím, možnostmi, které jedinci poskytuje, a ve svých projevech podléhají mechanismům sebekontroly. Ty jsou velmi dobře viditelné právě v jídelních zvyklostech například u jedinců, kteří jídlo využívají jako prostředek ke kompenzaci stresu. V situacích působení nadměrného stresu, který nedokáží překonat bez vhodného kompenzačního mechanismu, může sebekontrola selhávat a jedinec se uchýlí k využívání jídla za účelem navození libých pocitů (Krejčí, 2008).

Tak jako Adler i Karen Horneyová se zprvu přidržovala psychoanalytické tradice ve smyslu rozhodující úlohy zážitků v dětství při rozvoji osobnosti. Ovšem její pojem základní úzkosti měl původ v sociálních faktorech, které na dítě v průběhu vývoje působí. Ve svých teoretických úvahách vycházela z toho, že úzkost u dítěte v dětství nevzniká sama od sebe, ale je vyvolána reakcemi dospělých, kteří své potomky úzkostlivě ochraňují, nebo se jim naopak nevěnují. Kvůli zkušenostem s vnějším světem tak každý jedinec zakouší nejistotu, na kterou se učí reagovat s cílem dosáhnout pocitu bezpečí. K adaptaci využívá pohybu směrem k lidem, proti nim a od nich. Prostřednictvím těchto tendencí se snaží získat jejich dobrou vůli, záviset na nich a dosáhnout osobního bezpečí, ale vyjadřuje také nedůvěru vůči společnosti či postoje jako útěk a boj (Drapela, 2008).

Odras nadváhy a obezity v sebepojetí člověka

Naše vlastní tělo, objekt sociálního a kulturního vývoje, nepřitahuje jen pozornost nás samotných, ale i ostatních členů společnosti. Stává se hodnoceným, uznávaným, znovuoobjevovaným, tabuizovaným a některými i nenáviděným artiklem, který je vnímán prostřednictvím různých

úrovni sebepercepce podmíněné vnějšími a vnitřními vlivy. Pro člověka je zdrojem štěstí, prožitků identity, ale i vztahem tělesného a duchovního. Právě tento fakt se pro mnohé filozofy a antropology stal předmětem rozsáhlých úvah, v nichž se snažili nalézt souvztažnost mezi duchovní a fyzickou složkou a příčiny ovlivnění vlastního sebepojetí nebo úsudku nad vzhledem druhého člověka. Snažili se tak ozřejmit příčiny evokace libých či nelibých pocitů, nedůvěry, ale i hostejnosti při vytváření „prvního dojmu“ na základě tělesné konstituce (Fialová, 2001).

Lidské tělo je významným činitelem v oblasti komunikace, je vnímáno a hodnoceno okolím člověka. Tyto interakce do určité míry ovlivňují vnímání sebe sama i vztah k vlastnímu tělu. Faktická blízkost lidského těla však někdy způsobuje odklon pozornosti, kterou by mu jeho majitel či majitelka měli věnovat. Proto si jeho existenci lidé často uvědomují až ve chvíli, kdy je člověk nemocný či zraněný, v tomto případě obězní. V té chvíli se z relativně samozřejmého aspektu lidského bytí stává významná složka, která upoutává náš zájem (Fialová, 2001; 2006).

Pojetí krásy, především ženské, bylo předmětem úvah myslitelů již od dob antiky (Mastná, 2000). V dřívějších dobách se mnozí domnívali, že smysl pro krásu, potěšení vyvolané tvary, barvami či zvuky, je vlastní pouze člověku. Ve světě kolem nás je mnoho důkazů, které svědčí o významu krásy i pro ostatní živočichy. V případě některých druhů zvířat je například krása samečka nutností pro zajištění zájmu samičky a dosažení možnosti pokračování rodu. Je tedy v určitém směru podstatná pro přežití, do určité míry determinovaná návyky a dědičností (Darwin, 2006). Samotnou „krásu“ je však velmi těžké definovat, neboť náhled na ni podléhá výrazným změnám a neustále ve svém vývoji pokračuje (Mastná, 2000). V lidské mysli nemá specifickou podobu, proto je možné u různých národů téže rasy pozorovat odlišnosti v jejím pojetí a výrazu (Darwin, 2006). Co se ale v mnohých společnostech nemění, je fatismus neboli sklon posuzovat člověka na základě jeho tělesných proporcí. Takové posuzování může snadno odrážet skryté předsudky nebo snahu jej ospravedlnit starostí o zdraví a spokojenost dané osoby, která může být pouze snahou zakrýt diskriminaci obězního jedince. Ten pak bývá vytlačován na okraj společnosti, což není pouze ojedinelý jev (Bovey, 1995).

Z historického hlediska lze říci, že je v této oblasti všeobecně kladen větší tlak ve smyslu vyhovět ideálu štíhlosti na ženskou část populace než na mužskou. U ženské populace vývoj ideálu postupoval od kyprých postav středověku k velmi štíhlým siluetám dnešní doby (Crook, 1995; Grogan, 2000). U mužů byl tento trend poněkud odlišný. V minulosti se zobrazované nahé mužské postavy vyznačovaly atletickou postavou se širokými rameny a úzkými boky a jejich tělo bylo celkově považováno za mnohem krásnější (Grogan, 2000; Kasalický, 2007). Jen velmi zřídka bylo proto idealizováno, což trvalo až do 80. let 20. století. Až v této době idealizace mužského těla začala ztrácet své homoerotické konotace. Ovšem ideální tvar se téměř nezměnil, přetrvával ve střední postavě s dobře vyvinutým a silným svalstvem (Grogan, 2000).

Prvním, kdo se začal zabývat problematikou psychologických a sociologických aspektů vnímání a prožívání lidského těla, byl ve 20. letech 20. století Paul Schilder. Ve svých úvahách vycházel z toho, že člověk vnímá své tělo prostřednictvím obrazu, který si vytváří ve své mysli. Proto také definoval sebepojetí jako způsob, jímž člověk přemýšlí o svém těle, vnímá je a cítí. Lze tedy říci, že tělesné sebepojetí zahrnuje odhad velikosti těla, zaujetí stanoviska k jeho přitažlivosti či emocí spojených s jeho tvarem. V 90. letech 20. století se tyto úvahy staly podkladem pro vznik sociologie těla, která se stala samostatnou vědní disciplínou (Grogan, 2000; Fialová, 2001). Podobně smýšlel i anglický neurolog H. Head, který r. 1911 zavedl do odborné terminologie pojem „schéma“, dnes známý spíše jako „tělesné schéma“. Označil jím schematickou představu umožňující pochopení vlastního těla, kterou člověk získává prostřednictvím informací z vnitřního i vnějšího světa za využití interakce (Fialová, 2001). V polovině 20. století se pak pro dané vnímání mezi odbornou veřejností rozšířil termín „body image“. Ten se velmi rychle dostal i do pole zájmu médií, což se výrazně projevilo koncem 20. století. V té době se mezi častá témata publikovaných článků dostávala tematika estetické chirurgie, poruchy příjmu potravy či různé druhy diet (Grogan, 2000). Lidské tělo se stávalo předmětem obchodu, objektem investic a nadhodnocovaným symbolem úspěchu (Stackeová, 2011).

S rozvojem obchodu, hospodářství a se zvyšováním životní úrovně se v bohatých západ-

ních společnostech stala štíhlost téměř synonymem pro úspěch, mládí a sebekontrolu či společenskou přijatelnost. Naopak nadváha získala pozici spojovanou s leností, nedostatkem vůle či ztrátou sebekontroly. Vše, co se od ideálu lišilo, se logicky stalo negativním společenským rysem, což s sebou přinášelo i negativní důsledky pro společenský život každého, kdo se od „ideálu“ odlišoval. Nadváha a obezita se u obou pohlaví staly fyzicky neatraktivní, a to se začalo promítat i do smýšlení a jednání velmi mladých generací. Zajímavé je, že tendence spojovat fyzickou přitažlivost s pozitivními osobními kvalitami byla prokázána již ve studiích ze 70. let 20. století. Obezita v tomto kontextu byla vnímána jako přirozený důsledek skutečnosti, kterou každý může velmi dobře ovlivnit vlastním přičiněním. Určitou míru společenské stigmatizace v souvislosti s daným zjištěním potvrdili ve svém výzkumu i Crandall a Martínezová, kteří srovnávali postoj k obezitě u studentů ze Spojených států amerických a z Mexika. Ve výsledku došli k závěru, že negativní vztah k tloušťce je součástí individualistické západní ideologie, kdy je kladen důraz na odpovědnost jedince za jeho vlastní život a za jeho kvalitu. Tento závěr je v zásadě shodný i s mnoha dalšími studii, díky čemuž byla jasně prokázána kulturní podmíněnost předsudků vůči nadváze a obezitě (Grogan, 2000).

Velmi zajímavé je rovněž porovnání preferencí tvaru postavy mezi jednotlivými kulturami. Dalo by se říci, že chudší kultury vnímají hubenost jako příznak podvýživy a chudoby či infekčních chorob. V takovém kontextu pak nadváha či obezita jasně musí být spojována s pozitivním hodnocením, neboť se stává známkou zdraví, bohatství a prosperity. To je případ například Jižní Ameriky, Indie či Filipín. Ovšem ve chvíli, kdy lidé z těchto zemí změni prostředí a ocitnou se v západní společnosti, může se i jejich náhled na ideální postavu výrazně měnit (Grogan, 2000).

ZÁVĚR

Nadváha a obezita jsou velmi závažná onemocnění, která ovlivňují jedince po celý život ve velmi širokém spektru. Zasahují do jeho společenských možností, nepřímo se odrážejí v ekonomické aktivitě a soběstačnosti ve vztahu k možnosti vykonávat určitý druh zaměstnání či v možnosti vést plnohodnotný život bez jakých-

koli omezení. Ačkoli informací o příčinách těchto onemocnění, o rizikových faktorech, o prevenci na různých úrovních je již v současnosti celá řada, stále v široké společnosti ve vztahu k oběma pohlavím přetrvává fatismus neboli sklon posuzovat člověka na základě jeho tělesných proporcí. V takovém posuzování se mohou odrážet skryté předsudky nebo snaha ospravedlnit jej starostí o zdraví a spokojenost dané osoby, která může být snahou zakrýt diskriminaci obézního člověka. Mnohdy se pak stává, že jsou tito lidé vytlačováni na okraj společnosti (Bovey, 1995). Tím se pro ně uzavírá bludný kruh a jakákoli snaha o změnu životního stylu je pro ně mnohem náročnější a složitější.

Do budoucna proto zůstane velkým úkolem dosáhnout vhodného způsobu poskytování informací a odborných intervencí týkajících se nadváhy a obezity s přihlédnutím ke kulturní podmíněnosti potravinového chování. Jako velmi vhodné a efektivní se v této oblasti jeví využívání kognitivně-behaviorální terapie obezity, která jedinci poskytuje motivaci, podporu ke změně stravovacích zvyklostí, odstranění zažitých vzorů chování a zlepšení životního stylu. Zároveň bude nutné dbát na označování potravin tak, aby bylo jasné, které jsou vhodné a které škodlivé, vytvářet příležitosti pro sportovní aktivity a zdravé bydlení jak pro lidi s normální hmotností, tak pro ty ohrožené zmínovaným onemocněním. Oblast edukace by se měla zaměřit na zdravou výživu již od školních let. Důraz by měl být kladen i na preventivní programy a regulaci reklamy. Dalším důležitým bodem, kterému by měla být věnována pozornost, je jistě i cenová politika státu, jež může v současnosti působit jako velmi výrazný faktor ovlivňující výběr konzumovaných potravin. Dopad, jaký může mít cenová dostupnost a přijatelnost vysoce kalorických potravin, jednoznačně vyplývá z mnohých výzkumů, které dokládají přesun nadváhy a obezity do nižších společenských vrstev, mezi jedince s nízkými příjmy (Svačina a kol., 2008; Vítek, 2008).

LITERATURA

1. Bovey S (1995). Zakázané tělo. Být tlustý není hřích. 1. vydání. Olomouc: Votobia, 267 p.
2. Crook M (1995). V zajetí image těla. 1. vydání. Ostrava: Oldag, 136 p.
3. Darwin Ch (2006). O původu člověka. 2. rev. vydání. Praha: Academia, 360 p.

4. Drapela V (2008). Přehled teorií osobnosti. 5. vydání. Praha: Portál, 175 p.
5. Dvořáková-Janů V (1999). Jídlo a lidé. 1. vydání. Praha: Institut sociálních vztahů, 182 p.
6. Fialová L (2001). Body image jako součást sebepojetí člověka. 1. vydání. Praha: Karolinum, 269 p.
7. Fialová L (2006). Moderní body image: Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla. 1. vydání. Praha: Grada, 92 p.
8. Fialová L (2007). Jak dosáhnout postavy snů. Praha: Grada, 136 p.
9. Fraňková S, Dvořáková-Janů V (2003). Psychologie výživy a sociální aspekty jídla. 1. vydání. Praha: Karolinum, 256 p.
10. Gereková E, Schuller IS (2004). Vplyv sociálno-psychologického výcviku na sebahodnotenie chlapcov, dievčat a stabilita. [on-line]. [cit. 2011-3-21]. Dostupné z: <http://cmps.ecn.cz/pd/2004/texty/pdf/gerekova.pdf>
11. Grogan S (2000). Body image. Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem. 1. vydání. Praha: Grada, 186 p.
12. Hainer V, Kunešová M (1997). Obezita – Etiopato-geneze, diagnostika a terapie. 1. vydání. Praha: Galén, 126 p.
13. Hainer V a kol. (2004). Základy klinické obezitologie. 1. vydání. Praha: Grada, 356 p. + 16 p. barevné přílohy.
14. Hlúbik P (1994). Úvod do problematiky obezity. Učební texty Vojenské lékařské akademie Jana Evangelisty Purkyně v Hradci Králové. Hradec Králové: VLA JEP, 84 p.
15. Hlúbik P (2002). Obezita – závažný problém současnosti. Interní medicína pro praxi. Olomouc: Solen. 4/7: 314–317.
16. Ivanová K, Špirudová L, Kutnohorská J (2005). Multikulturní ošetrovatelství I. 1. vydání. Praha: Grada, 248 p.
17. Kasalický M (2007). Tabulizace žaludku. Chirurgická léčba obezity. 1. vydání. Praha: Triton, 89 p.
18. Krejčí M (2008). Self-control and obesity management. In: Factors of self-control and self-esteem. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta, pp. 93–96.
19. Liessmann KP (2010). Hodnota člověka. Filosoficko-politické eseje. 1. vydání. Praha: Malovaný kraj, 141 p.
20. Mastná B (2000). Nadváha, obezita, výživa. 1. vydání. Praha: Triton, 220 p.
21. Mojžišová G, Petrášová D, Koprovičová J, Kuchta M (2005). Zdravotné riziká nadváhy a obezity. In: Životné podmienky a zdravie. Zborník vedeckých prác. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, pp. 277–280.
22. Pelcová N (2010). Vzorce lidství. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 264 p.
23. Pelikánová T (2003). Diabetologie a vybrané kapitoly z metabolismu. 1. vydání. Praha: Triton, 119 p.
24. Stackeová D (2011). Tělesné sebepojetí v kontextu psychosomatiky a možnosti jeho ovlivnění. [on-line]. [cit. 2011-3-21]. Dostupné z: http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2007_2/konference_stackeova_207.htm
25. Svačina Š a kol. (2008). Klinická dietologie. 1. vydání. Praha: Grada, 84 p.
26. Teplan V (2010). Metabolický syndrom a poškození ledvin u nefrologických nemocných. [on-line]. [cit. 2011-8-20]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/metabolicky-syndrom-a-poskozeni-ledvin-u-nefrologickych-nemocnych-454811>
27. Turek B (2004). Výživový stav populace a nutriční rizika. 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav Praha, 32 p.
28. Vitek L (2008). Jak ovlivnit nadváhu a obezitu. 1. vydání. Praha: Grada, 160 p.
29. Zadák Z a kol. (1997). Vybrané kapitoly z metabolismu a klinické výživy. 1. vydání. Praha: Karolinum, 164 p.

Věra Veisová
veisov00@zsf.jcu.cz