

Souvislost mezi vnímáním časové perspektivy a regulací vlastní hmotnosti

Bakalářská práce

Svatava Buráňová

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Šípula

Brno
2015

ABSTRAKT

Cílem této práce bylo prozkoumat vztah časové perspektivy s regulací vlastní hmotnosti u skupiny žen ve věku 18 – 30 let. Byla zjišťována souvislost mezi způsobem omezování se ve stravování (rigidní a flexibilní kontrola) s jednotlivými časovými perspektivami (negativní minulost, pozitivní minulost, hedonistická přítomnost, fatalistická přítomnost a budoucnost). Výzkumu se zúčastnilo celkem 160 žen, jejichž BMI se pohybovalo od 16,5 (dolní hranice podváhy) do 30 (horní hranice nadváhy). Na základě analýz se podařilo potvrdit předpoklad, že orientace na negativní minulost, fatalistickou přítomnost a budoucnost je spojena s vyšší mírou rigidní kontroly ve stravování. Orientace na budoucí časovou perspektivu souvisela s vyšší mírou flexibilní kontroly. Dále se zjistilo, že současné i ideální BMI má signifikantně negativní vztah s orientací na budoucí časovou perspektivu a pozitivní vztah s rigidní kontrolou. Flexibilní kontrola měla významný pozitivní vztah pouze k současnému BMI, nikoliv k ideálnímu. Výsledky jsou diskutovány s ohledem na seberegulaci v oblasti zdraví, ve které hraje časová perspektiva a omezování se ve stravování důležitou roli.

Klíčová slova: časová perspektiva, negativní minulost, pozitivní minulost, hedonistická přítomnost, fatalistická přítomnost, budoucnost, omezování se ve stravování, rigidní kontrola, flexibilní kontrola

The aim of this work was to analyse the relationship between the time perspective and the regulation of body weight of a group of women aged 18 to 30. The analysis focused on the relations between restraint eating (rigid and flexible control) and time perspectives (negative past, positive past, hedonistic present, fatalistic present and future). The research group comprised of 160 women with BMI ranging from 16,5 (lower underweight limit) to 30 (upper overweight limit). The analyses proved the presupposition that negative past and fatalistic present and future orientation is related to a higher rigid control rate. Future time perspective orientation resulted in a higher flexible control rate. The analyses further revealed that both current and ideal BMI have a significantly negative relationship with future time perspective orientation and positive relationship with rigid control. Flexible control had a positive relationship only with the current BMI, not with the ideal one. The results are discussed taking into account self-regulation in health, in which time perspective and restraint eating play an important role.

Keywords: time perspective, past negative, past positive, present hedonistic, present fatalistic, future, restraint eating, rigid control, flexible control

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Brně dne 21. 12. 2015

Svatava Buráňová

Ráda bych poděkovala především svému vedoucímu Mgr. Miroslavu Šipulovi za jeho odborné rady, ochotu, trpělivost a podporu při psaní této práce. Rovněž bych ráda poděkovala rodičům za to, že mi umožnili studovat. Stejně tak bych chtěla poděkovat přátelům za pomoc s překlady a závěrečnými korekturami. Poděkování patří také respondentkám, bez kterých by se výzkum neuskutečnil.

OBSAH

Abstrakt.....	2
Úvod	10
ČASOVÁ PERSPEKTIVA.....	10
Pojetí časové perspektivy Zimbarda a Boyda	12
Minulá časová perspektiva	13
minulá pozitivní časová perspektiva	13
Negativní minulá časová perspektiva	13
Přítomná časová perspektiva.....	13
přítomná hedonistická časová perspektiva.....	14
přítomná fatalistická časová perspektiva	14
Budoucí časová perspektiva	14
Časová perspektiva a chování spojené se zdravím	15
Omezování se ve stravování.....	18
Přístupy vysvětlující omezování se ve stravování	18
Teorie kognitivního omezování se ve stravování	18
Omezování se ve stravování a disinhibice jako dva samostatné konstrukty	20
Rozdíl mezi kognitivním omezováním se ve stravování a držetím diet	21
Shrnutí, výzkumné otázky a hypotézy	22
METODA	24
Výzkumný soubor	24
Výběr vzorku	24
Popis výzkumného souboru.....	25
Výzkumný postup	25
Etika výzkumu	25
Použité metody	26
screeningový dotazník scoff	26
časová perspektiva	26

Škála kognitivního omezování ve stravování	27
Flexibilní kontrola.....	28
Rigidní kontrola	30
Výsledky	32
Deskriptivní statistiky	32
Testování vztahů časové orientace a kontroly ve stravování	32
Dílní výsledky, rozdíly mezi skupinami	33
Rozdíly v aktuálním BMI a ideálním BMI.....	34
Rozdíly v časové perspektivě	34
Rozdíly ve flexibilní a rigidní kontrole	36
Diskuze.....	37
Limity výzkumu.....	39
Doporučení pro další výzkum	39
Literatura	41
Přílohy	46
Příloha 1: Průvodní dopis.....	46
Příloha 2: SCOFF	47
PŘÍLOHA 3: ZIMBARDO TIME PERSPECTIVE INVENTORY (UPRAVENÝ PŘEKLAD)	48
Příloha 4: Flexibilní kontrola.....	50
Příloha 5: Rigidní kontrola	51

Zkratky použité v textu

BMI	index tělesné hmotnosti
BMI-I	ideální index tělesné hmotnosti
Bud	budoucí časová perspektiva
BMI-S	index tělesné hmotnosti v současnosti
FAPř	fatalistická přítomnost
HePř	hedonistická přítomnost
FK	flexibilní kontrola
NeMi	minulá negativní časová perspektiva
PoMi	minulá pozitivní časová perspektiva
RK	Rigidní kontrola
TFEQ	Three-Factor Eating Questionnaire
ZTPI	Zimbardo Time Perspective Inventory

ÚVOD

Tématem práce je souvislost vnímání časové perspektivy a regulace vlastní hmotnosti. Časová perspektiva je proces, který ovlivňuje rozhodování a každodenní chování. Výzkumy, které se zabývaly tématem časové perspektivy a seberegulace v oblasti zdraví, zjistily vztah mezi přítomnou časovou perspektivou a chováním, které přináší příjemné prožitky, avšak také nepříznivé dopady v budoucnosti (např. užívání návykových látek). Oproti tomu orientace na budoucí časovou perspektivu je obecně výhodná, neboť souvisí s uvědomováním si budoucích důsledků přítomného chování a předcházením rizik. Podstatnou úlohu v regulaci vlastního chování má také orientace na minulou časovou perspektivu, které doposud v souvislosti se zdravím nebyla věnována výzkumná pozornost. Podle Bandury (1997) všechny uvedené časové rámce ovlivňují seberegulaci skrze přesvědčení o vlastní účinnosti, které vychází z minulých zkušeností, posouzení současné situace a uvažování o možnostech v budoucnosti.

Časová perspektiva doposud nebyla zkoumána ve vztahu k omezování se ve stravování (*restrain eating*), označující vědomé rozhodnutí a úsilí omezit příjem potravy a kalorií za účelem kontroly tělesné váhy. V anglicky psané literatuře dochází k nejasnému vymezení pojmů *restrain eating* a *chronic dieting*, které bývají některými autory používány jako synonyma (např. Heatherton & Polivy, 1992), jinými jako odlišné pojmy (např. Westenhoefer, 1991). Ani překlady do českého jazyka nejsou jednotné, zahrnují označení jako ukázněnost v jídle (Křivohlavý, 2001), dietování (Fraňková & Dvořáková-Janů, 2003) či patologické držení diet (Krch a kol., 1999).

Ve své práci budu používat omezování se ve stravování, navzdory tomu, že se jedná o dlouhý a komplikovaný pojem. Omezování se je širší koncept než ukázněnost či dietování, které odkazují ke sledování určitého plánu při stravování, a patologické držení diet označující nezdravý způsob kontroly váhy. Omezování se ve stravování označuje ne vždy úspěšnou snahu o zhubnutí nebo o udržení aktuální hmotnosti.

ČASOVÁ PERSPEKTIVA

Časovou perspektivu je možné definovat jako nevědomý proces, který se podílí na konstruování psychologického času, rozděluje jej na minulost, přítomnost a budoucnost, čímž přispívá k udržení uspořádanosti, propojenosti a významu událostí (Zimbardo & Boyd, 1999). Strukturuje minulé zážitky, slouží k jejich zapamatování, ukládání do paměti a vybavování, ovlivňuje přítomné úsudky rozhodování a jednání a podílí se na vytváření očekávání, cílů, možností a imaginativních scénářů, zároveň odráží postoje, přesvědčení a hodnoty spojené s časem (Zimbardo & Boyd, 2008) a ovlivňuje každodenní rozhodování a chování (Bonniwell & Zimbardo, 2004; Klapproth, 2008; Van Ittersum, 2012). Souvisí se seberegulací, což je schopnost měnit a zdokonalovat sám sebe podle určitého plánuvzhledem k cílům, jichž má být dosaženo (Pavelková, Purková, & Menšíková, 2010). Dále souvisí s motivací a kognitivními procesy jako je paměť, vnímání či rozhodování.

Přítomná časová perspektiva funguje jako proces typu „zdola nahoru“, vedoucí od jednotlivých podnětů k vytváření celistvějších mentálních reprezentací. Minulá a budoucí časová perspektiva jsou abstraktnější, představují procesy typu „shora dolů“ (Keough, Boyd & Zimbardo, 1999). Časová perspektiva je vysoce individuální (de Volder & Lens, 1982; Nuttin, 2014). Probíhá stabilním způsobem, avšak může být ovlivňována v průběhu života působením faktorů kulturních, náboženských, společenských, rodinných. Další vliv může mít vzdělání, ale také traumatické zážitky a osobními úspěchy či neúspěchy (Zimbardo & Boyd, 2008).

Pojmem čas se z psychologického hlediska zabývali například William James a Kurt Lewin. Podle Jamese (1890) je časová perspektiva povědomí o nepřetržitém proudu času, minulosti a budoucnosti (ať už blízké nebo vzdálené), která je vždy součástí toho, co je obsaženo v přítomnosti. Lewin (1935) se věnoval souvislosti času a chování a podle něj dochází s vývojem vnímání dítěte k postupnému rozšiřování přítomné perspektivy směrem do budoucnosti a minulosti. Časová dimenze je jednou z oblastí životního prostoru člověka, není pouze výsledkem působení aktuální situace, ale ovlivňují ji také minulé vzpomínky a představy o budoucnosti (Lewin, 1935).

Od poloviny 20. století byla časová perspektiva zkoumána zejména jako kognitivně-motivační charakteristika chování. Autoři se zaměřili především na budoucí časovou perspektivu (Zhang, Howell & Bowerman, 2013). Gjesme (1976) ji definuje jako obecnou schopnost předvídat, osvětlovat a strukturovat budoucnost, která je relativně stabilní, avšak utvářena postupným vývojem. Podle Nuttina (2014) budoucí časová perspektiva představuje motivační proces, který přispívá k plánování a stanování cílů vedoucích k uspokojení potřeb.

De Volder a Lens (1982) rozlišili kognitivní a dynamické aspekty budoucí časové perspektivy. Kognitivní aspekty umožňují předvídat vzdálenější časové intervaly, do kterých je možné umístit cíle a plány a naměřovat k nim současné činnosti. Dynamické aspekty se týkají přisuzování hodnoty cílům, i v případě, že mohou být dosaženy pouze ve vzdálené budoucnosti. Motivační hodnota budoucích cílů klesá, pokud je více časově vzdálená. Lidé orientovaní na budoucí časovou perspektivu vnímají současné chování jako více instrumentální, protože pomáhá dosáhnout okamžitých i budoucích cílů (kognitivní aspekt) a také hodnotí zaujetí pro současné úkoly pozitivněji, protože očekávaná hodnota budoucích cílů je vyšší (dynamický aspekt). Toto pojetí budoucí časové perspektivy zdůrazňuje užitečnost současných činností, které mohou mít velký význam pro dosažení cílů v budoucnosti.

Pojmem čas z vývojového hlediska se zabýval také Piaget. K rozvoji porozumění abstraktním pojmům začíná docházet během mladšího školního věku (Piaget & Inhelder, 2014). Z uvedeného poznatku vychází Pavelková (1990), tvrdí, že perspektivní orientace je vývojově vyšší stádium, kterému předchází krátkodobá orientace, což je zaměření na bezprostřední cíle, charakteristické pro mladší školní věk. K tomu, aby mohlo dojít k rozvinutí perspektivní orientace, musí být naplněny vnitřní podmínky (např. dozrávání kognitivních struktur spojené s přechodem do stádia formálních operací), i vnější podmínky v podobě podnětného prostředí. Pokud k vývoji od krátkodobé orientace k perspektivní orientaci nedojde, pak chování jedince ovlivňují především bezprostřední podněty či přání, a budoucí časová dimenze zůstává upozaděna (Pavelková, 1990).

K objasnění míry orientace na budoucnost a přítomnost byly kromě konceptu časové perspektivy používány, převážně v ekonomii, pojmy jako schopnost odolat pokušení (delay gratification) a pokles hodnoty

oddálené odměny (delay discounting). Oba pojmy obecně označují míru preference okamžité odměny oproti odměně vzdálené v čase (Mischel, Ebbensen, 1970). Pokud mají obě pro jedince stejnou hodnotu, pak si vybere méně časově vzdálenou, což je obecný mechanismus (Kirby & Marakovic, 1996; de Volder & Lens, 1982). V případě konfliktu mezi méně atraktivní okamžitou odměnou v přítomnosti a časově vzdálenější, ale více žádoucí odměnou se zjišťuje tzv. bod rezignace, ve kterém dochází k vyrovnání hodnot odměn. Úkoly, které se používají ke zjištění míry preference přítomné odměny před vzdálenější, jsou závislé na konkrétní situaci, a proto nevhodné ke zjišťování obecných tendencí v chování. Dalším pojmem blízkým časové perspektivě je impulzivita, jež má charakter rysu. Z pohledu psychologie osobnosti splývá významově s orientací na hedonistickou přítomnost. V kognitivním pojetí časová perspektiva představuje proces sloužící ke konstruování psychologického času a je komplexnějším pojmem než impulzivita (Hall a kol., 2012).

Uvedené přístupy se zabývaly přítomnou a budoucí perspektivou, avšak opomíjely minulou časovou perspektivu. Nejucelenější teorii zahrnující všechny tři časové rámce, vytvořili Zimbardo a Boyd (1999), kteří vycházeli z práce Jamese a Lewina. Časovou perspektivu definují jako proces spojený s kognitivními, motivačními, emočními a sociálními aspekty (Zimbardo & Boyd, 1999).

Pojetí časové perspektivy Zimbarda a Boyda

Zimbardo a Boyd (1999) definovali pět časových perspektiv vyskytujících se v západní společnosti, podle kterých se orientujeme a rozhodujeme. Jedná se o minulou negativní a pozitivní perspektivu, přítomnou hedonistickou a fatalistickou perspektivu a budoucí perspektivu. Kromě nich uvádí také transcendentální budoucí časovou perspektivu a holistickou přítomnou časovou perspektivu, které ovšem nejsou běžné pro euro-americkou společnost, a proto se nevyskytují ani v jejich inventáři zjišťujícím časovou perspektivu.

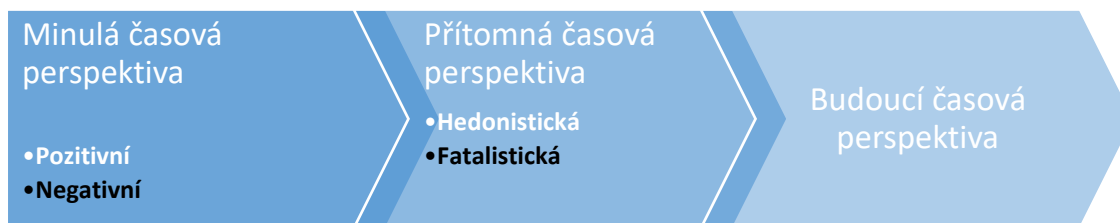
Holistická přítomnost se liší od fatalistické a hedonistické přítomné časové perspektivy. Jedná se o zaměření na absolutní přítomnost, obsahuje jak minulost, tak budoucnost. Lze jí dosáhnout při meditaci nebo řízené relaxaci a projevuje se zaměřením mysli na přítomný okamžik (Zimbardo & Boyd, 1999).

Transcendentální budoucnost je spojena s náboženstvím, spiritualitou, přesvědčením o životě po smrti a uvažováním nad budoucími generacemi. Ukázalo se, že budoucnost během života a po smrti jsou dvě odlišné psychologické domény (Zimbardo & Boyd, 2008).

Podle Zimbarda a Boyda (2008) existuje profil optimální časové perspektivy, což je idealizovaný mentální rámec umožňující přizpůsobení situačním požadavkům. Zahrnuje vysokou míru pozitivní orientace do minulosti, nízkou negativní orientaci do minulosti, středně vysokou hedonistickou orientaci do přítomnosti, nízkou fatalistickou orientaci do přítomnosti, středně vysokou míru orientace do budoucnosti. Znamená schopnost učit se z minulosti, přizpůsobit se přítomnosti a stanovat si budoucí cíle (Van Beek, Berghuis, Kerkhof & Beekman, 2011). Avšak lidé mají obvykle dominantní nebo preferovanou orientaci na jednu z časových perspektiv (Zimbardo & Boyd; 1999; de Volder, 1979). Časová orientace na negativní minulost a fatalistickou přítomnost jsou obecně nevýhodné, souvisí s nízkým sebehodnocením a narušují optimální fungování (Van Beek a kol., 2011; Boniwell & Zimbardo, 2004).

OBRÁZEK 1

Dimenze časové perspektivy podle Zimbarda a Boyda (1999)



MINULÁ ČASOVÁ PERSPEKTIVA

Minulá časová perspektiva představuje vztah k prožitým událostem, vzpomínkám, ovlivňuje rozhodování pomocí vybavování si podobných situací z paměti (Zimbardo & Boyd, 1999, 2008). Avšak přílišné upínání na minulost může vést k přehnané opatrnosti, konzervatismu či uzavřenosti vůči novým zkušenostem (Boniwell & Zimbardo, 2004). Goldberg a Maslach (1996) zjistili, že způsoby, jakými lidé přemýšlí o své minulosti, souvisí se schopností představit si budoucnost.

MINULÁ POZITIVNÍ ČASOVÁ PERSPEKTIVA

Lidé orientovaní na pozitivní minulost vzpomínají s láskou a nostalgií na prožité události (Zimbardo & Boyd, 1999). Mají nízkou míru depresivity a úzkostnosti, vyšší sebehodnocení a pocit štěstí, vyšší životní spokojenost a daří se jim stanovovat si reálné cíle (Boniwel, Osin, Linley & Ivanchenko, 2010; Goldberg & Maslach, 1996; Zhang & Howell, 2011; Zhang a kol., 2013). Zimbardo a Boyd (2008) zjistili, že zapojení se do rodinných tradic a pravidelný kontakt s rodinou přispívá k rozvoji pozitivního minulého časového rámce, pocitu bezpečí a vytváření uskutečnitelných plánů v budoucnosti

NEGATIVNÍ MINULÁ ČASOVÁ PERSPEKTIVA

Negativní minulá časová perspektiva odráží nepříznivé vnímání vlastní minulosti a pocit, že život nelze změnit k lepšímu. Tento postoj k minulosti může souviset s rekonstrukcí vzpomínek a reálnými nepříjemnými či traumatickými zkušenostmi (Zimbardo & Boyd, 1999). Příčinou může být také konfirmační zkreslení, které se vyznačuje sníženou schopností vybavit si pozitivní vzpomínky, vyskytuje se například při depresi (Van Beek a kol., 2011). Negativní minulá časová perspektiva souvisí s úzkostí a nízkým sebehodnocením, emocionální nestabilitou, životní nespokojeností a nižším pocitem štěstí (Zhang a kol, 2013; Zhang & Howell, 2011; Boniwell a kol., 2010; Zimbardo & Boyd, 2008; Zimbardo & Boyd, 1999).

PŘÍTOMNÁ ČASOVÁ PERSPEKTIVA

Orientace na přítomnou časovou perspektivu je charakteristická pro dětství, ale někteří lidé pokračují v tomto zaměření až do dospělosti. Reagují pouze na události, které se dějí v jejich bezprostředním fyzickém a sociálním prostředí (Zimbardo & Boyd, 2008).

PŘÍTOMNÁ HEDONISTICKÁ ČASOVÁ PERSPEKTIVA

Hedonisticky orientovaní lidé si užívají vše, co přináší potěšení a vyhýbají se tomu, co působí bolest a nepříjemnosti. Pouští se do činnosti, které přináší vzrušení, povzbuzení a novost. Zaměřují se na okamžité uspokojení potřeb a krátkodobé výhody. Vyhýbají se situacím, které jsou jednotvárné, vyžadují mnoho úsilí, které jsou omezovány pravidly či nudné. Jsou impulzivní, zapojují se do her nebo příjemných volnočasových aktivit, pokud je považují za hodnotné, ale pokračují v nich jen do té doby, dokud je nezačnou nudit (Zimbardo & Boyd, 2008). Mají také nižší míru sebekontroly, upřednostňují nestálost v životě, jsou méně svědomití a emocionálně stabilní než ostatní. Tato perspektiva reflektuje sklon k požitkářství a riziku. Má pozitivní vztah k vyhledávání vzrušení (sensation seeking) a potřebě nových podnětů a negativní vztah ke kontrole impulzů (Zimbardo & Boyd, 1999).

PŘÍTOMNÁ FATALISTICKÁ ČASOVÁ PERSPEKTIVA

Lidé, u kterých převládá fatalistické zaměření, mají pocit, že jejich chování nevyvolává a ani neovlivňuje výsledky, po kterých touží. Pevládá u nich rezignace a cynismus, bezmoc a beznadějný postoje k budoucnosti a k životu a sebedestruktivní chování (Zimbardo & Boyd, 2008).

Orientace na fatalistickou časovou perspektivu může souviset s náboženskou vírou, jejímž středem je přesvědčení o předurčení. Zimbardo a Boyd (2008) uvádí, že studenti, kteří jsou fatalisticky orientovaní, jsou více agresivní, úzkostní a depresivní. Méně se zajímají budoucí důsledky, mají nižší sebekontrolu, méně energie a nižší sebevědomí. Jsou méně svědomití, emocionálně stabilní, šťastní. Podobně jako lidé orientovaní na hedonistickou přítomnost mají vysokou potřebu vyhledávat nové podněty, které pro ně představují náhradu předvídatelně negativního běhu života. Oproti lidem orientovaným na přítomnou hedonistickou perspektivu je vyhledávání nových podnětů motivováno negativně, odstraněním nevyhovujícího stavu, nikoliv pozitivním prožitkem.

Lidé s vysokou fatalistickou časovou orientací věří, že jejich život je předem určený a jejich vlastní činy nemají žádný vliv na jejich osud, proto nízkou měrou zvažují budoucí důsledky svého chování (Zimbardo & Boyd, 1999). Fatalistická časová orientace má souvislost s vnějším místem kontroly a nízkou mírou vnímané sebeúčinnosti (Bandura, 2001).

BUDOUCÍ ČASOVÁ PERSPEKTIVA

Vývoj budoucí orientace vyžaduje stabilitu a soudržnost v přítomnosti, jinak lidé nemohou odhadovat budoucí důsledky svého jednání (Zimbardo & Boyd, 2008). Jedinci s vysokou budoucí orientací jsou úspěšní ve stanovování a dosahování cílů a plánování strategií pro plnění dlouhodobých závazků. Dokážou odolávat lákavým podnětům, vzhledem ke své zvýšené schopnosti formulovat a představovat si důsledky svého chování. Na druhou stranu, jejich ambice mohou vést k zanedbávání osobnostních a sociálních vztahů (Keough a kol., 1999).

Zimbardo a Boyd (2008) ve svém výzkumu zjistili, že orientace na budoucnost pozitivně souvisí s emocionální stabilitou, nižší mírou depresivity a snadnějším vyrovnáním se s negativními zážitky.

Budoucí časová perspektiva má souvislost s vyšším socioekonomickým statutem, vyšším stupněm vzdělání, stabilním rodinným a společenským prostředím, zaměstnaností a modely chování orientovanými

do budoucnosti, ale také například s životem v mírném podnebném pásmu či protestantským a židovským náboženským vyznáním, jejichž tradice si vysoce váží společenského postavení a zaměstnání (Zimbardo & Boyd, 1999). Avšak žádný z těchto faktorů není jednoznačným prediktorem rozvoje budoucí časové perspektivy, pouze zvyšuje pravděpodobnost vzniku takového postoje k času.

Mohlo by se zdát, že orientace na budoucí časovou perspektivu má obecně příznivé souvislosti. Avšak plánování budoucnosti může vést v přehnané míře k nedostatku radosti ze současnosti, nízkému pocitu osobní pohody, k úzkosti z budoucnosti a stanovování cílů, které je obtížné naplnit (Zimbardo & Boyd, 2008).

Časová perspektiva a chování spojené se zdravím

Většina studií, která se zabývala souvislostí časové perspektivy se zdravím, byla průřezová, tudíž není možné určit případný vztah. Časová perspektiva (nejčastěji přítomná a budoucí) byla zkoumána ve vztahu k různým oblastem chování ovlivňujícím zdraví, například s užíváním drog, tabáku, alkoholu či aktivním pohybem (Adams, 2009; Adams & Nettle, 2009; Fieulaine & Martinez, 2010; Laghi, Liga, Baumgartner & Baiocco, 2012; Daugherty & Brase, 2009; Henson, Carey, Carey, & Maisto, 2006; Keough a kol., 1999).

Ukázalo se, že lidé s vyšší orientací na přítomnost častěji a ve větším množství konzumují alkohol, kouří, užívají drogy a jezdí příliš rychle v automobilech oproti osobám s převažující budoucí časovou perspektivou (Bazínková, 2012; Daugherty & Brase, 2009; Keough a kol., 1999). To je v souladu s obecným zjištěním, podle kterého jedinci orientovaní na současnost jsou především zaměřeni na okamžité důsledky svého chování, a lidé orientovaní spíše na budoucnost jsou ovlivněni odloženým ziskem (Fong & Hall, 2003; Strathman, Gleicher, Boninger, & Edwards, 1994; Zimbardo & Boyd, 1999). Henson a kol. (2006) upozorňují, že přítomná hedonistická časová perspektiva má vztah k rizikovému chování, které přináší příjemný pocit (konzumace návykových látek), zatímco fatalistická časová perspektiva je spojena s chováním ohrožujícím zdraví, jako je nižší míra používání bezpečnostních pásů.

Jiné výzkumy se zabývaly souvislostí mezi časovou perspektivou a úspěšností v odvykacích či rehabilitačních programech. Adams (2009) se zaměřil na úspěšnost pokusů skončit s kouřením a zjistil, že kuřáci orientovaní na přítomnou perspektivu skončí s kouřením s nižší pravděpodobností než osoby orientované na budoucnost. Časová perspektiva může predikovat úspěšnost pokusů o ukončení kouření, což má svou praktickou důležitost pro oblast intervence. Orientace na budoucí časovou perspektivu a uvažování o kouření s ohledem na budoucí důsledky (poškození zdraví vs. přínosy nekouření) může zvýšit úspěšnost v odvykání (Adams, 2009; Hall a kol., 2012)

V souvislosti s užíváním drog bylo zjištěno, že osoby závislé na heroinu skórovaly signifikantně výše na škále přítomného hedonismu a fatalismu a signifikantně níže v budoucí časové orientaci oproti kontrolní skupině bez závislostí (Petty, Bickel & Arnett, 1998). Lidé závislí na heroinu byli s nižší pravděpodobností schopni myslet do budoucna či organizovat systematicky plány. K podobným výsledkům dospěla studie, která se zabývala užíváním návykových látek u žáků základních škol (Wills, Sandy & Yaeger, 2001). Ukázalo se, že rané užívání návykových látek je spojeno s přítomnou časovou perspektivou. Vztah mezi budoucí časovou perspektivou a užíváním návykových látek je opačný. Budoucí perspektiva souvisela

s vyšší úrovní adaptivního chování, pocitem kontroly a zvládáním problémů. Naopak přítomná perspektiva byla spojena s nedávnými negativními událostmi, nedostatkem vnímané kontroly a maladaptivním zvládáním problémů (Wills a kol., 2001).

Časová perspektiva má vztah také k úspěšnosti v rehabilitačních programech (Zimbardo, 2003). Setrvání v nich hraje velkou důležitost pro zdravotní stav pacientů v budoucnosti. Předčasné ukončení programu může mít za následek ztrátu hybnosti, avšak mnoho z nich opouští program, protože jim rehabilitace působí bolest. Pacienti s nízkou tolerancí k bolesti odchází, jakmile dojde k dosažení prahu jejich bolesti, ale ti s vyšší budoucí orientací s větší pravděpodobností zůstávají a snaží se po krátkou dobu vydržet bolest, aby dosáhli dlouhodobých zisků. To má praktický význam, rehabilitační centra mohou používat tato zjištění k využívání strategií s ohledem na časovou perspektivu pacienta. Lidé orientovaní na přítomnost a do minulosti mohou potřebovat větší pozornost a podporu. Méně bolestivé počáteční cvičení a střední zisky je spíše udrží v léčebném procesu (Zimbardo, 2003).

V souvislosti s časovou perspektivou byla zkoumána také preventivní péče o vlastní zdraví (D'Alessio, Guarino, De Pascalis & Zimbardo, 2003, Zimbardo & Boyd, 2008). V italské studii ženy orientované na budoucnost signifikantně častěji chodily na preventivní prohlídky rakoviny prsu než ženy s přítomnou časovou perspektivou a než kontrolní vzorkem žen (D'Alessio a kol., 2003). Zimbardo a Boyd (1999) zjistili, že hedonisticky orientovaní vysokoškolská studenti se častěji účastní různých sportovních a fyzických aktivit. Na druhou stranu mají nižší míru sebekontroly a přestávají se věnovat těmto činnostem, jakmile pro ně začnou být stereotypní.

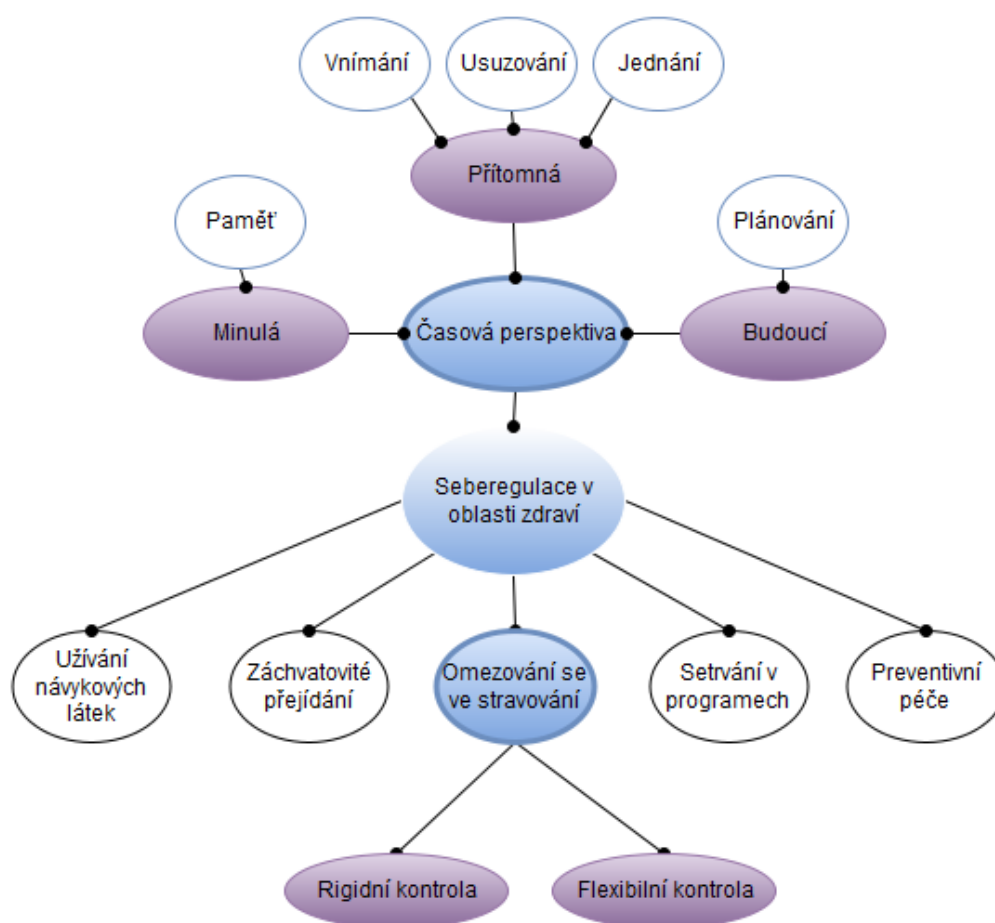
Dále se výzkumy věnují souvislostem mezi časovou perspektivou a stravovacími návyky. Lidé orientovaní na budoucnost upřednostňují kvalitní stravu před chutným, ale nezdravým jídlem, více sledují svoji váhu a s menší pravděpodobností u nich dochází k rozvoji obezity a diabetu (Zimbardo & Boyd, 2008). Adolescenti, u kterých se vyskytuje záchvatovité přejídání se a opíjení, jsou více orientováni do minulosti, a také se u nich objevuje nízká orientace na budoucnost a vyšší inklinace k fatalismu než u ostatních studentů. Navíc se u nich vyskytuje nižší míra životní spokojenosti a sebehodnocení (Laghi a kol., 2012). Dvěma faktory zvyšujícími riziko záchvatovitého přejídání a konzumace alkoholu u adolescentů, u kterých se vyskytovala fatalistická přítomná orientace, jsou omezený pocit kontroly nad svými činy a nedostatek naděje směrem k budoucnosti (Laghi a kol., 2012). Oproti tomu adolescenti orientovaní na budoucnost byli schopni formulovat negativní důsledky a také představovat si a vytvářet budoucí cíle, což utvářelo jejich úsudky a rozhodnutí, také se u nich častěji objevovalo oddálení uspokojení a nižší intenzita rizikového chování, jako je například záchvatovitá konzumace (Keough a kol., 1999). Podle Komlose, Smitha a Bogina (2004) existuje mezi časovou perspektivou a tělesnou váhou souvislost. Lidé méně orientovaní na budoucnost jsou náchylnější ke konzumaci nadměrného množství kalorií.

Budoucí časová orientace souvisí s častějším cvičením a zdravějším stravováním (Van Beek, Antonides & Handgraaf, 2013). Pro zdravé stravování a cvičení hrají podstatnou roli odlišné procesy. Sebekontrola, jakožto schopnost snášet, využívat a ovládat emoce a působení podnětů, je důležitější pro stravování (např. odolávání pokušení sníst čokoládu), zatímco plánování má význam spíše pro sportovní aktivity (Van Beek a kol., 2013; Van Beek a kol., 2011). Seberegulace má významnou souvislost s minulou pozitivní časovou perspektivou, avšak opačný vztah k minulé negativní a přítomné fatalistické časové perspektivě (Van Beek a kol., 2011).

Závěry uvedených studií naznačují, že časová perspektiva je důležitým konstruktem, který by měl být brán v úvahu při zkoumání chování spojeného se zdravím, jako je užívání návykových látek a závislostí či při plánování intervenčních programů. Obecně se dá říci, že zdravotní stav je predikován preferencí větších odměn před malými a okamžitými odměnami, obecnou tendencí zvažovat budoucí důsledky svého chování a orientací na budoucnost (Daugherty & Brase, 2009). Podstatnou roli v chování ovlivňujícím zdraví má seberegulace, která byla zkoumána především ve vztahu k přítomné a budoucí časové perspektivě, minulá časová perspektiva zůstávala opomíjena. Minulá časová perspektiva obsahuje dřívější zkušenosti, které mohou hrát zásadní roli v procesu rozhodování a regulaci vlastního chování. Podle Bandury (1997) všechny tři časové rámce působí na regulaci vlastního chování skrze přesvědčení o vlastní účinnosti, které vychází z minulých zkušeností, posouzení současné situace a uvažování o možnostech v budoucnosti.

OBRÁZEK 2

Schéma znázorňující souvislost mezi časovou perspektivou, procesy s ní spojenými a seberegulací související se zdravím. Pro zjednodušení nejsou uvedeny dimenze jednotlivých časových perspektiv.



Omezování se ve stravování

O snížení tělesné váhy se snaží značná část populace, tento problém se ve větší míře dotýká žen, drží diety až 1,5 krát častěji než muži (Andreyeva, Long, Henderson, & Grode, 2010; Laska, Pasch, Lust, Story & Ehlinger, 2011). Podle Hermana a Polivy (1992) mezi mladými ženami převažuje držení diet nad stravováním bez omezování a strachu z tloušťky.

Hubnutí a udržování váhy souvisí s využíváním odlišných strategií. Lidé, kteří uvedli, že se omezují v jídle za účelem snížení váhy, využívali větší spektrum strategií (např. zdravé stravování, snížení příjmu kalorií či cvičení), než lidé, jejichž cílem bylo udržení váhy (Timko, Perone & Crossfield, 2006). Rozdíly se objevily také mezi muži a ženami. Muži oproti ženám častěji cvičí, nevyužívají nezdravé metody ke snížení váhy (např. projímadla, léky na hubnutí a komerčně propagované dietní programy).

Pokusy o snížení váhy často končí neúspěchem. Výzkum provedený v USA ukázal, že pouze 13-20 % účastníků je úspěšných v udržení úbytku váhy 5 kg nebo více během období 5 let (Wing & Phelan, 2005). Většina osob selhává v pokusech udržet ztrátu a dochází k jojo efektu spojenému s opětovným nárůstem váhy po ukončení hubnutí (Crawford, Jeffery, & French, 2000; Mann a kol., 2007). Studie srovnávající skupiny osob lišící se v úspěšnosti udržet si váhu zjistila, že lidé, kteří nabерou hmotnost zpět, věnují nedostatečnou pozornost kontrole váhy. Jejich sebehodnocení se odvíjí od spokojenosti s vlastní postavou, reagují na negativní životní události přejídáním se a přemýšlejí dichotomicky („vše nebo nic“) o tématech souvisejících s váhou (Byrne, Cooper & Fairburn, 2003). Omezování se ve stravování (neúspěšné omezení příjmu potravy ve smyslu udržet nebo snížit hmotnost) může vést k selhání a následnému přejídání, což je rizikový faktor pro rozvoj obezity, ale také k poruchám příjmu potravy (Polivy, & Leone, 2005; Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer & Agras, 2004; Herman, Polivy & Herman, 1985). Mezi faktory vedoucí k opakovanému držení diet patří nespokojenost s vlastním tělesným obrazem, pocit nízké atraktivity a neschopnosti odvozený z předchozích selhání v hubnutí (Heatherton & Polivy, 1992). Zůstává poměrně nejasné, co odlišuje osoby úspěšné v držení diet od neúspěšných. Chambers a Swanson (2012) se zabývali rozdíly v jejich chování a zjistili, že se může jednat o četnost vážení, strategie hubnutí a reakce na neúspěch s dosažením stanoveného cíle

Přístupy vysvětlující omezování se ve stravování

TEORIE KOGNITIVNÍHO OMEZOVÁNÍ SE VE STRAVOVÁNÍ

K vysvětlení mechanismu selhávání v pokusech o zhubnutí bylo vytvořeno několik modelů. Jeden z prvních představili autoři Herman a Polivy (1980). Za zásadní období považují časnou adolescenci, ve které poprvé dochází k porovnávání tělesného vzhledu s představami o ideální podobě. Pokud je diskrépance mezi těmito stavy významná, objevuje se negativní prožívání a pocity nespokojenosti s vlastním tělem, které může vést k omezování se ve stravování. Je-li regulace váhy úspěšná, dochází k návratu

k běžnému stylu stravování. Při selhání je proces přehodnocen, což následně vede buď k ukončení omezování se, nebo k novému pokusu, který je spojen se zvýšením napětí a emocionality, což způsobuje větší náchylnost k dietnímu selhání. Každý další neúspěch vede ke snížení sebehodnocení a zvýšení negativního prožívání, které činí další selhání v dietě jako více pravděpodobně. Opakováním cyklu inhibice (kontroly ve stravování) a disinhibice (ztráta kontroly) dochází k postupnému ponoření do spirály neúspěchu, negativního prožívání a nízkého sebehodnocení jako důsledku dietního selhání, což může vést k rozvoji poruch příjmu potravy či obezity.

Heatherton a Polivy (1992) upozorňují, že u osob s bulimií a anorexií nedochází pouze k extrémnímu omezování se ve stravování, ale vyskytují se u nich navíc i závažnější psychické potíže. Na rozdíl od osob omezujících se ve stravování lidé s anorexií se snaží dosáhnout extrémních cílů a nevyskytuje se u nich záchvatovitě přejídání. Osoby s anorexií se více zabývají tělem a vlastní váhou, mají nižší sebehodnocení a vyšší míru depresivity než osoby omezující se ve stravování (Wilksch & Wade, 2004). Mezi lidmi s mentální bulimií a omezujícími se ve stravování se také vyskytují společné charakteristiky. Obě skupiny mají nízké sebehodnocení, negativní prožívání a jsou náchylné k záchvatovitému přejídání (Heatherton & Polivy, 1992). Lidé omezující se opakovaně ve stravování mají nižší míru tělesné spokojenosti a sebehodnocení oproti těm, kteří se stravují běžným způsobem (Putterman & Linden, 2006; Kong a kol., 2013). Nízké sebehodnocení může být impulzem pro rozhodnutí držet dietu a ovlivňovat úspěšnost v regulaci stravování (Putterman & Linden, 2006).

Podle této teorie není příjem potravy regulován fyziologicky (pocity hladu a sytosti), ale kognitivně pomocí dietních pravidel, což zvyšuje riziko selhání při prožívání stresu nebo úzkosti. Důsledkem je zvýšená citlivost na externí potravinové podněty (Herman & Polivy, 1980), která se projevuje vyšší náchylností k selhání při vystavení nezdravému jídlu (Hofmann, Adriaanse, Vohs & Baumeister, 2014; Lowe & Butryn, 2007; Papies, Stroebe & Aarts, 2008) a podnětům jako je vzhled, vůně či chuť (Fedoroff, Polivy, & Herman, 1997; Jansen & Van den Hout, 1991). Ve srovnání s osobami stravujícími se běžným způsobem zažívají lidé omezující se ve stravování častější spontánní aktivaci hedonických myšlenek, (Papies, Stroebe, & Aarts, 2007). Zvýšená vnímavost ke vnějším podnětům představuje riziko pro ztrátu kontroly v omezování se a může vést následně k přejídání.

Nedostatkem tohoto modelu je předpoklad, že omezování se je rizikovým faktorem pro rozvoj poruch příjmu potravy a obezity. Herman a Polivy (1980) pohlíží na omezování se a chronické držení diet jako na shodný koncept, který negativně ovlivňuje zdraví člověka. Nepředpokládají, že by omezování v určité formě mohlo být prospěšné pro regulaci vlastní hmotnosti. Johnson, Pratt a Wardle (2011) zpochybňují omezování se jako střídání období přísného dodržování diety a ztráty kontroly s následným přejídáním. Upozorňují na problém validity škály The Restraint Scale (Herman & Polivy, 1980), která vychází z teorie kognitivního omezování ve stravování. Škála je zaměřena především na negativní důsledky kognitivní kontroly stravování. Některé z položek zjišťují namísto omezování se ve stravování disinhibici, která vysoce koreluje s přejídáním a impulzivitou. Vysoké skóre na této škále mohou určit pouze část osob, která se omezuje ve stravování a zároveň má potíže s regulací hmotnosti, disinhibicí a přejídáním (Johnson, Pratt a Wardle, 2011). Další dotazníky se snažily překonat uvedené nedostatky, obsahují samostatné subškály pro omezování se a disinhibici a zaměřují se na úspěšnost v regulaci příjmu kalorií. Později došlo k posunu

od jednodimenzionálního omezování se ve stravování k dvoudimenzionálnímu, které rozlišuje flexibilní a rigidní kontrolu ve stravování.

OMEZOVÁNÍ SE VE STRAVOVÁNÍ A DISINHIBICE JAKO DVA SAMOSTATNÉ KONSTRUKTY

Stunkard a Messick (1985) vytvořili model a dotazník (Three- Factor Eating Questionnaire), ve kterém jsou kognitivní omezování, disinhibice a hlad považovány za tři samostatné konstrukty. Na rozdíl od pojetí Polivy a Hermana (1985) předpokládají negativní vztah mezi omezováním se ve stravování, které je kontrolováno kognitivně, a záchvatovitým přejídáním (Stunkard, Messick, 1985).

Westenhoefer (1991) se v návaznosti na třífaktorový model Stunkard a Messicka (1985) zabýval omezováním se ve stravování, které podle něj není jednodimenzionálním konstruktem, ale kombinací rigidní a flexibilní kontroly, které mají opačný vztah k disinhibici a záchvatovitému přejídání. U osob s vysokou mírou rigidní kontroly se s větší pravděpodobností vyskytuje také přejídání, zatímco vztah s flexibilní kontrolou je negativní (Timko & Perone, 2005).

Rigidní kontrola je dichotomní strategie ve stravování, držení diet a kontrole váhy. Projevuje střídáním období hladovění a přejídání. Ve fázi omezování se dochází k úzkostnému lpění na dietním plánu a přísnému zakazování všech nevhodných potravin. Takový způsob stravování bývá obtížné dodržet. Lidé s převažující rigidní kontrolou jsou častěji neúspěšní v kontrole svého stravování a mají vyšší BMI (Shearin, Russ, Hull, Clarkin, & Smith, 1994; Westenhoefer, 1991). Vysoká rigidní kontrola také souvisí s poruchami nálady, tělesnou nespokojeností, nadměrným zaujetím vlastní váhou, symptomy poruch příjmu potravy a nebezpečnými způsoby hubnutí (Masheb & Grilo, 2001; Shearin a kol., 1994; Stewart, Williamson & White, 2002; Timko & Perone, 2005; Westenhoefer, Stunkard & Pudel, 1999).

Flexibilní kontrolu charakterizuje rozvážnější přístup ke stravování, ve kterém je nezdravé jídlo konzumováno v omezeném množství (Westenhoefer, 1991). Souvisí se schopností plánovat a regulovat příjem kalorií, nedochází k přísnému zákazu nezdravého jídla, ale konzumace v malém množství je možná (Westenhoefer, Broekman, Münch & Pudel, 1994). Lidé s vysokou flexibilní kontrolou se po případném porušení dietních pravidel snaží o nápravu, například větším omezením konzumace určitého druhu potravin. U těchto osob se vyskytuje také vyšší emocionální stabilita a méně patologie ve stravování (Timko & Perone, 2005). Lidé s vysokou mírou flexibilní kontroly mají nižší BMI oproti osobám s vysokou rigidní kontrolou (Stewart a kol., 2002; Shearin a kol. 1994; Stewart a kol., 2002; Timko & Perone, 2005).

Souvislost mezi BMI a způsobem kontroly ve stravování se liší v závislosti na výzkumném vzorku. U vzorku s psychickými problémy (hraniční porucha osobnosti, záchvatovité přejídání) byl mezi BMI a flexibilní i rigidní kontrolou negativní vztah (Masheb & Grilo, 2001; Shearin a kol., 1994). Avšak u zdravých a neobézních žen se vyskytovala pozitivní korelace mezi BMI oběma způsoby kontroly ve stravování (Stewart a kol., 2001).

Westenhoefer (1991) vytvořil nástroj pro zjištění rigidní a flexibilní kontroly, které vychází ze subškály kognitivního omezování se dotazníku TFEQ. Ukázalo se, že toto rozdělení je přínosné pro přesnější poro-

zumění mechanismům, které stojí za omezeními ve stravování. Později byla škála rozšířena o několik položek (Westenhoefer a kol., 1999).

Lidé s ohledem na míru flexibilní a rigidní kontroly mohou být rozděleni do 4 skupin:

- Nízká rigidní kontrola a nízká flexibilní kontrola
- Nízká rigidní kontrola a vysoká flexibilní kontrola
- Vysoká flexibilní kontrola a vysoká rigidní kontrola
- Vysoká flexibilní kontrola a nízká rigidní kontrola

Většina osob nemá vyhraněný styl kontroly, například ve studii Stewarta a kol. (2002) bylo pouze 10% zařazeno mezi rigidně se kontrolující v příjmu potravy a 13% respondentů jako kontrolující se flexibilně. Největší část (42 %) měla nízkou rigidní i flexibilní kontrolu, následně vysokou flexibilní i rigidní kontrolu (35 %). Je nutné upozornit, že se jednalo o vzorek zdravých osob pod hranicí obezity ($BMI < 30$), který pravděpodobně nevěnoval velkou pozornost regulaci vlastní hmotnosti. Nízký počet respondentů kontrolující váhu vyhraněným způsobem byl dán vysokou korelací obou subškál ($r = 0,7, p < 0,01$).

Rigidní a flexibilní kontrola jsou dvě podoby omezování ve stravování, přičemž flexibilní kontrola je prospěšnější strategií (Timko & Perone, 2005; Westenhoefer, 1996; Westenhoefer a kol., 1999). Teorie kognitivního omezování chápala chronické držení diet a omezování se ve stravování jako synonyma, avšak Westenhoefer (1999) svým rozdělením odlišuje rigidní kontrolu, která souvisí s opakovaným držením diet a pravděpodobnějším selháváním v pokusech o regulaci hmotnosti a flexibilní kontrolu představující adaptivnější a výhodnější strategii.

ROZDÍL MEZI KOGNITIVNÍM OMEZOVÁNÍM SE VE STRAVOVÁNÍ A DRŽENÍM DIET

Jasně rozlišení mezi omezováním se ve stravování, dietou či opakovaným držením diet chybí. Někteří autoři používají pojmy omezování ve stravování a chronické držení diet jako synonyma (Heatherton a Polivy, 1992). Podle jiných je nutné rozlišovat mezi dietou a omezováním se (Westenhoefer, 1991) a přihlížet k tomu, zda se jedná o chování, jehož cílem je udržet si hmotnost nebo zhubnout (Timko, Perone & Crossfield, 2006). Pokud je respondentům položena otázka, zda v současné době drží dietu, jejich odpověď neposkytuje žádné informace o příjmu kalorií a ani jakým způsobem si vlastně interpretují otázku. Ukázalo se, že rozdíly v jejím porozumění souvisí se způsobem, jakým byla položena, pohlavím a tělesnou hmotností (Neumark-Sztainer, Jeffery & French, 1996). Proto odpověď „ano“ na tuto otázku nemá jasně vypovídající hodnotu. Podobně to platí pro chronické držení diet, pokud je problémem stanovit vůbec to, co je možné považovat za dietu, pak budeme jen obtížně sledovat, zda k tomuto vzorci jídelního chování dochází opakovaně.

Podle Westenhoefera (1991) rigidní kontrola úzce souvisí s držením diet. Lidé dosahující vysokých skóre v rigidní kontrole často zároveň drží dietu. Pro flexibilní kontrolu ve stravování není charakteristické do-držování jasného plánu. Lidé, kteří v ní dosahují vysokých skóre, méně často uvádí držení diety v současnosti.

Shrnutí, výzkumné otázky a hypotézy

Cílem práce je prozkoumat souvislost mezi časovou perspektivou a regulací vlastní hmotnosti. Doposud chybí studie, které by se tomuto vztahu věnovaly. Podle teorie časové perspektivy je současné chování ovlivněno působením aktuálních podnětů, sledováním budoucích cílů, ale také minulými zážitky a zkušenostmi. Z dosavadních výzkumů je možné usuzovat na souvislost mezi časovou perspektivou a seberegulací v oblasti zdraví, neboť ovlivňuje úsudky, rozhodování a jednání. Ukazuje se, že budoucí časová perspektiva souvisí s péčí o vlastní zdraví a zvažováním budoucích následků chování. Přítomná časová perspektiva je spojena s chováním, které přináší pozitivní prožitky v přítomnosti, avšak bez uvažování o budoucích důsledcích, a souvisí s chováním nepříznivě působícím na zdraví. Minulá časová perspektiva nebyla příliš zkoumána v souvislosti se zdravím, přestože obsahuje zkušenosti, které ovlivňují chování.

Omezování se ve stravování je chování, které může vést k získání příznivým pro zdravotní stav, ale také představuje riziko pro rozvoj poruch příjmu potravy, obezity či chronické držení diet, které vede k jojo efektu. V této práci bude zkoumána souvislost časové perspektivy s flexibilní kontrolou, která je považována za funkční strategii k regulaci hmotnosti, a rigidní kontrolou představující nebezpečný způsob regulace vlastní hmotnosti.

Na základě těchto faktů si kladu dvě výzkumné otázky:

VO1: Existuje vztah mezi rigidní kontrolou ve stravování a časovou perspektivou?

Hypotéza 1: Rigidní kontrola má pozitivní vztah k budoucí časové perspektivě.

Hypotéza 2: Rigidní kontrola má pozitivní vztah k minulé negativní časové perspektivě.

Hypotéza 3: Rigidní kontrola má pozitivní vztah k přítomné fatalistické časové perspektivě.

Hypotéza 4: Rigidní kontrola má negativní vztah k přítomné hedonistické časové perspektivě.

Hypotéza 5: Rigidní kontrola má negativní vztah k minulé pozitivní časové perspektivě.

Přestože je rigidní způsob kontroly ve stravování považován za nevhodný, směřuje k dosažení budoucího cíle. Přílišná orientace na budoucí časovou perspektivu je nevýhodná, neboť souvisí s přehnaným plánováním a až úzkostným zaměřením na budoucnost. Lpění na budoucích cílech a neschopnost přizpůsobit chování situaci souvisí s rigidním způsobem kontroly. Lze očekávat pozitivní vztah mezi rigidní kontrolou a budoucí časovou perspektivou.

Rigidní kontrola ve stravování souvisí s častějším selháváním ve snaze regulovat svoji hmotnost, využíváním strategií, které se ukázaly být nefunkčními v minulosti, a neschopností je změnit. Jedná se o nevhodný způsob kontroly váhy, tudíž lze očekávat pozitivní vztah s přítomnou fatalistickou časovou perspektivou a negativní minulou časovou perspektivou, které jsou obě považovány za nevýhodné a narušující optimální fungování.

Úzkostné dodržování cílů a s tím související neschopnost vychutnat si příjemné prožitky v přítomnosti naznačuje negativní souvislost mezi rigidní kontrolou a přítomnou hedonistickou časovou orientací. Negativní vztah je očekáván mezi minulou pozitivní časovou perspektivou. Ženy, které kontrolují svoji váhu rigidním způsobem, mají pravděpodobně více zkušeností s neúspěchem a svoji minulost nevnímají příliš pozitivně.

VO2: Existuje vztah mezi flexibilní kontrolou ve stravování a časovou perspektivou?

Hypotéza 6: Flexibilní kontrola má pozitivní vztah k budoucí časové perspektivě.

Hypotéza 7: Flexibilní kontrola má pozitivní vztah k přítomné hedonistické časové perspektivě.

Hypotéza 8: Flexibilní kontrola má pozitivní vztah k minulé pozitivní časové perspektivě.

Hypotéza 9: Flexibilní kontrola má negativní vztah k minulé negativní časové perspektivě.

Hypotéza 10: Flexibilní kontrola má negativní vztah k přítomné fatalistické časové perspektivě.

Flexibilní kontrola je považována za zdravý způsob omezování se ve stravování. Budoucí časová perspektiva souvisí se stanovováním a dosahováním cílů a plánováním strategií pro plnění dlouhodobých závazků. Proto lze předpokládat pozitivní vztah mezi flexibilní kontrolou a orientací na budoucí časovou perspektivu.

Flexibilní kontrola ve stravování neznamena striktní zakázání lákavých potravin (např. sladkosti), ale umožňuje jejich konzumaci v omezení míře. Přítomná hedonistická časová perspektiva je spojena s vyhledáváním příjemných podnětů. Lze očekávat také pozitivní vztah mezi flexibilní kontrolou a orientací na hedonistickou přítomnost.

Pozitivní minulé časová perspektiva představuje kladný vztah k prožitým událostem a ovlivňuje rozhodování vybavováním si podobných situací z paměti. Zahrnuje také zkušenosti se schopností regulovat své chování v minulosti. Lze očekávat pozitivní vztah s flexibilní kontrolou. Lidé, kteří vnímají pozitivním způsobem prožité události, budou častěji využívat flexibilní kontrolu.

Flexibilní kontrola váhy je prospěšná strategie k regulaci hmotnosti, proto je možné očekávat negativní vztah k přítomné fatalistické časové perspektivě a minulé negativní časové perspektivě, které představují nevýhodnou orientaci a narušují optimální fungování.

METODA

V tomto výzkumu byly měřeny dva koncepty, časová perspektiva a kontrola ve stravování, a jejich vzájemná souvislost. K měření časové perspektivy byla použita česká verze dotazníku Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI). Kontrola ve stravování byla zjišťována pomocí škál Flexibilní a Rigidní kontroly, které doposud nebyly převezeny do češtiny. Přibližnou míru příznaků poruch příjmu potravy v minulosti zjišťoval screeningový dotazník SCOFF. Dále byly zjišťovány údaje jako je věk, aktuální váha, ideální váha, výška a omezování se v jídle v současnosti.

Výzkumný soubor

Výběr vzorku

Výzkumný soubor byl sestaven metodou příležitostného výběru v kombinaci s metodou lavinového výběru. Na svém osobním profilu na sociální síti Facebook jsem zveřejnila příspěvek s nabídkou účasti ve výzkumu o aspektech souvisejících s regulací vlastní hmotnosti a požádala jsem o sdílení příspěvku mezi další potenciální zájemce.

Kritéria pro zařazení do vzorku byla následující:

- Ženy ve věku od 18 do 30 let
- Absence osobních zkušeností s příznaky poruch příjmu potravy
- BMI v rozmezí 16,5 (spodní hranice podváhy) až 30 (horní hranice nadváhy)

Věková hranice pro respondentky byla zvolena z důvodu změn v časové orientaci, ke kterým dochází v průběhu života. Lidé do 30 let jsou více orientováni na přítomnou hedonistickou časovou perspektivu a méně na zbývající časové perspektivy oproti starším věkovým skupinám (Homolová, 2011).

Vylučovacím kritériem z výzkumu byla osobní zkušenost s příznaky poruch příjmu potravy. Osoby nemocné mentální anorexií a bulimií dosahují vyšších skóre v omezování se ve stravování oproti zdravým lidem. Vylučovacím kritériem bylo také BMI nižší než 16,5 z důvodu rizika onemocnění poruchami příjmu potravy, a BMI vyšší než 30, což je hranice obezity.

Respondentky vyplňovaly dotazník online pomocí přímého odkazu. Jednalo se o nahodilý výběr vzorku, mezi jehož nevýhody patří diskutabilní reprezentativnost. Avšak vzhledem k věkové kategorii, která se běžně pohybuje v online prostředí a kritériím pro účast ve výzkumu, považuji tuto strategii za vhodnou. Navíc lidé mají tendenci uvádět nižší hmotnost a přeceňovat vlastní výšku v přímém kontaktu s výzkumníkem (Gorber, Tremblay, Moher a Gorber, 2007), a u žen je zkreslení údajů o vlastní postavě častější (Bowring a kol., 2012). Vyplňování dotazníku online přináší výhodu v podobě anonymity, která snižuje možnost ovlivnění výzkumu přítomností tazatele a zkreslení výsledků sociální žádoucností.

Způsob sestavení vzorku snižoval nadbytečnou zátěž respondentů, neboť již v úvodním dopise bylo uvedeno, kdo se výzkumu může zúčastnit, a proto nedošlo ke zpětnému vyřazení na základě kritéria příznaků poruch příjmu potravy.

Příznaky poruch příjmu potravy byly uvedeny namísto diagnózy, neboť část populace, která se s tímto onemocněním setkala, nebyla nikdy diagnostikována, Kramer a Kittleson (2005) mluví až o jedné polovině. Pomocí upravené screeningové škály SCOFF byl sledován počet příznaků, které mohly naznačovat zkušenost s poruchou příjmu potravy v minulosti. Pokud některá z respondentek uvedla všech pět příznaků, byla z výzkumu vyloučena.

Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 160 žen, od 18 do 30 let, průměrný věk byl 23,8 let ($SD = 3$). Průměrný BMI byl 22,5 ($SD = 2,8$), BMI 8 žen se pohyboval v pásmu podváhy (BMI od 16,4 do 18,5), 115 žen mělo normální váhu (BMI od 18,5 do 24,9) a 37 žen mělo nadváhu (BMI od 25 do 29,9).

Čtyři ženy byly ze vzorku vyřazeny z důvodu BMI v pásmu obezity a jedna žena kvůli celkovému skóru 5 v dotazníku SCOFF. U respondentek bylo zjišťováno, zda se v současnosti omezují v jídle z důvodu hubnutí (kategorie Hubnutí), udržení aktuální váhy (kategorie Stálá váha) nebo se neomezují v jídle (kategorie Bez omezování), případně mohly uvést jinou možnost. Dvě z respondentek uvedly vlastní odpověď, sdělily, že se omezují v jídle ze zdravotních důvodů (potravinová alergie). Následně byly zařazeny do kategorie, která se v jídle neomezuje, protože jejich omezování nesouviselo s regulací hmotnosti.

Výzkumný postup

Respondentky vyplňovaly dotazník vždy ve stejném pořadí. Nejprve odpovídaly na osobní položky týkající se postavy a příznaků poruch příjmu potravy, poté následoval Zimbardův inventář časové perspektivy a nakonec subškály Flexibilní a Rigidní kontroly. Tento postup byl zvolen záměrně, neboť bylo vhodné oddělit úvodní otázky a otázky týkající se kontroly váhy z důvodu možného vlivu na způsob odpovídání.

Etika výzkumu

V průvodním dopisu byly respondentky ujištěny o anonymitě při vyplňování. Během výzkumu mohly kdykoliv vyplňování ukončit. Jejich odpovědi se odeslaly až poté, kdy na konci dotazníku podaly souhlas se zpracováním odpovědí. Není dohledatelné, jaká část respondentek se rozhodla dotazník nedokončit či neodeslat odpovědi. Respondentkám byla nabídnuta možnost uvést emailovou adresu, na kterou jim pošlu výsledky, v případě, že by o ně měly zájem. Na konci dotazníku byl ponechán prostor pro vlastní komentář k mému dotazníku.

Použité metody

SCREENINGOVÝ DOTAZNÍK SCOFF

Možný výskyt příznaků poruch příjmu potravy byl zjišťován upraveným dotazníkem SCOFF (Morgan, Reid a Lacey, 2000). Jeho název byl odvozen z anglických slov Sick, Control, One stone, Fat a Food, což jsou označení jednotlivých položek. Původní verze obsahuje pět otázek v přítomném čase, na které respondent odpovídá ve formátu ano-ne. Souhlas na dvě a více položek znamená zvýšení podezření na onemocnění poruch příjmu potravy. Nejedná se o diagnostický nástroj. Pro účely tohoto výzkumu byl dotazník upraven do oznamovacích vět v minulém čase, což umožnilo zjistit, zda se respondentka v minulosti setkala s klíčovými příznaky poruch příjmu potravy.

Přestože o vyplnění dotazníku byly požádány ženy, které v minulosti netrpěly poruchou příjmu potravy, bylo důležité pokusit se ve vzorku určit ženy, které se pravděpodobně se závažnými příznaky v minulosti setkaly, ale nebyly si vědomy spojitosti s poruchami příjmu potravy. Za kritérium pro vyřazení z výzkumu byl považován souhlas se všemi pěti položkami (Příloha 1).

ČASOVÁ PERSPEKTIVA

Časová perspektiva byla zjišťována pomocí Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) vytvořenou Zimbardem a Boydem (1999). Obsahuje 56 položek, které zjišťují tendenci upřednostňovat jednotlivé časové orientace, rozdělených do pěti subškál. V Tabulce 1 jsou uvedeny vlastnosti jednotlivých škál pro tento výzkum.

TABULKA 1. VNITŘNÍ KONZISTENCE SUBŠKÁL ČASOVÉ PERSPEKTIVY

	N položek	Cronbachovo α
Pozitivní minulost	10	0,70
Negativní minulost	10	0,88
Hedonistická přítomnost	15	0,83
Fatalistická přítomnost	9	0,71
Budoucnost	13	0,74

Položky jsou ve formě oznamovacích vět v první osobě a respondent odpovídá na pětistupňové škále (od 1 do 5), od „rozhodně nesouhlasím“ po „rozhodně souhlasím“. Metoda byla přeložena do češtiny a standardizována v rámci studie Lukavské, Lukavského, Klicperové-Baker a Zimbarda (2011). Avšak ukázalo se, že některé z položek jsou problematické z důvodu nejasnosti způsobené nevhodným překladem, dvojitym zápořem či zjevným odkazem na jinou časovou perspektivu, proto jsem ve své práci použila upravenou verzi dotazníku od Terezy Keřkovské (2014), která se uvedenými nedostatky zabývala a přeformulovala 9 položek, což vedlo ke zvýšení jejich srozumitelnosti. Oproti původní verzi byl snížen počet reverzně for-

mulovaných položek z 5 na 4 (položky č. 24, 25, 41, 56). Položka č. 9, původně reverzní, byla přeformulována, neboť obsahovala dvojitý zápor. Skór pro jednotlivé subškály se vypočítal počtem získaných bodů vyděleným počtem otázek v subškále. Jak je patrné z Tabulky 5, jednotlivé škály časové perspektivy spolu korelovaly očekávaným způsobem, podobně jako v metodické studii Lukavské a kol. (2011) a v originální verzi Zimbarda a Boyda (1999).

ŠKÁLA KOGNITIVNÍHO OMEZOVÁNÍ VE STRAVOVÁNÍ

Ke zjištění míry omezování se ve stravování byla použita rozšířená verze škály Kognitivního omezování se dotazníku Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) publikovaná Westenhoeferem a kol. (1999), která obsahuje subškálu flexibilní kontroly (FK, 12 položek) a rigidní kontroly (RK, 16 položek), které odpovídají dvěma typům kontroly ve stravování. Obě subškály přeloženy do češtiny v rámci dizertační práce Kintrové (2010), avšak prokázaly nízkou míru vnitřní konzistence (RK $\alpha = 0,56$, FK $\alpha = 0,41$) oproti anglické verzi, která se pohybuje okolo $\alpha = 0,80$ pro obě škály (např. Timko, 2007, Shearin a kol., 1994). Nízká míra vnitřní konzistence mohla být zaviněna nekvalitním překladem, proto byl pro tuto práci vytvořen nový. Překlad obou subškál byl konzultován se dvěma studenty překladatelství anglického jazyka a následně byl předložen třem osobám k posouzení srozumitelnosti položek.

Obě subškály se skládají z otázek, na které se odpovídá na čtyřbodové stupnici, a položek, na které se odpovídá ve formátu ano – ne. Otázky i položky jsou skórovány dichotomicky (0 nebo 1). Skórování jednotlivých položek je uvedeno v Příloze 4 a 5. Tento způsob vyhodnocování je neobvyklý, ale byl použit již v dotazníku TFEQ, ze kterého obě subškály vychází. Celkem 14 položek bylo přejato z původního dotazníku, Westenhoefer a kol. (1999) k nim přidali ještě 14 nových položek, což vedlo ke zvýšení validity a reliability. Slovní vyjádření způsobu odpovídání na otázky (č. 3, 4, 5, 6, 7 v RK a 6, 7, 12 v FK) se v původní verzi lišilo, pro tento výzkum bylo sjednoceno z důvodu zvýšení srozumitelnosti.

Autor doporučuje, aby rigidní a flexibilní kontrola byly chápány jako intervalové, nikoliv pouze jako ordinální proměnné (Westenhoefer, osobní komunikace, listopad, 2015). V některých výzkumech bývají rigidní a flexibilní považovány za dichotomní proměnné (např. Stewart a kol., 2002), pro porovnání rozdílů mezi vysokou mírou kontroly a nízkou mírou kontroly se nejčastěji používá rozdělení skóre dle mediánu. Tento přístup je sporný, neboť vede k nižší informativnosti a také přiřazení ke skupině v závislosti na vzorku. Namísto toho Timko (2007) navrhuje použití norem, která však zatím byly vytvořeny pouze pro německou a americkou populaci. Ukazuje se, že normy se příliš neliší v rámci populací, významnější rozdíly se projevují mezi muži a ženami. Normy byly vytvořeny pro zdravou populaci s BMI v rámci podváhy až nadváhy, proto je možné, že by pro osoby s obezitou dosahovaly odlišných hodnot.

TABULKA 2. NORMY RIGIDNÍ (RK) A FLEXIBILNÍ KONTROLY (FK) PRO AMERICKOU (US) A NĚMECKOU (GE) POPULACI TIMKO (2007) A WESTENHOEFER (CIT. DLE TIMKO, 2007).

Míra kontroly	FK (US)	FK (GE)	RK (US)	RK (GE)
<i>Ženy</i>				
Velmi nízká	0-2	0-1	0-2	0-2
Nízká	3-4	2-4	3-4	3
Střední	5-6	5-6	5-7	4-6
Vysoká	7-8	7-8	8-10	7-9
Velmi vysoká	9-12	9-12	11-16	10-16
<i>Muži</i>				
Velmi nízká	0	0	0-1	0
Nízká	1-2	1-2	2	1
Střední	3	3-4	3-4	2-3
Vysoká	4-5	5-6	5-7	4-6
Velmi vysoká	6-12	7-11	8-16	7-16

Z důvodu vyloučení dvou položek ze subškály flexibilní kontroly a tří položek ze subškály rigidní kontroly na základě položkové analýzy, nebylo možné použít tyto normy, proto v této práci jsou flexibilní a rigidní kontrola považovány za proměnné na intervalové úrovni měření.

V předchozích výzkumech spolu obě škály významně korelovaly, $r = 0,52$ ($p < 0,01$) ve skupině osob se záchvatovitým přejídáním a ve vzorku neobézních žen, $r = 0,70$ ($p < 0,01$). Z Tabulky 5 je patrné, že obě škály spolu vysoce korelují také v této práci ($r = 0,73$).

FLEXIBILNÍ KONTROLA

Vnitřní konzistence celé subškály flexibilní kontroly byla $\alpha = 0,67$ ($M = 5,46$, $SD = 2,48$). Avšak ukázalo se, že dvě z položek mají korelaci se škálou nižší než 0,3. Jedna z nich má dokonce významnou negativní korelaci ke škále. Proto jsem se rozhodla položku č. 9 „*Přestože si hlídám postavu, dokážu si jídlo vychutnat.*“

($r = -0,08$) a č. 12 „*Stává se Vám, že se omezujete při jídle, kterého byste ráda snědla více?*“ ($r = -0,63$) odstranit ze škály a nezahrnout do dalších statistických analýz.

S položkou č. 9 souhlasila většina respondentek, proto nepřináší pro škálu hodnotu. Pravděpodobně je její formulace nevhodná, neboť obsahuje dvě tvrzení. V případě příštího použití subškály flexibilní kontroly by měla být přeložena znovu. Negativní korelace položky č. 12 s celkovou škálou je nečekaně vysoká, přesto nebyla způsobena chybou ve skórování. Je možné, že ji zavinilo pozměnění smyslu položky při překladu. V anglické verzi (Příloha 4) je formulována více kategoricky, avšak do českého jazyka byla přeložena navíc

s uvozením „Stává se Vám“, které mělo respondentům pomoci představit si situaci. Zdá se, že tento překlad byl nevhodný, pro příští výzkum by položka č. 12 měla být formulována blíže původnímu významu. Po odstranění uvedených dvou položek vnitřní konzistence škály vzrostla na $\alpha = 0,81$ ($M = 3,89$, $SD = 2,76$). Upravená škála obsahovala celkem 10 položek.

TABULKA 3. FLEXIBILNÍ KONTROLA – POLOŽKOVÁ ANALÝZA

	M	SD	Korelace položky se škálou	Cronbachovo α po odstranění položky
Jakmile příjmu stanovené množství kalorií na den, obvykle už dále nejím.	0,11	0,31	0,32	0,65
Záměrně jím malé porce, abych si udržela svou váhu.	0,29	0,45	0,48	0,62
Když držím dietu a sním něco, co bych neměla, pak po nějakou dobu jím méně, abych to napрави-la.	0,25	0,43	0,52	0,62
Při jídle se vědomě omezuji, protože nechci přibírat.	0,41	0,49	0,60	0,60
Věnuji velkou pozornost změnám vlastních tělesných proporcí.	0,52	0,50	0,31	0,65
Jak moc sledujete, co jíte?	0,72	0,45	0,43	0,63
Jíte záměrně méně, než byste chtěla?	0,25	0,43	0,44	0,63
Pokud někdy sním trochu více, snažím se to příští den nějakým způsobem napravit	0,38	0,49	0,50	0,62
Přestože si hlídám postavu, dokážu si jídlo vychutnat.	0,97	0,17	-0,08	0,69
Dávám přednost lehkým jídlům, po kterých se nepřibírá.	0,61	0,49	0,37	0,64
Pokud někdy sním trochu větší porci, snažím se v dalším jídle omezit.	0,37	0,48	0,62	0,59
Stává se Vám, že se omezujete při jídle, kterého byste ráda snědla více?	0,59	0,49	-0,63	0,79

RIGIDNÍ KONTROLA

Škála rigidní kontroly měla vnitřní konzistenci Cronbachovo $\alpha = 0,74$ ($M = 4,78$, $SD = 3,17$). Při položkové analýze se ukázalo, že korelace tří položek je nižší než kritická hodnota 0,3. Jednalo se o položky č. 6, „*Jak často se Vám daří ubránit se hromadění „lákových dobrot“ do zásoby?*“, č. 8, „*Dávám přednost dietním jídlům, i když mi moc nechutnají.*“ a č. 10, „*Raději bych jídlo vynechala úplně, než jej nedojedla.*“ Proto jsem se je rozhodla z další analýzy vyloučit.

Korelace položek č. 6 a 10 se škálou byla téměř nulová. Co se týče položky č. 6, je možné, že nakupování nesouvisí s rigidní kontrolou. Položka č. 8 obsahuje tvrzení vyjadřující krajní podobu způsobu stravování „*bud' anebo*“, která se u tohoto výzkumného vzorku možná nevyskytuje. Nízká korelace položky č. 10 s celkovou škálou mohla být způsobena překladem, neboť pojem dietní jídlo označuje v českém jazyce spíše potraviny, doporučené na základě dietního plánu. Avšak v anglické verzi se jedná o obecnější pojem, který zahrnuje jídla vhodná k regulaci hmotnosti. V příštím výzkumu by měl být vytvořen nový překlad položek č. 6, 8 a 10. Upravená škála obsahovala 13 položek, $\alpha = 0,76$ ($M = 3,66$, $SD = 2,80$).

TABULKA 4. RIGIDNÍ KONTROLA – POLOŽKOVÁ ANALÝZA

	M	SD	Korelace položky se škálou	Cronbachovo α po odstranění položky
Mám docela jasnou představu, kolik kalorií obsahují běžné potraviny.	0,33	0,47	0,38	0,73
Abych si udržela přiměřenou váhu, sleduji svůj příjem kalorií.	0,16	0,37	0,52	0,72
Jak často se omezujete v jídle, abyste měla svou váhu pod kontrolou?	0,33	0,47	0,51	0,71
Mají výkyvy váhy o 2 - 3 kilogramy nějaký dopad na Váš život?	0,37	0,48	0,33	0,73
Stává se Vám, že po přejezení zažíváte pocit viny, který Vám pak pomáhá usměrňovat způsob Vašeho stravování?	0,49	0,50	0,34	0,73
Jak často se Vám daří ubránit se hromadění „lákových dobrot“ do zásoby?	0,61	0,49	0,05	0,76
Jak moc dáváte přednost nákupu nízko-kalorických potravin?	0,35	0,48	0,38	0,73
Dávám přednost dietním jídlům, i když mi moc nechutnají.	0,09	0,28	0,23	0,74
Držela bych dietu, přestože existují zajímavější způsoby, jak zhubnout.	0,18	0,38	0,35	0,73
Raději bych jídlo vynechala úplně, než jej	0,11	0,32	0,08	0,75

nedojedla.				
Střídám období přísného omezování se v jídle s obdobím, kdy mi příliš nezáleží na tom, co jím.	0,24	0,43	0,43	0,72
Někdy jídlo vynechám, abych nepřibrala na váze.	0,11	0,32	0,30	0,73
Některým jídlům se z principu vyhýbám, přestože mi chutnají.	0,36	0,48	0,31	0,73
Při hubnutí se snažím dodržovat dietní plán.	0,39	0,49	0,43	0,72
Bez plánování toho, co sním, bych měla potíže s udržováním své váhy.	0,36	0,48	0,48	0,71
Když se omezuji v jídle, je pro mě nejdůležitější rychlý úspěch.	0,32	0,47	0,3	0,73

VÝSLEDKY

Deskriptivní statistiky

Nejprve byly zjišťovány deskriptivní statistiky jednotlivých škál (Tabulka 4). Z tabulky je patrné, že žádná ze škál časové perspektivy a ani subškála rigidní kontroly neodpovídala dosaženým minimem a maximem svému skutečnému rozpětí. Škála flexibilní kontroly v tomto vzorku dosahovala maximem a minimem skutečnému rozpětí.

Normalita rozložení jednotlivých škál byla testována pomocí testu Kolmogorov-Smirnov, který vyšel ve většině případů jako signifikantní kromě škály minulé pozitivní časové perspektivy a přítomné fatalistické časové perspektivy. Rozložení většiny škál se signifikantně lišilo od normálního rozložení. Přestože většina proměnných nebyla normálně rozložena, vzhledem k centrálnímu limitnímu teorému (Field, 2013), lze o rozložení proměnných uvažovat jako o normálním vzhledem k velikosti vzorku (N=160).

TABULKA 5. DESKRIPTIVNÍ STATISTIKY JEDNOTLIVÝCH ŠKÁL

	N	Min	Max	M	SD
Negativní minulost	160	1,30	4,9	2,89	0,84
Pozitivní minulost	160	2,11	5	3,52	0,55
Fatalistická přítomnost	160	1,11	4,22	2,57	0,60
Hedonistická přítomnost	160	1,60	4,47	3,32	0,57
Budoucnost	160	2,31	4,69	3,51	0,52
Flexibilní kontrola	160	0	10	3,89	2,77
Rigidní kontrola	160	0	12	3,98	2,98

Testování vztahů časové orientace a kontroly ve stravování

Hypotézy o vztahu mezi proměnnými časové perspektivy a kontroly ve stravování byly testovány pomocí Pearsonovy korelace. Mezi proměnnými byl předpokládán lineární vztah, který byl ověřen pomocí scatter-plotů. Předpoklad normality rozložení je narušen, přesto jsem se rozhodla v analýze pokračovat. Předpoklad intervalové úrovně měření byl splněn.

Z korelační matice (Tabulka 5) je patrná nízká, ale signifikantní korelace mezi rigidní kontrolou a negativní minulou časovou perspektivou ($r = 0,25$, $p < 0,01$), přítomnou fatalistickou časovou perspektivou ($r = 0,2$, $p < 0,01$) a budoucí časovou perspektivou ($r = 0,16$, $p < 0,05$), což potvrzuje hypotézy č. 1, 2 a 3. Mezi rigidní kontrolou ve stravování a minulou pozitivní časovou perspektivou a přítomnou hedonistickou časovou perspektivou nebyl nalezen signifikantní vztah, hypotézy č. 4 a 5. tak nebyly potvrzeny.

Flexibilní kontrola a budoucí časová perspektiva spolu středně korelovaly ($r = 0,3$, $p < 0,01$), hypotéza č. 6 tedy byla potvrzena. Flexibilní kontrola neměla vztah k minulé pozitivní časové perspektivě, k přítomné fatalistické ani k hedonistické časové perspektivě. Hypotézy č. 7, 8 a 9 nebyly potvrzeny. Flexibilní kontrola korelovala signifikantně s negativní minulou časovou perspektivou ($r = 0,19$, $p < 0,05$), v opačném směru než se očekávalo, proto ani hypotéza č. 9 nebyla potvrzena.

TABULKA 6. KORELAČNÍ MATICE

	NeMi	PoMi	FaPř	HePř	Bud	FK	RK	BMI-S	BMI-I
Negativní minulost	-								
Pozitivní minulost	0,07	-							
Fatalistická přítomnost	0,46**	0,03	-						
Hedonistická přítomnost	0,15	0,07	0,40**	-					
Budoucnost	-0,13	0,12	-0,14	-0,20**	-				
Flexibilní kontrola	0,19*	0,04	0,07	0,12	0,30**	-			
Rigidní kontrola	0,25**	0,08	0,20**	0,1	0,16*	0,73**	-		
BMI- S	0,05	-0,06	0,07	0,03	-0,19*	0,21**	0,34**	-	
BMI- I	-0,13	0	0	-0,03	-0,19*	0,14	0,24**	0,83**	-

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Dílčí výsledky, rozdíly mezi skupinami

Dále bylo zjišťováno, zda se mezi skupinou, která se neomezuje ve stravování (Bez omezování), skupinou, která se omezuje ve stravování za účelem zhubnutí (Hubnutí), a skupinou, která se omezuje v jídle z důvodu udržení současné hmotnosti (Stálá váha), vyskytují rozdíly v aktuálním BMI, ideálním BMI, rigidní a flexibilní kontrole a v jednotlivých časových perspektivách. Z důvodu nízkého počtu respondentů ve skupině, která se snaží o udržení stálé váhy ($N = 18$), nebylo možné použít jednosměrnou analýzu rozptylu. Pomocí neparametrického Kruskal-Wallisova testu bylo zjišťováno, zda se skupiny liší v hodnotách jednotlivých proměnných. V případě, že se objevil rozdíl, pak k párovému porovnání mezi jednotlivými skupinami byl použit Jockheere-Tepstra test přizpůsobený počtu párových srovnání.

Rozdíly v aktuálním BMI a ideálním BMI

Ukázalo se, že existují signifikantní rozdíly v aktuálním BMI mezi jednotlivými skupinami, $H(2) = 37,51$, $p < 0,05$, $r = 0,34$, a také v ideálním BMI, $H(2) = 14,64$, $p < 0,05$, $r = 0,21$.

Při párovém srovnávání jednotlivých skupin se projevil signifikantní rozdíl v současném BMI mezi skupinou, která se neomezuje ve stravování, a skupinou, která se snaží zhubnout ($p < 0,05$, $r = -0,48$). Dále se ukázal významný rozdíl v současném BMI u skupiny, která se snaží udržet si váhu, a skupinou, která se snaží zhubnout ($p < 0,05$, $r = 0,23$).

V ideálním BMI byl nalezen významný rozdíl při párovém srovnávání pouze mezi skupinou, která hubne, a skupinou, která se v jídle neomezuje ($p < 0,05$, $r = 0,29$).

TABULKA 7. AKTUÁLNÍ BMI

	N	Mdn	Min	Max
Bez omezování	80	20,89	17	29,80
Stálá váha	18	21,98	18,7	25,60
Hubnutí	62	24,27	18,7	29,70

TABULKA 8. IDEÁLNÍ BMI

	N	Mdn	Min	Max
Bez omezování	80	20,08	17,2	24,7
Stálá váha	18	20,73	18,7	21,7
Hubnutí	62	21,21	18,3	27,7

Rozdíly v časové perspektivě

Dále byly zkoumány rozdíly v časové perspektivě mezi jednotlivými skupinami. Na základě Kruskal-Wallisova testu se ukázalo, že skupiny se signifikantně neliší v orientaci na minulou negativní časovou perspektivu, $H(2) = 4,9$, $p = 0,86$, $r = 0,09$, na minulou pozitivní časovou perspektivu, $H(2) = 0,23$, $p = 0,89$, $r = 0$, přítomnou hedonistickou časovou perspektivu, $H(2) = 0,78$, $p = 0,68$, $r = 0,06$, přítomnou fatalistickou časovou perspektivu, $H(2) = 1,03$, $p = 0,60$, $r = -0,03$ a ani na budoucí časovou perspektivu, $H(2) = 2,12$, $p = 0,35$, $r = 0,17$.

TABULKA 9. MINULÁ NEGATIVNÍ ČASOVÁ PERSPEKTIVA

	N	Mdn	Min	Max
Bez omezování	62	2,70	1,30	4,60
Stálá váha	18	2,90	1,60	4,70
Hubnutí	80	3,05	1,40	4,90

TABULKA 10. MINULÁ POZITIVNÍ ČASOVÁ PERSPEKTIVA

	N	Mdn	Min	Max
Bez omezování	80	3,55	2,22	5
Stálá váha	18	3,33	2,44	4,56
Hubnutí	62	3,44	2,11	4,44

TABULKA 11. PŘÍTOMNÁ HEDONISTICKÁ ČASOVÁ PERSPEKTIVA

	N	Mdn	Min	Max
Bez omezení	80	3,33	1,60	4,74
Stálá váha	18	3,30	1,60	4,13
Hubnutí	62	3,47	1,60	4,40

TABULKA 12. PŘÍTOMNÁ FATALISTICKÁ ČASOVÁ PERSPEKTIVA

	N	Mdn	Min	Max
Bez omezení	80	2,67	1,22	3,89
Stálá váha	18	2,44	1,11	3,44
Hubnutí	62	2,56	1,33	4,22

TABULKA 13. BUDOUCÍ ČASOVÁ PERSPEKTIVA

	N	Mdn	Min	Max
Bez omezení	80	3,46	2,38	4,69
Stálá váha	18	3,69	2,46	4,69
Hubnutí	62	3,46	2,31	4,69

Rozdíly ve flexibilní a rigidní kontrole

Skupiny se signifikantně lišily v míře flexibilní kontroly, $H(2) = 46,91$, $p < 0,05$, $r = 0,49$. Při párovém srovnávání se zjistilo, že skupina, která se neomezuje, a skupina, která se snaží zhubnout, se liší v míře ve flexibilní kontrole ($p < 0,05$, $r = -0,53$), rozdíl se projevil také mezi skupinou, která se v jídle neomezuje, a skupinou, která si chce udržet hmotnost ($p < 0,05$, $r = -0,27$), avšak mezi skupinou, která hubne, a skupinou, která si udržuje stálou váhu, nebyl nalezen signifikantní rozdíl ($p > 0,05$, $r = 0,07$).

Mezi jednotlivými skupinami byl nalezen významný rozdíl v míře rigidní kontroly, ($p < 0,05$, $r = 0,43$). Párové srovnávání odhalilo signifikantní rozdíl v míře rigidní kontroly pouze mezi skupinou, která se neomezuje a skupinou, která se snaží zhubnout, ($p < 0,05$, $r = -0,53$).

TABULKA 14. FLEXIBILNÍ KONTROLA

	N	Mdn	Min	Max
Bez omezení	80	2	0	8
Stálá váha	18	4	1	9
Hubnutí	62	6	0	10

TABULKA 15. RIGIDNÍ KONTROLA

	N	Mdn	Min	Max
Bez omezení	80	2	0	11
Stálá váha	18	3,50	1	10
Hubnutí	62	5,50	0	12

DISKUZE

Cílem práce bylo prozkoumat souvislost mezi vnímáním časové perspektivy a omezováním se ve stravování u žen ve věku od 18 do 30 let, které v minulosti netrpěly poruchami příjmu potravy a jejichž BMI se pohybuje v pásmu podváhy až nadváhy. Konkrétně byla zjišťována souvislost mezi jednotlivými časovými orientacemi (na negativní minulost, pozitivní minulost, fatalistickou přítomnost, hedonistickou přítomnost a budoucnost) a rigidním a flexibilním stylem kontroly ve stravování. Dále byl prozkoumán rozdíl v časové perspektivě, kontrole ve stravování, současném BMI a ideálním BMI u třech skupin s odlišným statusem v omezování se ve stravování (hubnutí, udržování si stále váhy a neomezování).

Na základě výsledků byla zjištěna souvislost mezi časovou perspektivou a stylem kontroly ve stravování. Celkem bylo testováno deset hypotéz o předpokládaném vztahu mezi proměnnými, z nichž se čtyři na základě analýzy podařilo potvrdit (H1, H2, H3, H6).

Konkrétně byla nalezena pozitivní korelace mezi rigidní kontrolou ve stravování a budoucí časovou perspektivou (H1). Vyšší míra rigidní kontroly souvisí s orientací na budoucnost, avšak vztah mezi proměnnými je slabý. Flexibilní kontrola měla středně silný vztah s budoucí časovou perspektivou (H6), vyšší míra flexibilní kontroly je spojena s orientací na budoucí časovou perspektivu.

Subškála rigidní a flexibilní kontroly spolu vysoce korelovaly a obě zjišťovaly míru kontroly ve stravování, která souvisí s plánováním a regulací chování směrem k určitému cíli, což je společné s orientací na budoucí časovou perspektivu. Lidé orientovaní na budoucnost si stanovují cíle, kterých chtějí dosáhnout (Adams, 2009; Zimbardo & Boyd, 2008), jsou úspěšnější v překonávání překážek na cestě k nim (Zimbardo, 2003) a zvažují dopady svého chování na zdraví (D'Allesio a kol., 2003; Wills a kol., 2001). Vztah flexibilní kontroly k budoucí časové perspektivě je těsnější, což může být dáno tím, že se jedná o prospěšnější strategii v kontrole váhy (Timko & Perone, 2005; Westenhoefer, 1996; Westenhoefer a kol., 1999). Oproti tomu rigidní kontrola souvisí s častějším neúspěchem ve snaze o regulaci hmotnosti, který může být způsoben striktním dodržováním dietního plánu (Shearin a kol., 1994).

Vyšší míra rigidní kontroly je pozitivně spojena s orientací na negativní minulost (H2) a fatalistickou přítomností (H3). U obou časových perspektiv byl nalezen signifikantní vztah, nicméně se v obou případech jedná o slabou korelaci. Orientace na minulou negativní časovou perspektivu a přítomnou časovou perspektivu jsou obecně nevýhodné, narušují optimální fungování, souvisí s chováním, které škodí zdraví, a s nízkou mírou seberegulace (Boniwell & Zimbardo, 2004; Laghi a kol., 2012; Van Beek a kol., 2011), podobně jako rigidní kontrola je nevýhodným způsobem regulace hmotnosti.

S negativní minulostí pozitivně, ale slabě koreluje také flexibilní kontrola, přestože byl původně předpokládán negativní vztah mezi těmito dvěma proměnnými (H9). Orientace na minulou negativní časovou perspektivu je spojena s nepříznivým pohledem na vlastní životní zkušenosti. Vyšší míra flexibilní kontroly souvisela s vyšší orientací na negativní minulou časovou perspektivu.

Rigidní a flexibilní kontrola měly zanedbatelný vztah k minulé pozitivní časové perspektivě a přítomné hedonistické časové perspektivě (H4, H5, H7, H8). Zdá se, že snaha kontrolovat stravování nesouvisí s prožíváním pozitivních pocitů směrem k minulosti ani s vyhledáváním příjemných podnětů v přítomnos-

ti. Hedonistická časová perspektiva souvisí s preferencí nových a zajímavých zážitků jako je například užívání návykových látek (Bazínková, 2012; Daugherty & Brase, 2009, Henson a kol, 2006), avšak podle výsledků tohoto výzkumu nemá vztah ke kontrole stravování, která tyto podněty nepřináší.

Zdá se, že pozitivní minulá perspektiva, pro kterou je typický kladný až nostalgický pohled na vlastní minulost, nesouvisí s kontrolou ve stravování. Ani jedné z minulých časových perspektiv nebyla věnována dostatečná výzkumná pozornost, proto není možné určit, zda souvisí s jinou oblastí spojenou se seberegulací v oblasti zdraví. Přesto byl na základě Bandurova modelu (1997) očekáván vztah minulé pozitivní i negativní časové perspektivy s kontrolou ve stravování.

Mezi flexibilní kontrolou a přítomnou fatalistickou časovou perspektivou se nepodařilo potvrdit předpoklad o jejich vzájemném negativním vztahu (H10). Korelace mezi těmito dvěma proměnnými byla téměř nulová.

Přestože spolu škály rigidní a flexibilní kontroly vysoce korelovaly a jejich korelace s jednotlivými časovými perspektivami měly stejné směřování, těsnost vztahu se lišila. Rigidní kontrola měla vyšší korelaci s negativní minulou časovou perspektivou, avšak nižší s budoucí časovou perspektivou oproti flexibilní kontrole. Přítomná fatalistická časová perspektiva měla signifikantní pozitivní vztah pouze s rigidní kontrolou, nikoliv s flexibilní kontrolou. Rigidní kontrola, která je považována za nevýhodný způsob omezování se ve stravování, měla vyšší souvislost s nepříznivými časovými orientacemi (negativní minulou a fatalistickou). Kdežto flexibilní kontrola měla těsnější vztah k budoucí časové perspektivě související s chováním prospěšným pro zdraví.

Dále bylo sledováno, zda současný či ideální BMI souvisí s časovou perspektivou nebo stylem kontroly. Ukázalo se, že oba typy BMI mají slabý negativní vztah k budoucí časové perspektivě. To znamená, že čím vyšších hodnot dosahovalo současné či ideální BMI respondentek, tím měly nižší míru orientace na budoucnost. Toto zjištění je ve shodě s Komlosem a kol. (2004), podle kterého lidé s nízkou mírou orientace na budoucnost konzumují větší množství kalorií a mají vyšší hmotnost. Co se týče způsobu kontroly ve stravování, současný BMI měl pozitivní vztah s flexibilní kontrolou i s rigidní kontrolou, což je v souladu s výsledky výzkumu Stewarta a kol. (2001), kterého se účastnili zdravé ženy s BMI pod hranicí obezity.

V rámci dílčích analýz bylo sledováno, zda jsou mezi třemi skupinami s odlišným statusem v omezování se ve stravování (hubnutí, udržování stále váhy a neomezování se) rozdíly v časové perspektivě, v kontrole stravování a BMI. Ukázalo se, že skupiny se liší pouze v kontrole a BMI, nikoliv v časové perspektivě. Rozdílly se nacházely především mezi skupinou, která se snaží zhubnout a skupinou, která se neomezuje v jídle. Skupina, která se snažila zhubnout, měla vyšší míru rigidní i flexibilní kontroly a také vyšší aktuální i ideální BMI. Vyšší míra rigidní kontroly je v souladu se zjištěním Westenhoefera (1991), podle kterého rigidní kontrola úzce souvisí s držetím diet. Nižší míra flexibilní i rigidní kontroly u skupiny, která se neomezujev jídlem odpovídá zjištění, že tito lidé využívají méně kontrolu ve stravování k regulaci vlastní hmotnosti (Stewart a kol., 2002).

Přestože je časová perspektiva široký konstrukt, podařilo se nalézt souvislosti s typem kontroly ve stravování. Časová perspektiva může představovat zobecnění konceptů či procesů jejich zařazením do minulého, přítomného či budoucího rámce. Ke zjištění konkrétnějších souvislostí je nutné obsah jednotlivých časových perspektiv analyzovat podrobněji.

Limity výzkumu

Jedním z omezení výzkumu je způsob administrace online prostřednictvím sociálních sítí. Výsledky lze zobecnit pouze na ženy ve věku od 18 do 30 let, s BMI v rozmezí od 16,5 (dolní hranice podváhy) do 30 (horní hranice nadváhy), které se v minulosti nepotýkaly s příznaky poruch příjmu potravy, které mají přístup k internetu a využívají sociální sítě. Data pochází pouze od respondentek ochotných dobrovolně se zúčastnit výzkumu a dokončit celý dotazník. Dotazník bylo možné odeslat až po vyplnění všech otázek, není možné určit návratnost, kolik osob dotazník otevřelo a rozhodlo se jej nevyplnit, nebo vyplnilo pouze část, což způsobuje narušení externí validity.

Dalším limitem je nevyrovnanost skupin, 11 % žen uvedlo, že se omezuje v jídle za účelem udržení si aktuální hmotnosti. Na základě analýz byly zjištěny rozdíly ve flexibilní kontrole (uváděli vyšší flexibilní kontrolu než ženy neomezující se ve stravování) v současném BMI (měly nižší současný BMI oproti skupině, která se snaží zhubnout) a 39 % žen se snažilo zhubnout (skórovaly výše v rigidní i flexibilní kontrole oproti skupině, která se v jídle neomezuje a měli oproti nim také vyšší současný i ideální BMI). Nevyrovnanost skupin mohla ovlivnit výsledky, například těsnost vztahu mezi typem kontroly ve stravování a časovou perspektivou.

Omezením výzkumu je také překlad škál rigidní a flexibilní kontroly, které zatím nebyly standardizovány v českém prostředí. Navíc se jedná o druhý překlad, originální německá verze byla přeložena do anglického jazyka a až poté z anglického jazyka do českého jazyka. Tím mohlo dojít ke zkreslení významu některých položek, což mohlo ovlivnit výsledky výzkumu.

Výsledky jsou limitovány výzkumným designem, byly zjišťovány korelace mezi proměnnými, proto není možné usuzovat na kauzalitu. Není jasné, zda orientace na určitou časovou perspektivu ovlivňuje způsob kontroly ve stravování, způsob kontroly časovou perspektivu, nebo zda dochází ke vzájemnému ovlivňování třetí proměnnou. Limitem studie je výběr konstruktů časové perspektivy, který je poměrně široký a zahrnuje mnoho konceptů, proto je interpretace výsledků omezená.

Doporučení pro další výzkum

Zimbardův koncept časové perspektivy je poměrně nový, doposud se autoři zaměřili především na souvislosti přítomné a budoucí časové orientace, minulá časová perspektiva zůstává opomíjena. V oblasti zdraví byla časová perspektiva zkoumána především ve vztahu k užívání návykových látek či preventivní péči o zdraví. Časová perspektiva souvisí se seberegulací a motivací, proto by se autoři dalších podobných studií měli zaměřit na její vztah ke stylu stravování, který může souviset s rozvojem poruch příjmu potravy či obezity.

V rámci dalšího výzkumu by bylo vhodné prozkoumat vztah časové perspektivy s chronickým omezováním se ve stravování, které může vést k jojo efektu. Bylo by přínosné zjistit, zda nemůže souviset s nižší mírou orientace na budoucí časovou perspektivu a vyšším zaměřením na přítomnou časovou perspektivu.

K tomu by však bylo nutné přesně definovat chování, které lze označit za chronické držení diet/ chronické omezování se ve stravování. Pojetí autorů jsou nejednotná a použití nástroje Restraint Scale autorů Polivy a Hermana (1980), který byl vytvořen ke zjištění míry chronického omezování se ve stravování je sporné, neboť vychází z předpokladu, že omezování se ve stravování souvisí se záchvatovitým přejídáním.

Další výzkum by se měl zaměřit na kauzalitu vztahu mezi časovou perspektivou a kontrolou ve stravování a jejich vztahem ke třetí proměnné jako je například sebehodnocení či vnímaná sebeúčinnost, v minulých výzkumech se ukázalo, že tyto koncepty souvisí s časovou perspektivou i s omezováním se ve stravování. Pokud by se podařilo prokázat a analyzovat vliv budoucí, přítomné fatalistické a minulé negativní časové perspektivy na rozvoj rigidního způsobu ve stravování, mohlo by to napomoci v prevenci vzniku poruch příjmu potravy.

Bylo by přínosné pokusit se vytvořit normy rigidní a flexibilní kontroly ve stravování pro českou populaci a zjistit, zda se liší od německých a amerických. Zůstává otázkou, do jaké míry jsou oba způsoby kontroly ve stravování ovlivněny sociálním prostředím. Při vytváření norem by se autoři měli zaměřit vedle pohlaví také na jednotlivé věkové kategorie, je možné, že využívání flexibilní či rigidní kontroly ve stravování se s věkem mění.

LITERATURA

- Adams, J. (2009). The role of time perspective in smoking cessation amongst older English adults. *Health Psychology, 28*, 529–534.
- Adams, J., & Nettle, D. (2009). Time perspective, personality and smoking, body mass, and physical activity: An empirical study. *British Journal of Health Psychology, 14*, 83–105.
- Andreyeva, T., Long, M. W., Henderson, K. E., & Grode, G. M. (2010). Trying to lose weight. Diet strategies among Americans with overweight or obesity in 1996 and 2003. *Journal of the American Dietetic Association, 110*, 535–542.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. London: Macmillan.
- Bazínková, E. (2012). Časová perspektiva jako prediktor závislosti na alkoholu. *Cognitive Remediation Journal, 1*, 39–46.
- Boniwell, I., & Zimbardo, P. G. (2004). Balancing one's time perspective in pursuit of optimal functioning. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (s. 165–178). New Jersey: Wiley.
- Boniwell, I., Osin, E., Alex Linley, P., & Ivanchenko, G. V. (2010). A question of balance: Time perspective and well-being in British and Russian samples. *The Journal of Positive Psychology, 5*, 24–40.
- Bowring, A. L., Peeters, A., Freak-Poli, R., Lim, M. S., Gouillou, M., & Hellard, M. (2012). Measuring the accuracy of self-reported height and weight in a community-based sample of young people. *BMC medical research methodology, 12*, 175.
- Byrne, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International journal of obesity, 27*, 955–962.
- Crawford, D., Jeffery, R., & French, S. (2000). Can anyone successfully control their weight? Findings of a three-year community-based study of men and women. *International Journal of Obesity, 24*, 1107–1110.
- Chambers, J., & Swanson, V. (2012). Stories of weight management. Factors associated with successful and unsuccessful weight maintenance. *British Journal of Health Psychology, 17*, 223–243.
- Ciliska, D. (1990). *Beyond dieting: psychoeducational interventions for chronically obese women: a non-dieting approach*. Psychology Press.
- Daugherty, J. R., & Brase, G. L. (2009). Taking time to be healthy: Predicting health behaviors with delay discounting and time perspective. *Personality and Individual Differences, 48*, 202–207.
- D'Alessio, M., Guarino, A., De Pascalis, V., & Zimbardo, P. G. (2003). Testing Zimbardo's Stanford Time Perspective Inventory (STPI)-Short Form An Italian Study. *Time & Society, 12*, 333–347.
- Dennis, K. E., & Goldberg, A. P. (1996). Weight control self-efficacy types and transitions affect weight loss outcomes in obese women. *Addictive Behaviors, 21*, 103–116.
- de Volder, M. (1979). *Time orientation: A review*. Psychologia Belgica, 19, 61–79.
- de Volder, M., & Lens, W. (1982). Academic achievement and future time perspective as a cognitive motivational concept. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*, 566–571.
- Fedoroff, I. C., Polivy, J., & Herman, C. P. (1997). The effect of pre-exposure to food cues on the eating behavior of restrained and unrestrained eaters. *Appetite, 28*, 33–47.

Fieulaine, N., & Martinez, F. (2010). Time under control: Time perspective and desire for control in substance use. *Addictive Behaviors*, 35, 799–802.

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. London: Sage.

Fong, G. T., & Hall, P. A. (2003). Time perspective: a potentially important construct for decreasing health risk behaviors among adolescents. In D. Romer (Ed.), *Reducing adolescent risk: Toward an integrated approach* (s. 106–112). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Fraňková, S., & Dvořáková-Janů, V. (2003). Psychologie výživy a sociální aspekty jídla. Praha: Karolinum.

Gjesme, T. (1976). Future-time gradients for performance in test anxious individuals. *Perceptual and motor skills*, 42, 235–242.

Goldberg, J., & Maslach, C. (1996). Understanding time: Connections between the past and future. In *annual convention of the Western Psychological Association*, San Jose, CA.

Gorber, S. C., Tremblay, M., Moher, D., & Gorber, B. (2007). A comparison of direct vs. self - report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obesity reviews*, 8, 307–326.

Hall, P. A., Fong, G. T., Yong, H. H., Sansone, G., Borland, R., & Siahpush, M. (2012). Do time perspective and sensation-seeking predict quitting activity among smokers? Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addictive Behaviors* 37, 1307–1313.

Heatherton, T. F., & Polivy, J. C. (1992). Chronic dieting and eating disorders: A spiral model. In H. Janis, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll, E. Stevan & M. A. P Stephens (Eds), (1992). *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context. Series in applied psychology: Social issues and questions.*, (s. 133–155). Washington, DC, US: Hemisphere Publishing Corp.

Herman, C. P., & Polivy, J. (1980). Restrained eating. In A. J. Stunkard (Ed.), *Obesity* (s. 208–225). Philadelphia: Saunders.

Herman, C. P., Polivy, J., & Leone, T. (2005). The psychology of overeating. In D. Mela (Ed.), *Food, diet and obesity* (s. 115–136). Cambridge, UK: Woodhead Publishing.

Henson, J. M., Carey, M. P., Carey, K. B., & Maisto, S. A. (2006). Associations among health behaviors and time perspective in young adults: Model testing with bootstrapping replication. *Journal of behavioral medicine*, 29, 127–137.

Hofmann, W., Adriaanse, M., Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2014). Dieting and the self - control of eating in everyday environments: An experience sampling study. *British journal of health psychology*, 19, 523–539.

Homolová, P. (2011). Časové perspektivy v české společnosti. *Naše společnost (Our Society)*, 9, 33–44.

Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological bulletin*, 130, 1939–1949.

James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: Holt.

Jansen, A., & Van den Hout, M. (1991). On being led into temptation. “Counterregulation” of dieters after smelling a “preload”. *Addictive Behaviors*, 16, 247–253.

Johnson, F., Pratt, M., & Wardle, J. (2012). Dietary restraint and self-regulation in eating behavior. *International Journal of Obesity*, 36, 665–674.

Keough, K. A., Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Who's Smoking, Drinking, and Using Drugs? Time Perspective as a Predictor of Substance Use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21, 149- 164.

Kintrová, L. (2010). *Sledování efektivity kognitivně behaviorální terapie obezity aplikované v kurzech snižování nadváhy ve vztahu ke kognitivním a behaviorálním faktorům*. Dizertační práce. 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha.

Kirby, K. N., & Marakovic, N. N. (1996). Delay-discounting probabilistic rewards: Rates decrease as amounts increase. *Psychonomic Bulletin and Review*, 3, 100–104.

Klapproth, F. (2008). Time and decision making in humans. *Cognitive, affective and behavioral neuroscience*, 8, 509-524.

Komlos, J., Smith, P. K., & Bogin, B. (2004). Obesity and the rate of time preference: is there a connection?. *Journal of Biosocial Science*, 36, 209-219.

Kong, F., Zhang, Y., You, Z., Fan, C., Tian, Y., & Zhou, Z. (2013). Body dissatisfaction and restrained eating: Mediating effects of self-esteem. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 41, 1165-1170.

Krch, F. (1999). *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada.

Kramer, G. F., & Kittleson, M. J. (2005). *The Truth About Eating Disorders*. Infobase Publishing: New York.

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

Laghi, F., Liga, F., Baumgartner, E., & Baiocco, R. (2012). Time perspective and psychosocial positive functioning among Italian adolescents who binge eat and drink. *Journal of Adolescence*, 35, 1277–1284.

Laska, M. N., Pasch, K. E., Lust, K., Story, M., & Ehlinger, E. (2011). The differential prevalence of obesity and related behaviors in two- vs. four-year colleges. *Obesity*, 19, 453–456.

Lewin, K. (1935). *Dynamic Theory of Personality*. New York: Mc-Graw-Hill.

Lowe, M. R., & Butryn, M. L. (2007). Hedonic hunger: a new dimension of appetite?. *Physiology & behavior*, 91, 432-439.

Mann, T., Tomiyama, A. J., Westling, E., Lew, A. M., Samuels, B., & Chatman, J. (2007). Medicare's search for effective obesity treatments – Diets are not the answer. *American Psychologist*, 62, 220–233.

Mischel, W., & Ebbesen, E. B. (1970). Attention in delay of gratification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16, 329–337.

Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (2000). The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders. *Western Journal of Medicine*, 172, 164.

Neumark - Sztainer, D., Jeffery, R. W., & French, S. A. (1997). Self - reported dieting: How should we ask? What does it mean? Associations between dieting and reported energy intake. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 437-449.

Nguyen, C., & Polivy, J. (2014). Eating behavior, restraint status, and BMI of individuals high and low in perceived self-regulatory success. *Appetite*, 75, 49-53.

Nuttin, J., & Lens, W. (1985). *Future time perspective and motivation: Theory and research method*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.

Nuttin, J. (2014). *Future time perspective and motivation: Theory and research method*. Psychology Press.

Pavelková, I. (1990). *Perspektivní orientace jako činitel rozvoje osobnosti*. Praha: Academia.

Pavelková, I., Purková, V., & Menšíková, V. (2010). Časová perspektiva jako významný regulativ v lidském životě a žákovské motivaci. *Studia paedagogica*, 15, 29-45.

Papies, E., Stroebe, W., & Aarts, H. (2007). Pleasure in the mind: Restrained eating and spontaneous hedonic thoughts about food. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43, 810-817.

Petry, N. M., Bickel, W. K., & Arnett, M. (1998). Shortened time horizons and insensitivity to future consequences in heroin addicts. *Addiction*, 93, 729-738.

Piaget, J., & Inhelder, B. (2014). *Psychologie dítěte*. Portál: 2014.

Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193-201.

Putterman, E., & Linden, W. (2006). Cognitive dietary restraint and cortisol: importance of pervasive concerns with appearance. *Appetite*, 47, 64-76.

Shearin, E. N., Russ, M. J., Hull, J. W., Clarkin, J. F., & Smith, G. P. (1994). Construct validity of the three - factor eating questionnaire: Flexible and rigid control subscales. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 187-198.

Stewart, T. M., Williamson, D. A., & White, M. A. (2002). Rigid vs. flexible dieting: association with eating disorder symptoms in nonobese women. *Appetite*, 38, 39-44.

Stice, E., Cooper, J. A., Schoeller, D. A., Tappe, K., & Lowe, M. R. (2007). Are dietary restraint scales valid measures of moderate-to long-term dietary restriction? Objective biological and behavioral data suggest not. *Psychological Assessment*, 19, 449.

Strathman, A., Gleicher, F., Boninger, D. S., & Edwards, C. (1994). The consideration of future consequences: Weighing immediate and distant outcomes of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 742-752.

Stroebe, W., Mensink, W., Aarts, H., Schut, H., & Kruglanski, A. W. (2008). Why dieters fail: Testing the goal conflict model of eating. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44, 26-36.

Stroebe, W., van Koningsbruggen, G. M., Papies, E. K., Aarts, H. (2013). Why Most Dieters Fail but Some Succeed: A Goal Conflict Model of Eating Behavior. *Psychological Review*, 120, 110-138.

Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). *The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger*. *Journal of psychosomatic research*, 29(1), 71-83.

Timko, C. A. (2007). Norms for the rigid and flexible control over eating scales in a United States population. *Appetite*, 49, 525-528.

Timko, C. A., & Perone, J. (2005). Rigid and flexible control of eating behavior in a college population. *Eating behaviors*, 6, 119-125.

Timko, C. A., & Perone, J. (2006). Rigid and flexible control of eating behavior and their relationship to dieting status. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 11, 90-95.

Alix Timko, C., Perone, J., & Crossfield, A. (2006). Are you currently on a diet? What respondents mean when they say "yes". *Eating disorders*, 14, 157-166.

Van Beek, J., Antonides, G., Handgraaf, M. J. J. (2013). Eat now, exercise later: The relation between consideration of immediate and future consequences and healthy behavior. *Personality and Individual Differences* 54, 785-791.

Van Beek, W., Berghuis, H., Kerkhof, A., & Beekman, A. (2011). Time perspective, personality and psychopathology: Zimbardo's time perspective inventory in psychiatry. *Time & society*, 20, 364-374.

Van Ittersum, K. (2012). The effect of decision makers' time perspective on intention-behavior consistency. *Mark Lett*, 23, 263-277.

Van Koningsbruggen, G., Streobe, W., & Aarts, H. (2013). Successful restrained eating and trait impulsiveness. *Appetite*, 60, 81-84.

Westenhoefer, J. (1991). Dietary restraint and disinhibition: is restraint a homogeneous construct? *Appetite*, 16, 45-55.

Westenhoefer, J., Broeckmann, P., Münch, A. K., & Pudel, V. (1994). Cognitive control of eating behavior and the disinhibition effect. *Appetite*, 23, 27-41.

Westenhoefer, J., Stunkard, A. J., & Pudel, V. (1999). Validation of the flexible and rigid control dimensions of dietary restraint. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 53-64.

Wilksch, S., & Wade, T. D. (2004). Differences between women with anorexia nervosa and restrained eaters on shape and weight concerns, self-esteem, and depression. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 571-578.

Wills, T. A., Sandy, J. M., & Yaeger, A. M. (2001). Time perspective and early-onset substance use: A model based on stress-coping theory. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 118-125.

Wing, R. R., & Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *The American journal of clinical nutrition*, 82, 222S-225S.

Zhang, J. W., & Howell, R. T. (2011). Do time perspectives predict unique variance in life satisfaction beyond personality traits? *Personality and individual differences*, 50, 1261-1266.

Zhang, J. W., Howell, R. T., & Bowerman, T. (2013). Validating a brief measure of the Zimbardo Time Perspective Inventory. *Time & Society*, 22, 391-409.

Zimbardo, P. G. (2003). Enriching psychological research on disability. In F. E. Menz & D. F. Thomas (Eds.), *Bridging Gaps: Refining the Disability Research Agenda for Rehabilitation and the Social Sciences—Conference Proceedings* (s. 19-32). Menomonie: University of Wisconsin-Stout, Stout Vocational Rehabilitation Institute, Research and Training Centers.

Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (2008). *The Time Paradox: The new psychology of time that will change your life*. New York: Free Press.

Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: a valid, reliable, individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1271-1288.

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA 1: PRŮVODNÍ DOPIS

Dobrý den,

ráda bych Vás jako studentka psychologie na Masarykově univerzitě požádala o účast ve výzkumu. V rámci bakalářské práce se zabývám různými souvislostmi regulace tělesné váhy.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku v případě, že:

- jste žena ve věku mezi 18 až 30 lety
- v minulosti jste se nepotýkala s příznaky poruch příjmu potravy

Důležitý je pro mne Váš osobní pohled, neexistují tedy žádné správné ani špatné odpovědi. Vyplněné odpovědi jsou zcela anonymní a zodpovězení zabere přibližně 10-15 minut. V případě zájmu můžete zadat svou emailovou adresu, na kterou Vám ráda zašlu shrnující výsledky výzkumu.

Děkuji za čas věnovaný dotazníku, Vaše odpovědi jsou pro mě velmi cenné.

Svatava Buráňová

PŘÍLOHA 2: SCOFF

Anglická verze

1. Do you make yourself Sick because you feel uncomfortably full?
2. Do you worry that you have lost Control over how much you eat?
3. Have you recently lost more than One stone (14 lb) in a 3-month period?
4. Do you believe yourself to be Fat when others say you are too thin?
5. Would you say that Food dominates your life?

Upravený český překlad

Zažila jste v minulosti některou z uvedených situací?

1. Vyvolala jsem si zvracení, protože jsem se cítila příliš přejezená.
2. Naprosto jsem ztratila kontrolu nad množstvím sněženého jídla.
3. Zhubla jsem více jak 7 kilogramů během 3 měsíců.
4. Měla jsem pocit, že jsem příliš tlustá, přestože okolí mě upozorňovalo na moji nezdravou hubenost.
5. Měla jsem pocit, že jídlo naprosto ovládá můj život.

PŘÍLOHA 3: ZIMBARDO TIME PERSPECTIVE INVENTORY (UPRAVENÝ PŘEKLAD)

1. Věřím, že scházení se s přáteli na večírcích a oslavách patří k důležitým životním radostem. /PH/
2. Pohledy, zvuky a vůně důvěrně známé z dětství ve mně často vyvolávají spoustu nádherných vzpomínek. /MP/
3. Mnohé v mém životě určuje osud. /PF/
4. Často myslím na to, co jsem měla v životě udělat jinak. /MN/
5. Má rozhodnutí jsou většinou ovlivněna lidmi a věcmi v mém okolí. /MN/
6. Věřím, že člověk by si měl každé ráno předem naplánovat svůj nastávající den. /B/
7. Moc ráda vzpomínám na svou minulost. /MP/
8. Jednám impulsivně – tj. dělávám věci, které mne právě napadnou. /PH/
9. Dělán si starosti, když se věci neudělají včas. /B/
10. Když chci něčeho dosáhnout, vytyčím si své cíle a rozmyslím si jakými konkrétními prostředky k nim dospět. /F/
11. Zvážím-li svou minulost, vybavuje se mi mnohem víc dobrého než toho špatného. /MP/
12. Při poslouchání své oblíbené hudby často úplně ztratím pojem o čase. /PH/
13. Řídím se pravidlem „nejdřív práce, potom zábava“. /B/
14. Vzhledem k tomu, že co se má stát, se stejně stane, nesejde vlastně na tom, co udělám já. /PF/
15. Mám ráda povídání o tom, jaké to bylo za „starých dobrých časů“. /MP/
16. V mysli se mi opakují staré bolestné prožitky. /MN/
17. Pokouším se žít svůj život den za dnem (bez velkého přemýšlení o budoucnosti) a naplno. /PH/
18. Zneklidňuje mne, když jdu někam pozdě. /B/
19. Nejraději bych žila každý den, jako by byl můj poslední. /PH/
20. Snadno mi mysl zaplaví vzpomínky na šťastné chvíle. /PP/
21. Své závazky vůči přátelům a úřadům plním včas. /B/
22. V minulosti jsem si prožila svůj díl příkoří. /MN/
23. Rozhoduji se bez přemýšlení, pod vlivem okamžiku. /PH/
24. Beru každý den tak, jak přichází, místo toho, abych se jej pokoušela naplánovat. (-) /B/
25. Raději nemyslím na to, co se v minulosti stalo nepříjemného. (-) /MP/
26. Pokládám za důležité vnést do svého života vzrušení. /PH/
27. Přála bych si, aby bylo možné napravit chyby, které jsem udělala v minulosti. /PN/
28. Připadá mi, že je důležitější mít radost z toho, co člověk dělá, než dokončit danou práci včas. /PH/
29. S nostalgii vzpomínám na své dětství (jako by se mi po dětství stýskalo). /MP/
30. Než se k něčemu rozhodnu, zvažuji, zda se vynaložený čas a námaha vyplatí. /B/
31. Riskování chrání můj život před nudou. /PH/
32. Je pro mne důležitější užít si cestu životem než soustředit se jen na cíl. /PH/

33. Věci málokdy dopadly tak, jak jsem očekávala. /MN/
34. Je pro mne těžké zapomenout na nepříjemnosti z mého mládí. /MN/
35. Spontánní radost z toho, co dělám, mizí, když musím myslet na cíle a důsledky své činnosti. /PF/
36. I když se zrovna těším z přítomnosti, nutí mne to srovnávat s podobnými zážitky z minulosti. /MN/
37. Život je samá změna, a tak člověk může sotva plánovat budoucnost. /PF/
38. Má životní cesta je řízena silami, na které nemám vliv. /PF/
39. Nemá smysl si dělat starosti s budoucností, protože ji stejně nemohu nijak ovlivnit. /PF/
40. Díky soustavné práci plním úkoly včas. /B/
41. Často přestávám vnímat ve chvíli, kdy někdo z rodiny mluví o tom, jak se věci měly dříve. (-) /MP/
42. Riskuji, abych dodala svému životu vzrušení. /PH/
43. Dělavám si seznamy toho, co mám udělat. /B/
44. Často spíše poslechnu hlas svého srdce než rozumu. /PH/
45. Když vím, že je třeba udělat nějakou práci, jsem schopna odolat pokušením. /B/
46. Nechávám se strhnout okamžitým vzrušením. /PH/
47. Dnešní život je příliš složitý, dala bych přednost jednoduššímu životu, jako byl dříve. /PF/
48. Mám raději přátele, kteří jsou spontánní (nenuceně přirození) než ty, jejichž chování lze předvídat. /PH/
49. Mám rád rodinné tradice a pravidelně opakované rituály. /MP/
50. Myslívám na ošklivé věci, které se mi přihodily v minulosti. /MN/
51. Pracuji i na obtížných, nezajímavých úkolech, když mi dopomohou k úspěchu. /B/
52. Nemá smysl šetřit na zajištění budoucnosti, lepší je utratit to, co vydělám, za současné radosti. /PF/
53. Šťastná náhoda často přinese lepší výsledek než tvrdá práce. /PF/
54. Myslím na příležitosti, které jsem v životě promeškala. /MN/
55. Mám ráda, když jsou mé blízké vztahy naplněny silným emocemi a vášní. /PH/
56. Vždycky bude dost času na to, abych v práci dohonila, co jsem zameškala. (-) /B/

Poznámka: MN= minulá negativní časová perspektiva, MP = minulá pozitivní časová perspektiva, PH = přítomná hedonistická časová perspektiva, PF = přítomná fatalistická časová perspektiva, B = budoucí časová perspektiva.

PŘÍLOHA 4: FLEXIBILNÍ KONTROLA

Anglická verze

1. When I have eaten my quota of calories, I am usually good about not eating any more. (true – false)
2. I deliberately take small helpings as a means of weight control. (true – false)
3. While on a diet, if I eat food that is not allowed, I consciously eat less for a period of time to make up for it. (true – false)
4. I consciously hold back at meals in order not to gain weight. (true – false)
5. I pay a great deal of attention to changes in my figure. (true – false)
6. How conscious are you of what you are eating? (not at all – slightly – moderately – extremely)
7. How likely are you to consciously eat less than you want? (unlikely – slightly unlikely – moderately likely – very likely)
8. If I eat a little bit more on one day, I make up for it the next day. (true – false)
9. I pay attention to my figure, but I still enjoy a variety of foods. (true – false)
10. I prefer light foods that are not fattening. (true – false)
11. If I eat a little bit more during one meal, I make up for it at the next meal. (true – false)
12. Do you deliberately restrict your intake during meals even though you would like to eat more? (always – often – rarely – never)

Český překlad

1. Jakmile přijmu stanovené množství kalorií na den, obvykle už dále nejím. (ano – ne)
2. Záměrně jím malé porce, abych si udržela svou váhu. (ano – ne)
3. Když držím dietu a sním něco, co bych neměla, pak po nějakou dobu jím méně, abych to napravila. (ano – ne)
4. Při jídle se vědomě omezuji, protože nechci přibírat. (ano – ne)
5. Věnuji velkou pozornost změnám vlastních tělesných proporcí. (ano – ne)
6. Jak moc sledujete, co jíte?(nikdy- výjimečně – občas - vždy)
7. Jíte záměrně méně, než byste chtěla? (nikdy- výjimečně – občas - vždy)
8. Pokud někdy sním trochu více, snažím se to příští den nějakým způsobem napravit. (ano - ne)
9. Přestože si hlídám postavu, dokážu si jídlo vychutnat. (ano - ne)
10. Dávám přednost lehkým jídlům, po kterých se nepřibírá. (ano – ne)
11. Pokud někdy sním trochu větší porci, snažím se v dalším jídle omezit. (ano – ne)
12. Stává se Vám, že se omezujete při jídle, kterého byste ráda snědla více?(nikdy- výjimečně – občas - vždy)

Poznámka: skórování: podtržené možnosti = 1, nepodtržené možnosti = 0; položky označené kurzívou byly na základě položkové analýzy vyloučeny z testování hypotéz.

PŘÍLOHA 5: RIGIDNÍ KONTROLA

Anglická verze

1. I have a pretty good idea of the number of calories in common food. (true – false)
2. I count calories as a conscious means of controlling my weight. (true – false)
3. How often are you dieting in a conscious effort to control your weight?
(rarely – sometimes – usually – always)
4. Would a weight fluctuation of 5 lb affect the way you live your life?
(not at all – slightly – moderately – very much)
5. Do feelings of guilt about overeating help you to control your food intake?
(never – rarely – often – always)
6. How frequently do you avoid “stocking up” on tempting foods?
(almost never – seldom – usually – almost always)
7. How likely are you to shop for low calorie foods?
(unlikely – slightly unlikely – moderately likely – very likely)
8. I eat diet foods, even if they do not taste very good. (true – false)
9. A diet would be too boring a way for me to lose weight. (true – false)
10. I would rather skip a meal than stop eating in the middle of one. (true – false)
11. I alternate between times when I diet strictly and times when I don't pay much attention to what and how much I eat. (true – false)
12. Sometimes I skip meals to avoid gaining weight. (true – false)
13. I avoid some foods on principle even though I like them. (true – false)
14. I try to stick to a plan when I lose weight. (true – false)
15. Without a diet plan I wouldn't know how to control my weight. (true – false)
16. Quick success is most important for me during a diet. (true – false)

Český překlad

1. Mám docela jasnou představu, kolik kalorií obsahují běžné potraviny. (ano – ne)
2. Abych si udržela přiměřenou váhu, sleduji svůj příjem kalorií. (ano – ne)
3. Jak často se omezujete v jídle, abyste měl/a svou váhu pod kontrolou?(nikdy- výjimečně – občas - vždy)
4. Mají výkyvy váhy o 2 - 3 kilogramy nějaký dopad na Váš život?(nikdy- výjimečně – občas - vždy)
5. Stává se Vám, že po přejezení zažíváte pocit viny, který Vám pak pomáhá usměrňovat způsob Vašeho stravování?(nikdy- výjimečně – občas - vždy)
6. Jak často se Vám daří ubránit se hromadění „lákových dobrot“ do zásoby?(nikdy- výjimečně – občas - vždy)
7. Jak moc dáváte přednost nákupu nízkokalorických potravin?(nikdy- výjimečně – občas - vždy)
8. Dávám přednost dietním jídlům, i když mi moc nechutnají. (ano – ne)

9. Držela bych dietu, přestože existují zajímavější způsoby, jak zhubnout. (ano – ne)
10. Raději bych jídlo vynechala úplně, než jej nedojedla. (ano – ne)
11. Střídám období přísného omezování se v jídle s obdobím, kdy mi příliš nezáleží na tom, co jím. (ano – ne)
12. Někdy jídlo vynechám, abych nepřibrala na váze. (ano – ne)
13. Některým jídlům se z principu vyhýbám, přestože mi chutnají. (ano – ne)
14. Při hubnutí se snažím dodržovat dietní plán. (ano – ne)
15. Bez plánování toho, co sním, bych měla potíže s udržováním své váhy. (ano – ne)
16. Když se omezuji v jídle, je pro mě nejdůležitější rychlý úspěch. (ano – ne)

Poznámka: skórování: podtržené možnosti = 1, nepodtržené možnosti = 0; položky označené kurzívou byly na základě položkové analýzy vyloučeny z testování hypotéz.