

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**VÝVOJ SEBEHODNOCENÍ ŽEN V PRŮBĚHU KURZU
SNIŽOVÁNÍ NADVÁHY**

(The Development of Self-evaluation of Women During The Loss Weight
Course)



Bakalářská diplomová práce

Autor: Bc. Eva Nešutová
Vedoucí práce: PhDr. Veronika Očenášková, Ph.D.

Olomouc
2015

Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Vývoj sebehodnocení žen v průběhu kurzu snižování nadváhy“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat vedoucí bakalářské diplomové práce PhDr. Veronice Očenáškové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat všem účastnicím kurzu snižování nadváhy za jejich věnovaný čas a vstřícnost po celou dobu trvání výzkumu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině, partnerovi a všem blízkým, kteří mi byli po celou dobu studia oporou.

V Opavě dne 31.3. 2015

Podpis:.....

Obsah

Obsah.....	3
Úvod.....	5
I. Teoretická část.....	6
1 Obezita.....	6
1.1 Vymezení a zdravotní rizika obezity.....	6
1.2 Historie obezity.....	7
1.3 Diagnostika obezity.....	8
1.4 Obezita z hlediska psychologie.....	9
1.5 Léčba obezity.....	10
1.5.1 Motivace k léčbě obezity.....	10
1.5.2 Metody léčby obezity.....	11
1.5.3 Kognitivně-behaviorální psychoterapie obezity a STOB.....	12
2 Sebepojetí, globální sebehodnocení a tělesné sebepojetí.....	15
2.1 Sebepojetí.....	15
2.1.1 Teorie, definice sebepojetí.....	15
2.1.2 Vývoj sebepojetí (Já).....	17
2.2 Globální sebehodnocení.....	18
2.2.1 Teoretické ukotvení.....	18
2.2.2 Aspekty a zdroje sebehodnocení.....	19
2.2.3 Výzkumy zaměřené na sebepojetí a sebehodnocení.....	20
2.3 Tělesné sebepojetí.....	23
3 Výzkumy tělesného sebepojetí a sebehodnocení obézních pacientů.....	24
II. Výzkumná část.....	28
4 Výzkumný záměr a cíle.....	28
5 Popis zvoleného metodologického rámce a metod.....	29
5.1 Zvolený typ výzkumu.....	29
5.2 Metody získávání dat.....	31
5.2.1 Rosenbergova škála sebehodnocení.....	31
5.2.2 SEIQoL – program hodnocení individuálně chápané kvality života.....	31
5.2.3 Polostrukturované interview.....	32
5.3 Metody zpracování a analýzy dat.....	33
5.4 Etické problémy a způsoby jejich řešení.....	34
6 Charakteristika výzkumného souboru.....	34
7 Výsledky analýzy.....	36
7.1 Respondentka 1.....	36
7.2 Respondentka 2.....	40
7.3 Respondentka 3.....	43
7.4 Respondentka 4.....	46

7.5 Respondentka 5	50
8 Diskuze.....	53
9 Závěr.....	58
10 Souhrn	59
Seznam použitých zdrojů a literatury	62
Seznam příloh.....	
Příloha č. 1: Zadání bakalářské diplomové práce	
Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce v českém a anglickém jazyce	

Úvod

Bakalářská diplomová práce se zabývá tématem, které nabývá v současné době na stále větší společenské aktuálnosti. Je věnována problematice obezity jako prediktoru globálního sebehodnocení a tělesného sebepojetí. V posledních desetiletích vykazuje prevalence obezity stoupající tendenci v populaci nejen rozvinutých, ale i rozvojových zemí a dosahuje charakteristik pandemie. Česká republika není v tomto směru výjimkou, i u nás dochází ke zvyšování prevalence nadváhy a obezity u dospělých a dětí.

Léčba obezity je v současné době v popředí zájmu medicíny a ostatních oborů zabývajících se kvalitou života. Oproti minulosti se možnosti léčby obezity rozšířily. Společně mají to, že kromě redukce tělesné hmotnosti mají zabránit vzniku nepříjemných důsledků obezity v podobě zdravotních komplikací. Je nesporné, že redukce nadváhy s sebou nese pozitivní přínos pro zdraví jedince. I přesto lidé s obezitou často vstupují do různých typů redukčních programů převážně z důvodu zlepšení sebehodnocení, lepšího vnímání tělesného sebepojetí. Tato přání převažují nad potřebou snížení zdravotního rizika obezity.

Existuje vzájemná provázanost tělesné schránky s psychikou, a to jak ve zdraví, tak i v nemoci. Člověk onemocní jen po fyzické nebo jen po psychické stránce, vždy jde o nemoc postihující celou lidskou bytost. Nejinak je tomu u obézních lidí, jejichž problémy jsou viditelné, a proto můžeme nabýt dojmu, že se týkají pouze těla. Neméně závažné jsou ty vnitřní, pouhým okem nespátřitelné. A právě ty budou v centru pozornosti našeho zkoumání.

Dnešní doba je charakteristická pěstováním kultu těla, propagací zdraví a výkonnosti, kdy tělo se stává symbolem úspěchu. Způsob, jakým člověk o svém těle přemýšlí a jak ho vnímá, je v posledních letech v popředí zájmu psychologických výzkumů. Předmětem jejich zkoumání je analýza důvodů narušeného vnímání vlastního těla, nespokojenost s vlastním tělem a jejich důsledky na prožívání a chování člověka. Pro obézní je charakteristická zvýšená míra nespokojenosti se svým tělem. Konfrontace vlastního těla s ideálem štíhlého kultu krásy přináší obézním nejen zhoršení vnímání tělesného sebepojetí, ale i celkového vztahu k sobě.

Cílem naší práce je zmapování tělesného sebepojetí a globálního sebehodnocení u obézních lidí, kteří vyhledali odbornou pomoc, a to formou absolvování skupinového kurzu snižování nadváhy. Práce je tradičně členěna na část teoretickou a část výzkumnou. V teoretické části shrnujeme poznatky ke zkoumaným proměnným, ve výzkumné části navazujeme formulováním výzkumných otázek, jež ověřujeme pomocí zvolených metod na účastnících kurzu snižování nadváhy.

I. Teoretická část

1 Obezita

1.1 Vymezení a zdravotní rizika obezity

Podle informací českého portálu věnovanému obezitě: „*obezitu nelze vnímat jen jako zmnožení tuku v těle, ale spíše jako chronické onemocnění, spojené s řadou jiných poruch. Jde o významný rizikový faktor, který se podílí na vzniku a rozvoji závažných somatických nemocí*“ (<http://www.obezita.cz/obezita/v-cr-a-ve-svete/>).

Obezita a k ní přidružené somatické potíže mohou významně zkrátit délku trvání života jednotlivých lidí. Zvýšená mortalita obézních lidí je především způsobena diabetem, kardiovaskulárními onemocněními, onemocněními žlučníku a některými nádory. Tato společně se vyskytující skupina nemocí je hlavní příčinou úmrtí ve všech vyspělých státech, jejich frekvence však významně stoupá i v rozvojových zemích. Výše zmíněná koncepce společné patogeneze obezity, diabetu, hypertenze a souvisejících onemocnění je koncepcí v posledních dvaceti letech známou jako *metabolický syndrom*, resp. tzv. *Reavenův metabolický syndrom X*. Obezita tedy není klasickým nezávislým rizikovým faktorem diabetu 2. typu, ale je faktorem silně závislým na přítomnosti genetické výbavy pro diabetes (Svačina, 2011). O vztazích cukrovky, obezity a vyššího krevního tlaku se vědělo již dávno – typický diabetik 2. typu je obézní a má vysoký tlak. Zjednodušeně se tedy říkávalo, že obezita je rizikovým faktorem cukrovky a vyššího krevního tlaku. Později v 80. letech se začalo na koincidenci těchto onemocnění pohlížet jako na stav se společnou příčinou a společným vývojem poruch. Dnes se u *metabolického syndromu* předpokládá prvotní necitlivost na hormon slinivky břišní – inzulín, a vyšší výdej stresových hormonů dřeně nadledvin – adrenalinu a noradrenalinu (Svačina & Bretšnajdrová, 2008).

K hodnocení zdravotních důsledků obezity nám pomáhá metoda „*ztracené roky života*“ (*years-of-life lost – YLLs*), což je rozdíl mezi očekávanou délkou života u osob v různých kategoriích *BMI – body mass index*. Hledáme-li tzv. třetí faktor příčiny nadváhy a obezity, najdeme jej pravděpodobně v omezení fyzické aktivity a nadměrném příjmu jídla (Kunešová & kol., 2011). Poznatky o vztahu mezi energetickými hodnotami přijímané potravy, složením těla, tukovými zásobami a délkou života se opírají o rozsáhlé výzkumy na laboratorních potkanech a myších. Problematiku otevřely nálezy C. M. McCaye a spol. z roku 1935, které ukázaly, že množství potravy, která byla dlouhodobě zvířatům podávána,

ovlivňuje délku jejich života a jejich tělesné rozměry. Redukce příjmu potravy jim prodloužila život (Fraňková & Dvořáková-Janů, 2003).

Obezita je však všeobecně považována za onemocnění významně související s životním stylem, tedy s prostředím, a podíl genetických faktorů na obezitě je podceňován. Je třeba si uvědomit, že podíl genetických faktorů na vzniku obezity je přinejmenším srovnatelný s podílem genetických faktorů v etiologii např. některých nádorových onemocnění. Tedy rovněž výše zmíněné *BMI* a rozložení tělesného tuku je geneticky podmíněno (Hainer & Bendlová, 2011).

1.2 Historie obezity

Podíváme-li se zpět, tak v minulosti se člověk potýkal spíše s nedostatkem, než nadbytkem potravy, což ovšem neznamená, že se obezita v té době nevyskytovala. Obezita provází lidstvo již od prehistorických dob a doklady o ní nám přináší umění – např. sochy, obrazy, později i literární díla (Hainer, 2011b). Avšak na přelomu tisíciletí se o obezitě začalo mluvit jako o celosvětové epidemii, a po kouření je to druhá nejčastější příčina úmrtí, které lze předcházet včasnou prevencí. Jedná se o chronické onemocnění, přičemž sama představuje rizikový faktor vzniku dalších vážných onemocnění (Hlúbík, 2002).

V posledních desetiletích postihuje obezita populaci rozvinutých i rozvojových zemí ve stoupající míře a dosahuje charakteristik pandemie. V některých zemích je obézních až 30% obyvatel a obezita nebo nadváha je v řadě zemí problémem nejméně poloviny obyvatel. Podle údajů světové zdravotnické organizace (WHO) bylo v roce 1995 obezitou postiženo 200 miliónů osob na celém světě, v roce 2000 již okolo 300 miliónů osob. Předpovědi říkají, že v roce 2015 bude obezitou postiženo 700 miliónů osob nad 15 let (Hainer & kol., 2011).

Česká republika rovněž není výjimkou a i zde dochází ke zvyšování prevalence nadváhy a obezity dospělých i dětí. Tento vzestupný trend je patrný, ale jedná se spíše o přesun z kategorie nadváhy do kategorie obezity, než o celkové navýšení prevalence nadváhy a obezity v posledních dvaceti letech (Hainer & kol., 2011). Podle výzkumu Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) z roku 2010 je poměr lidí s nadváhou a obezitou a počet lidí s normální váhou 55 % : 45 %. Nejvíce obézních, a to 34 %, se vyskytuje v populaci ve věku mezi 60 a 80 lety. Nejnižší je naopak podíl lidí s nadváhou mezi 18. a 19. rokem, kdy dosahuje pouze 3 % podílu (<http://www.vzp.cz/klienti/aktuality/v-ceske-republice-je-55-lidi-s-nadvahou-a-obezitou>).

1.3 Diagnostika obezity

V 19. století se objevily první snahy obezitu klasifikovat. V roce 1836 definoval A. Quetelet na základě vyšetřování belgické populace *index tělesné hmotnosti* – *BMI* (body mass index). Tento index se brzy přestal používat a až teprve na začátku 20. století se dočkal širokého uplatnění při klasifikaci obezity. V roce 1850 stanovil T. L. Chambers kritéria pro hodnocení nadváhy srovnáním s normou danou vyšetřením 2 560 zdravých lidí (Hainer, 2011b).

V průběhu 20. století se ukázalo, že nejvhodnějším způsobem hodnocení nadváhy a obezity je zjištění tělesného složení, tedy podíl tuku a svalové hmoty v těle (<http://www.stob.cz/cs/mereni-obezity-1>). Významnou metodou stanovení tuku a beztukové hmoty se stala *hydrodenzitometrie*, která byla od konce 20. století pomalu vytlačována metodou *absorpce dvojitého fotonu a pletyzmografií*. V klinické praxi se vedle antropometrie uplatňuje *bioelektrická impedance* (Hainer, 2011b).

Nejjednodušeji, ale zato jen orientačně, se dá váha zhodnotit pomocí již výše zmíněného výpočtu BMI:

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

Kategorie výsledků:

nadváha - BMI 25 – 30

obezita mírná – BMI 30 – 35

obezita střední a těžká – BMI 35 – 40 a nad 40 (www.stob.cz/cs/terapie-obezity-pod-odbornym-vedenim-1)

Takto vypočtený index nám ale neřekne nic o podílu svalové a tukové hmoty, protože hodnotí pouze celkovou hmotnost. Snadno se tedy může stát, že bude BMI naměřené aktivnímu sportovci spadat do pásma obezity, ačkoli jeho vyšší váha bude zapříčiněna vyšším podílem svalů a nikoli tuku v těle (<http://www.stob.cz/cs/mereni-obezity-1>).

Ke stanovení množství tuku a svalové hmoty v těle se dnes využívá především *bioelektrické impedance*, která je založena na principu různé elektrické vodivosti jednotlivých složek těla. Nejpřesnější výsledky nabízí dnes komerčně užívané stroje značek *InBody* či *Bodystat* (<http://www.stob.cz/cs/mereni-obezity-1>), jejichž měření dnes nabízí např. různá fitness centra či specializovaní výživoví poradci apod.

Ze zdravotního hlediska je důležité, nejen jaké procento tuku v těle je člověku naměřeno, ale důležitější je, jak a kde je tuk v těle rozložen. Podle tohoto rozložení rozlišujeme dva typy obezity – *obezitu viscerální (mužského typu)* a *obezitu gynoidní (ženského typu)*. *Obezita viscerální*, jinak ještě „jablku podobná“, je ze zdravotního hlediska rizikovější, jelikož se jedná o hromadění tuku v oblasti břicha a hrudníku (tzv. abdominální obezita). Narozdíl od toho je *obezita gynoidní*, jinak taky „hrušce podobná“, charakterizována hromaděním tuku na hýždích a stehnech a je o něco méně riziková, jelikož se nerozkládá v okolí životně důležitých orgánů (<http://www.stob.cz/cs/mereni-obezity-1>).

Důležitým prediktorem zdravotních komplikací i mortality související s obezitou je rovněž jednoduchá metoda měření obvodu pasu. Jak již bylo výše zmíněno, ukládání tuku v břišní oblasti je nebezpečnější a týká se hlavně mužů. Relativní riziko je výraznější u mladších osob ve srovnání se staršími a u osob s nižším BMI ve srovnání s osobami s vyšším BMI. V české populaci dochází v posledních letech k významnému prodlužování délky obvodu pasu, především u žen. Obvod pasu je citlivějším ukazatelem změn životního stylu než BMI a je významněji ovlivňován ročním obdobím (Kunešová & kol., 2011).

Při celkovém obezitologickém vyšetření se kromě výše zmíněného odborník ptá rovněž na stav energetické bilance, čili obsah energie přijímané v potravě a energetický výdej (Kunešová, 2011b).

1.4 Obezita z hlediska psychologie

Aktivní přejídání může mít mnoho příčin. Může jít o vědomé přejídání, přes pocit chuti k jídlu, způsobené externími nebo interními příčinami – defekt v procesu regulace chuti k jídlu, způsob reakce na stres apod. Aktivní přejídání může být i součástí kulturní tradice země, v některých kulturách je dávána přednost ženám s vyšší hmotností. V rozvinutých zemích se na aktivním přejídání z velké části podílí intenzivní reklama na potraviny (Kunešová, 2011a).

Obezita sama o sobě mezi duševní poruchy nepatří a nezařazujeme ji tedy do kategorie Poruchy příjmu potravy. Ale pouze v případě, že nemáme dostatek důkazů o tom, že základním vyvolávajícím činitelem obezity bylo přejídání jako důsledek psychických faktorů. Jedná se především o přejídání jako reakci na stres (Smolík, 2002).

Avšak v důsledku nevhodných jídelních návyků trpí mnoho obézních lidí stejnými psychickými a somatickými problémy jako nemocní s poruchou příjmu potravy. Obézní, kteří

drží redukční diety, pociťují podobné důsledky polohladovění na prožívání a kognitivní funkce jako jiní hladovějící. Vzdůstá jejich zájem o jídlo a ubývá o ostatní oblasti života. Klesá sebevědomí a postupně přibývají i závažnější psychické příznaky, jako je emoční labilita, hypersenzitivita, sociální izolace a deprese (Krch, 2011). Nadměrná tělesná hmotnost hendikepuje pacienta nejen v rovině tělesné, ale i duševně – v duchovní a společenské rovině (Wagenacht, 2011). Jídlo se pro ně potom stává náhražkou za lásku a kontakt (Bierach, 1995).

V rovině tělesné hovoříme převážně o zdravotních komplikacích jako např. kardiometabolických, endokrinních, ortopedických, respiračních aj. Na psychické úrovni se objevuje negativní sebehodnocení a prožívání charakteristické zejména pocity méněcennosti, viny, studu, zloby apod. V mezilidské rovině má obezita velmi často negativní vliv na intimní, osobní a pracovní vztahy. Existuje zde silná diskriminace obézních lidí ze strany společnosti. V naší kultuře je obezita vnímána negativně a spojována s leností, hloupostí, nedisciplinovaností, nedostatkem vůle a ztrátou kontroly (Wagenknecht, 2011).

Pokud jde o komorbiditu obezity a některé z poruch příjmu potravy, je z logických důvodů připomínán zejména společný výskyt záchvatovitého přejídání, bulimie a obezity. Prevalence záchvatovitého přejídání mezi obézními lidmi v běžné populaci se pohybuje od 5 do 8 % a významně roste s rostoucí tělesnou hmotností. Mnoho obézních, kteří se snaží zhubnout, se tak snaží rovněž pomocí zvracení. Některé studie se také shodují na tom, že obézní se sklonem k záchvatům přejídání mají horší výsledky v programech snižování nadváhy než nepřejídající se obézní (Krch, 2011).

Většina teorií nám však potvrzuje, že obézní lidé nejsou homogenní skupinou. Stejně se však vědci nadále pokouší o hledání a ověřování psychologických faktorů charakterizujících osobnost obézního jedince. Ze soudobých výzkumů vyplývá, že obézní pacienti (tedy BMI > 30) vykazují zvýšené skóre v některých škálách osobnostních dotazníků, např. úzkostnost, depresivita, hypochondrie, závislé chování, snížená sebekontrola, nižší sebevědomí (Wagenknecht, 2011).

1.5 Léčba obezity

1.5.1 Motivace k léčbě obezity

V naší společnosti jsou ženy daleko více než muži hodnoceny ostatními podle toho, do jaké míry odpovídají idealizovanému obrazu krásné ženy vytvořeného naší kulturou, což rovněž ovlivňuje jejich sebevědomí. Jak vypadá krásná žena v naší společnosti? Je štíhlá. Od

80. let 20. století však na idealizovaném ženském těle přibýlo křivek – krásná žena je štíhlá, ale má velká nadra. Jak jsme již poznamenali, jelikož obraz těla úzce souvisí se sebeúctou, působí rigidní, nedosažitelné normy krásy ženám už od útlého věku stavy úzkosti a nespokojenosti s vlastním vzhledem. Často je také přimějí k nezdravým – někdy i životu nebezpečným praktikám při pokusech nerealistického ideálu dosáhnout (Renzetti & Curran, 2003).

Máme-li pochopit nárůst poruch příjmu potravy, musíme se znovu zamyslet nad společenskými změnami. V posledních třech až čtyřech desetiletích se výrazně zrychlila výroba a distribuce potravin. Objevily se rovněž nové techniky mražení a transportu, které umožňují dlouhodobé skladování a převoz potravin z jednoho konce světa na druhý. Pulty supermarketů se tedy plní potravinami z celého světa, které jsou dostupné po celý rok, a ne jen sezónně. V posledních letech lze říci, že prakticky každý člověk ve vyspělé společnosti drží nějakou dietu. To neznamená, že by se všichni snažili intenzivně zhubnout, jestliže jsou ale všechny potraviny prakticky trvale dostupné, musíme se rozhodnout, co budeme jíst a co ne; pojmem dieta v této souvislosti rozumíme skladbu stravy, kterou si vybereme (Giddens, 1999).

1.5.2 Metody léčby obezity

V souvislosti s léčbou těžkých¹ forem obezity se můžeme setkat s použitím chirurgické léčby. Jedná se o zákroky vysoce specifické, specializované a mělo by se k nim přistupovat pouze po důkladném a detailním informování pacienta o všech možnostech léčebného postupu a teprve poté, co pacient podstoupí konzervativní (nechirurgickou) léčbu obezity pod specializovaným lékařským dohledem. Až poté, co konzervativní léčba není efektivní lze rozmyslet nad možností *bariatrické operace* (Fried, 2011). Existují dva druhy chirurgických zákroků – zákroky snižující objem žaludku a zákroky snižující vstřebávání některých látek (Fried, 2009).

Bariatrické operace nejsou kosmetickým zákrokem ani plastickou operací, takže k takovému zákroku nemůže být pacient motivován pouze snahou o zlepšení svého image (Fried, 2011). Na druhé straně bariatrických operací stojí *liposukce* (odsávání podkožního tuku), která už se dá považovat za kosmetický zákrok. Podstata zákroku je taková, že se do

¹ BMI nad 40 nebo v rozmezí 35 – 39,9, ale alespoň jedno k obezitě přidružené onemocnění, na základě jehož lze předpokládat, že chirurgicky navozené snížení hmotnosti povede k jeho zlepšení či vyléčení

těla, většinou do stehien a břicha, nepatrným řezem zavede hadička a tuk se odsaje. Většinu takovýchto operací nehradí lékařské pojištění (Renzetti & Curran, 2003).

Dále se setkáváme s moderní farmakoterapií obezity (antiobezitika), což je dlouhodobá aplikace léků korigujících metabolické a regulační poruchy podmiňující rozvoj obezity a s ní sdružených zdravotních komplikací (Hainer, 2011a). K užití antiobezitik se obvykle přistupuje rovněž až tehdy, není-li dostatečně účinná komplexní dietní pohybová a behaviorální terapie (Hainer & kol., 2004).

U lehčích forem obezity a nadváhy se nejčastěji setkáme s léčbou pomocí diety či zvýšení pohybové aktivity. Příjem potravy totiž představuje společně s výdejem energie dvě základní složky, které tvoří stav energetické rovnováhy organismu. Z hlediska léčby obezity je proto zpočátku cílem negativní energetická bilance vedoucí k poklesu nadměrné hmotnosti. V druhé, dlouhodobé fázi léčby, je cílem navodit novou energetickou rovnováhu a udržet dosažený pokles hmotnosti (Kunešová, 2011a).

Dieta v řečtině znamená způsob života a v tomto smyslu by měl být dieta v prevenci onemocnění a v léčbě civilizačních chorob používána. Změna příjmu potravy je jednou ze základních metod léčby obezity – současně se zvýšením pohybové aktivity a změnou chování (Kunešová, 2011a).

1.5.3 Kognitivně-behaviorální psychoterapie obezity a STOB

Kognitivně-behaviorální terapie (dále jen KBT) představuje jeden ze základních směrů dnešní psychoterapie. Aplikace KBT na problematiku obezity spadá do roku 1967 a je spjata s pracemi Alberta Stunkarda. V současné době je podle většiny odborníků kognitivně-behaviorální přístup, v kombinaci s dalšími metodami, nejúčinnější (Málková, 2011). V České republice se léčbě obezity pomocí KBT věnuje od roku 1990 společnost STOB (STop OBezitě), a jejich kurzy probíhají ve 100 městech po celé zemi. Kurzy mají strukturovaný program, trvají 12 týdnů a účastníci skupiny se scházejí jednou týdně na 2-3 hodiny, přičemž jedna hodina je věnována pohybové aktivitě uzpůsobené lidem s obezitou (Málková, 2004; Málková, 2011).

Jedním z nejnáročnějších úkolů je přesvědčit klienta, že v médiích propagované diety při hubnutí většinou nefungují, ale že je nutná trvalá změna životního stylu, která vede nejen k váhovým úbytkům, ale i ke zvýšení kvality života. Oproti jiným metodám se metoda KBT nezamýšlí jen nad tím, co jíst, ale také jak ovlivnit emoce a myšlenky, které posilují nevhodné

návyky. Cílem je, aby na konci kurzu klient věděl o svém problému a o způsobech jeho zvládnání, čili jak si váhu udržet i po skončení kurzu (Málková, 2004).

Kurzy probíhají skupinovou formou² z několika důvodů. Vzhledem k vysokému počtu obézních v naší zemi je výhodné a ekonomicky méně náročné řešit problematiku obezity skupinově. Další výhodou je i fakt, že soustředění pacientů se stejnou problematikou posiluje motivaci jednotlivých členů skupiny (Málková, 2011). Podle Yaloma (2007) existují výzkumné výsledky potvrzující to, že pro některé klienty má skupinová terapie větší přínos, než jiné metody – jde především o klienty s určitým stigmatem, trpící sociální izolací a ty, kteří se potřebují naučit novým vyrovnávacím dovednostem.

Skupinové kurzy se skládají z 12 lekcí:

1. lekce

První lekce je zaměřena na sebezpozorování. Klienti zaznamenávají do záznamových archů své dosavadní stravovací a pohybové návyky. Zmapují se potraviny a nápoje, které konzumují, množství jídla a rychlost konzumace apod. V první lekci se též důkladně probere motivace klienta k hubnutí.

2. lekce

Druhá lekce se věnuje analýze jídelního chování a zahájení práce na postupných změnách ve stravovacích a pohybových návycích. Ve druhé lekci se pozornost také soustředí na dílčí techniku sebekontroly – procvičování pomalého jedení.

3. a 4 lekce

Tyto lekce jsou zaměřeny na ovlivňování chování klientů – na přebudovávání nevhodných stravovacích návyků. V této fázi je nutné, aby klient pochopil, že neexistují žádné zázraky, ale prostý zákon zachování energie: je nutné méně energie přijímat než vydávat.

5. lekce

Většina klientů nevykonávala mnoho let žádný aktivní pohyb. V průběhu kurzu by si účastník měl najít takový druh pohybu, který ho těší a je pro něj vhodným. Při výzkumu faktorů, které přispívají k udržení hmotnostních úbytků po zhubnutí, se ukázalo, že právě pravidelný pohyb je nejúčinnější.

6. až 9. lekce

V těchto čtyřech lekcích se používají techniky ke kontrole podnětů spouštějících jídlo. Klienti mapují situace, kdy jídlo není reakcí na přirozené signály potřeby jíst, ale na jiné podněty. Pro většinu lidí, majících problémy s nadváhou, není signálem k tomu, aby začali jíst kručení

² Kurzy byly a jsou určeny především ženám. Nyní se ale kurzy STOBu nabízejí i ve variantách pro muže či celé rodiny.

v břiše, jídlo je podmiňováno řadou jiných, vnějších podnětů, jako jsou např. chuť, vzhled a vůně jídla, nějaké místo či činnost. Spouštěčem mohou být také vnitřní podněty – emoce a myšlenky. Cílem je identifikovat nevhodné myšlenky a nahradit je myšlenkami funkčními pomocí technik KBT.

10. lekce

Desátá lekce navazuje na 2. lekci, v níž bylo poukázáno na to, že pro redukci hmotnosti a zejména pro udržení hmotnostních úbytků nestačí techniky sebekontroly, ale je nutné též vnější posilování terapeutem či členy skupiny. Určitá forma posilování by však měla fungovat i po skončení kurzu, když už účastníci případně nebudou v žádném kontaktu s terapeutem či ostatními účastníky. Už v průběhu kurzu by jeho účastníci měli pracovat na tom, aby i po skončení terapie měli někoho, kdo pro ně bude i nadále oporou – přátelé, členové rodiny, spolupracovníci, apod.

11. lekce

V této lekci je uveden přehled pomůcek vycházejících z kognitivně-behaviorálních technik, které pomáhají vytvářet a udržovat správné jídelní a pohybové návyky. Je dobré, aby klienti na konci kurzu zhodnotili, která z technik jim nejvíce pomohla, a tu potom v případě recidivy sami používali.

12. lekce

Ve 12. lekci se zdůrazňuje, že hubnutí a udržení hmotnostního úbytku jsou dva zcela odlišné procesy. Tato lekce je zaměřena na vhodnost další případné redukce hmotnosti a dále na budoucnost – na udržení váhových úbytků. Lekce je zaměřena též na nácvik zvládnání zátěžových situací ve vztahu k nabrání kilogramů (Málková, 2011).

Při léčbě obezity nesmíme zapomínat, že obezita je multifaktoriální problém, a proto je důležitý komplexní přístup k pacientovi, který je zároveň individuálním přístupem – respektuje jedinečnost každého pacienta. Práci psychologa by proto vždy kromě psychologické diagnostiky, mělo být psychologické poradenství, zaměřené na techniky zvyšování kontroly vnějších podnětů a schopnosti sebeovládání, a psychoterapie, která klientovi napomáhá ke znovunastolení rovnováhy v životě (Wagenknecht, 2011).

2 Sebepojetí, globální sebehodnocení a tělesné sebepojetí

V první části teoretického oddílu jsme se zaměřili na obezitu a jí přidružené aspekty. V druhé části se blíže podíváme na sebehodnocení a pokusíme se jej teoreticky ukotvit v širším a složitějším systému Já.

2.1 Sebepojetí

2.1.1 Teorie, definice sebepojetí

Současný vývoj sebepojetí začíná u práce Williama Jamese a jeho teoretického rozlišení dvou komponent Já, které vystihují dualitní povahu lidského vědomí. Skládá se z tzv. *čistého Já*, agens duševního života, a empirického já, obrazu tohoto *činného Já*. Toto rozlišení vyjadřuje skutečnost, že vědomí je ukotveno dvojitým vztahem: má svůj předmět (vědomí čeho) i svůj podmět (či vědomí) (Balcar, 1983). Rozlišení činného Já a sebepojetí se daří spíše na teoretické úrovni, než na úrovni empirické či diagnostické, takže závěry výzkumu lze vztáhnout jak k sebepojetí, tak k Já vůbec. V angličtině je proto někdy používán místo pojmu „*self-concept*“, tedy „sebepojetí“, pojem „*self*“, který je jedním z možných vyjádření „Já“ (Blatný, 2001).

Sebepojetím se v dnešní psychologii rozumí souhrn představ a hodnotících soudů, které o sobě člověk chová (Blatný & Plháková, 2003). Van der Werff (1990, s. 33) uvádí, že: *„Sebepojetí (self-concept) může být snadno definováno jako vidění nebo mentální reprezentace sebe“*.

„V nejširším smyslu je sebepojetí percepcí sebe samého. Tyto percepce jsou formovány prostřednictvím zkušenosti s prostředím...a jsou ovlivněny zvláště posílením z prostředí a od významných druhých“ (Shavelson, Hubner & Stanton, 1976, s. 411).

Základní změna pohledu na sebepojetí ve srovnání s 60. léty 20. století spočívá především v tom, že sebepojetí přestalo být považováno za globální, celistvou představu sebe, konzistentní v čase a situacích. V současnosti je zdůrazňována *multifacetová, hierarchicky uspořádaná struktura a dynamika fungování* v závislosti jak na tzv. Já motivech, tak na situačním kontextu (Bandura, 1999). V podstatě se neliší od představy sebepojetí Williama Jamese před více než sto lety, proto hovoříme spíše o zdůraznění určitých aspektů sebepojetí než o radikálně novém přístupu. Přínosem novodobého studia sebepojetí je především široce

založený výzkum, který umožnil teoretické předpoklady testovat a doložil je empirickými důkazy (Blatný & Plháková, 2003).

Termínem multifacetovost je vyjádřena skutečnost, že sebepojetí je tvořeno řadou dílčích mentálních reprezentací Já, označovaných různými autory jako percepce, schémata či prototypy. Sebeopjetí je generalizací poznatků o sobě odvozených z dílčí zkušenosti v konkrétních situacích. Tyto znalosti jsou hierarchicky uspořádány podle míry abstrakce od konkrétních, specifických prvků až po obecné kategorie. Chápání sebepojetí jako konstruktů s multifacetovou strukturou vedlo k vytvoření koncepce tzv. aktivovaného sebepojetí. Tato koncepce hovoří o tom, že v závislosti na odlišných situacích je aktivizována některá z reprezentací Já, která plní v daném okamžiku centrální, řídicí struktury sebepojetí (Blatný & Plháková, 2003).

Podle Blatného a Plhákové (2003) je sebepojetí charakterizováno třemi aspekty: kognitivním, afektivním, konativním.

Kognitivní aspekt Já se týká obsahu a struktury sebepojetí. Suma všech znalostí o sobě (obsah sebepojetí) je určitým způsobem kognitivně organizovaná (struktura sebepojetí). Sebeopjetí se vytváří v procesu socializace člověka, v procesu jeho interakce se sociálním prostředím. Konkrétní obsah sebepojetí je tedy proto u každého člověka jiný. Z vývojového hlediska je obsah sebepojetí charakterizován postupným narůstáním informací o sobě (Blatný & Plháková, 2003). Markus (1980) potvrzuje, že děti raného věku používají jako prostředky sebeopjetí vlastní činnosti významné osoby ze svého okolí a postoje, zatímco adolescenti používají jako hlavní prvky sebeopjetí demografické charakteristiky, sebehodnocení a fyzické rysy.

Člověk disponuje určitými reprezentacemi Já, které se mohou lišit v řadě aspektů. K nejdůležitějším patří takové kategorie, jako je jejich centralita či důležitost, možnost uskutečnění, pozitivita vs. negativita, adekvátnost a časová lokalizace, tzn. reprezentace minulého, současného a budoucího Já (Markus & Wurf, 1987). Reprezentace Já se dále liší v tom, zda zobrazují skutečné, reálně existující osobní charakteristiky nebo se týkají představy toho, kým by se člověk mohl stát, kým by mohl být. Markusová a Nuriusová (1986) takové reprezentace Já označily jako *možná Já* a definují je jako osobní představy toho, čím by se člověk mohl stát, čím by se rád stal a čeho se obává, že by se mohl stát. Mezi takovými možnými já zaujímá speciální místo tzv. *ideální Já*. Rosenberg (1979) zdůraznil, že povaha ideálního Já se může různit v tom, do jaké míry je ideální představa realizovatelná. Ve vztahu k ideálnímu Já proto rozlišil *vysněný sebeobraz* a *závazný sebeobraz* (Blatný & Plháková, 2003).

Emoční (afektivní) aspekt Já nám říká, že sebepojetí není jen souhrnem představ o sobě, byť smysluplně organizovaným. Je v něm zároveň vyjádřen i vztah k sobě, charakterizovaný emocionálními prožitky Já, který se realizuje v rámci základní dimenze hodnocení. Tento aspekt Já je ukotven v pojmech jako je *sebeúcta*, *sebehodnocení*, *sebevědomí*, *sebedůvěra* apod. Zatímco tedy kognice funguje jako prostředek poznání, emoce dodávají psychice rozměr citového prožívání, který u člověka nabývá specifické kvality v podobě emočního vztahu k sobě (Blatný & Plháková, 2003).

Sebehodnocením, jako důležitou složkou afektivního aspektu Já. se budeme zabývat v následující kapitole, proto toto téma prozatím opustíme.

Třetím aspektem je **konativní aspekt Já**, označovaný též jako aspekt motivační či behaviorální v nejširším slova smyslu. Předpokladem je, že představa sebe, ať už z hlediska stávající skutečnosti nebo z hlediska možných Já, se v průběhu času stává hlavním faktorem psychické regulace chování. Podle Bandury je základním předpokladem seberegulace proces *sebeopozorování*, tzn. odpovídající zaměření pozornosti k vlastnímu chování. Své chování lidé sledují podle Bandury v rámci šesti základních dimenzí, jimiž jsou kvalita, produktivita, originalita, sociabilita, morálnost a deviantnost. Bandura ve svém pojetí seberegulace rovněž zdůrazňuje aktivní roli člověka při stanovení standardů. Většina teorií seberegulace je podle Bandury založena na systému negativních zpětných vazeb a motivaci vysvětlují úsilím o redukci diskrepance mezi standardem a vnímaným výkonem (Blatný & Plháková, 2003).

2.1.2 Vývoj sebepojetí (Já)

Vývoj člověka v době dětství a mládí obvykle probíhá jako linie postupných změn, která má charakter plynulé evoluce, čas od času střídané určitými revolučními skoky či zvraty. Jak bylo výše zmíněno, Já chápeme jako určité vlastní sebepojetí člověka, které představuje řídicí složku jeho osobnosti a má zpravidla tři rozměry: Já jako zárodek vzniku osobnosti, Já mezi druhými, Já ve vztahu ke světu.

Vznik Já jako určitého řídicího centra postupně se formující osobnosti představuje jen začátek. Nejprve se člověk profiluje jako samostatná bytost a začíná se jako Já také reflektovat. Tento vývojový skok se zpravidla odehrává kolem třetího roku života. Člověk si tedy je schopen uvědomit sám sebe a je schopen určité míry samostatného projevu a jednání.

V dalším období vývoje osobnosti se člověk formuje hlavně po stránce **sociální**. Člověk v počátcích školní docházky bývá již schopen bez problémů komunikovat s druhými a

setkává se s dalšími autoritami (učitelky, kamarádi, sousedé, aj.). V této fázi se obvykle hovoří o druhém období vzdoru, které však spíše než protestem bývá charakterizováno neposlušností a posilováním vlastní pozice opřením o jiné autority, než jsou rodiče.

Posledním kritickým vývojovým obdobím osobnosti z hlediska formování jejího sebepojetí je období formování základních parametrů či kvalit našeho Já **ve vztahu k životní realitě**. Sociální okolí, které je člověk v období puberty a později adolescence schopen registrovat, se rozšiřuje, vzdaluje se od svých nejbližších a vybojovává si vlastní pozici. Čím později mají mladí lidé šanci dostat se od rodiny a vlastními silami dospět, čím více se dostávají do střetů s rodičovskou autoritou, s tím větší pravděpodobností jim „puberta“ vydrží skutečně velmi dlouho (Bedrnová & kol., 1999).

2.2 Globální sebehodnocení

2.2.1 Teoretické ukotvení

Sebehodnocení označuje proces, i když se běžně používá i pro označení výsledku tohoto produktu. Z významu slova je zřejmé, že kromě znalostní složky je v tomto konstruktu zahrnuta také emocionální stránka sebereflexe, o které můžeme uvažovat v tradičních dimenzích stabilita – nestabilita, libost – neslibost a intenzita. Sebehodnocení tedy zjednodušeně považujeme za převážně emocionální aspekt vztahu k sobě (Výrost & Slaměník, 1997).

Sebehodnocení spadá v dělení podle Blatného (2001) do emočního aspektu já. Za mentální reprezentaci emočního vztahu je obvykle považováno sebehodnocení, neboli představa sebe z hlediska vlastní kompetence.

Na citovém vztahu k sobě se podílí celá řada faktorů. Ve výzkumu Markuse a Wurfa (1987) je sebehodnocení chápáno jako jedna ze složek sebepojetí a jako výsledek sociálního srovnávání a sebeposuzování na základě pozorování vlastní činnosti. Podle Shavelsona je pro vytváření sebehodnotících kritérií a výsledný emoční vztah k sobě nadále významné posílení z prostředí, zvláště od významných druhých (Blatný, Osecká & Hrdlička, 1999).

Sebehodnocení se může týkat jak dílčích obsahů, vztahovaných k já, tak obecnějších charakteristik sebe sama. Podstatné je, jak jsou tyto charakteristiky subjektivně důležité, tj. v jaké míře je člověk vztahuje ke svému činnému já. Na nejobecnější úrovni se sebehodnocení manifestuje jako celkový (globální) vztah k sobě – označuje se někdy jako globální sebehodnocení, či hodnota sebe sama (Výrost & Slaměník, 1997).

V současné odborné literatuře jsou v některých případech pojmy sebepojetí a sebehodnocení užívány synonymně. V této práci se přikloníme k názoru, který podporuje rozlišování pojmů sebepojetí a sebehodnocení. Sebepojetí vedle hodnotící složky obsahuje i pouze deskriptivní znalosti o sobě. Podle obecného předpokladu má každá mentální reprezentace Já jak kognitivní, tak emoční složku, takže jde spíše o míru vyjádření hodnotícího aspektu některého ze složek sebepojetí. Vzhledem k tomu, že sebepojetí je dynamické, a to jak v situacích, tak v čase, může se v závislosti na vnitřních nebo vnějších podmínkách některá z periferních mentálních reprezentací stát jádrovou koncepcí Já s vysokým stupněm důležitosti (Blatný, 2001).

Tvrzení, že sebepojetí a sebehodnocení nejsou identickými konstrukty, byla podpořena řadou výzkumů. Např. McGuire a McGuire na základě obsahové analýzy volné výpovědi zjistili, že kategorie obsahující sebehodnotící vyjádření představovala pouze 7 % celkové výpovědi o sobě. K podobným závěrům došli v roce 1997 ve výzkumu rovněž Blatný a Osecká, ve kterém zjistili, že osoby s vysokým sebehodnocením mají složitější strukturu významu vlastního Já, než osoby s nízkým sebehodnocením (Blatný, 2001).

2.2.2 Aspekty a zdroje sebehodnocení

Jedním z nejdůležitějších aspektů sebehodnocení je jeho pozitivita a negativita. Individuální rozdíly v sebehodnocení ovlivňují chování v nejrůznějších oblastech, jako je soutěžení, konformita, kauzální atribuce aj., a tradičně jsou spojovány s pocitem spokojenosti a duševního zdraví jedince (Blatný, 2001).

Velká pozornost byla věnována negativním důsledkům nízkého sebehodnocení. V současnosti se však ukazuje, že i vysoké hodnocení může mít negativní důsledky. Lidé s vysokým sebehodnocením mají tendenci vytvářet si o sobě nadhodnocené či přemrštěné závěry, což ve svém důsledku může vést k selhání. Lidé s nízkým sebehodnocením, kteří si stanovují adekvátní cíle, resp. cíle, kterých mohou dosáhnout, dosáhnou na konci větší odměny (Blatný, 2001).

Dalším aspektem sebehodnocení je jeho stabilita, přičemž současné poznatky prokazují, že pro výkon a reakce na interpersonální zpětnou vazbu je stabilita sebehodnocení důležitější než to, zda je sebehodnocení vysoké nebo nízké. Lidé s nestabilním sebehodnocením mají příznivější reakce na pozitivní zpětnou vazbu, ale horší reakce na

negativní zpětnou vazbu. Jejich globální sebehodnocení je navíc významněji ovlivňováno dílčími hodnoceními vlastní osoby (Blatný & Plháková, 2003).

Sebepojetí je produktem sociálního učení v procesu interakce osoba – svět. Sebehodnocení, jako jedna ze složek sebepojetí, je chápáno jako výsledek sociálního srovnávání a sebeuposuzování na základě pozorování vlastní činnosti. Shavelson (1976) uvádí, že pro vytváření sebehodnotících kritérií a výsledný emoční vztah k sobě je významné především posílení z prostředí, zvláště od významných druhých (Blatný & Plháková, 2003).

Sebehodnocení se v průběhu života vyvíjí, přičemž jeho základy jsou položeny již v dětství. Podle některých výzkumů dominuje rodičovská podpora jako nejsilnější prediktor sebehodnocení až do adolescence. V dospělosti jsou nejlepšími prediktory spolupracovníci a lidi z referenčních skupin, ale také významné osoby z rodiny, přátelé a vlastní děti (Blatný & Plháková, 2003).

2.2.3 Výzkumy zaměřené na sebepojetí a sebehodnocení

Samozřejmě na téma sebepojetí a sebehodnocení proběhlo několik výzkumů. V následující kapitole bychom se rádi věnovali právě některým z nich.

Blatný, Osecká a Hrdlička roku 1998 provedli výzkum nazvaný „*Zdroje sebehodnocení u temperamentových typů*“. Jejich teoretická část vycházela z poznatků, že sebepojetí se vytváří v procesu socializace člověka čili v procesu jeho interakce s okolním prostředím. Poznatky z předchozích výzkumů však naznačují, že se u příslušníků různých skupin populace v důsledku podobné sociální zkušenosti vytvářejí podobná sebepojetí. Vliv odlišujících znaků individua na obsah sebepojetí a zdroje sebehodnocení byl dosud studován především v sociokulturním kontextu a byl zaměřen na etnické minority, fyzické znaky a na pohlaví. Málo pozornosti potom bylo věnováno dispozičním charakteristikám osobnosti jako možnému faktoru individuálních rozdílů ve zdrojích emočního vztahu k sobě. Temperament se ve vztahu k sebepojetí neuplatňuje jen na úrovni prožívání, ale zprostředkovaně i na úrovni chování. Výzkumníci vycházeli z předpokladů, že temperament dává specifický svéráz prožívání i chování člověka. Chování vyvolává odlišné reakce okolí, které jsou prožíváním opět odlišně zpracovávány. Temperament tak ovlivňuje jak vytváření zkušenosti se světem i s vlastním Já, tak prožívání této zkušenosti.

Výzkumný soubor čítal 428 respondentů, z toho 184 chlapců a 244 dívek v průměrném věku 16 let. Ke sledování úrovně osobnostních vlastností byl použit Eysenckův

osobnostní dotazník EOD a na základě průměru škál byli respondenti rozděleni na flegmatiky, melancholiky, sangviniky a choleriky. Sebepojetí potom bylo zkoumáno pomocí sebeuposouzení na 40 adjektivních sedmibodových bipolárních škálách a dále bylo použito dvacet markerů dimenzí pětifaktorového modelu osobnosti – Big Five. K sebehodnocení byla použita Rosenbergova škála sebehodnocení.

Výsledky potvrdily již dříve prokázanou skutečnost, že extraverze přispívá k vysokému sebehodnocení, zatímco neuroticismus úroveň sebehodnocení snižuje. Nejvyšší úroveň sebehodnocení mají sangvinici, tedy stabilní extraverti, nejnižší úroveň mají melancholici, tedy labilní introverti. U všech temperamentových typů je potom vysoké sebehodnocení spojeno s úspěšností. U introvertních typů – melancholiků a flegmatiků – je jediným prediktorem sebehodnocení úspěch, u extravertních typů se shodně objevuje prediktor sebehodnocení charakteristika „cenný pro společnost“.

V roce 1999 stejná skupina výzkumníků – Blatný, Osecká a Hrdlička – provedla výzkum s názvem „*Vztah diskrepance mezi reálným a ideálním Já k sebehodnocení u introvertů a extravertů*“. Kromě sociálních vlivů jsou dalšími zdroji sebehodnocení kognitivní diskrepance v sebepojetí a pozitivní a negativní afektivita. V prvním případě jsou emoce považovány za důsledek diskrepancí mezi reálným a ideálním Já, a ve druhém případě jsou emoce považovány za primární zdroj sebehodnocení – afektivita je chápána jako dispozice určitého druhu prožívání. Jelikož do té doby byly diskrepance mezi reálným a ideálním Já a afektivita jako zdroje sebehodnocení studovány izolovaně a nebyly brány v úvahu jejich možné souvislosti a interakce, tento výzkum se proto zaměřil na prozkoumání vzájemného vztahu výše zmiňovaných proměnných – čili na prozkoumání vztahu diskrepance mezi reálným a ideálním Já k sebehodnocení u introvertů a extravertů.

Výzkum byl proveden na souboru studentů brněnských gymnázií. Výzkumu se zúčastnilo celkem 318 osob, sledované charakteristiky byly zjišťovány u 140 osob (75 chlapců a 65 dívek, průměrný věk 16,4). Sebepojetí; pro operacionalizaci ideálního Já byly využity položky ze seznamu instrumentálních hodnot z Rokeachova testu hierarchie hodnot, které byly zařazeny spolu s dalšími škálami do sémantického diferenciálu, jehož pomocí bylo zjišťováno reálné Já. Sebehodnocení; pro sledování úrovně sebehodnocení byla použita Rosenbergova škála sebehodnocení a ke zkoumání osobnosti byl použit Eysenckův osobnostní dotazník EOD.

Výsledky tohoto výzkumu potvrdily již prokázanou skutečnost, že introverti mají nižší úroveň sebehodnocení, než extraverti. Pokud jde o diskrepanci mezi reálným a ideálním Já, introverti vykazují vyšší diskrepanci než extraverti, rozdíl byl však statisticky neprůkazný.

Úroveň sebehodnocení koreluje s extravertí pozitivně, negativně naopak s neuroticismem a mírou diskrepance mezi reálným a ideálním Já. Analyzujeme-li však zvláště introverty a extraverty, zjišťujeme, že diskrepance mezi reálným a ideálním Já je spojena se sebehodnocením pouze u introvertů, u extravertů je tento vztah statisticky neprůkazný (Blatný, Osecká & Hrdlička, 1999).

Další z výzkumů realizovali Balaščíková, Blatný a Kohoutek (2004) na téma „*Aspekty sebepojetí jako determinanty výběru strategií zvládnání u adolescentů*“. Zaměřili se na otázku, do jaké míry proměnné sebepojetí ovlivňuje chování člověka v zátěžové situaci a zda jednotlivé aspekty sebepojetí mají specifické souvislosti s konkrétními strategiemi zvládnání. Již před tímto výzkumem proběhly podobné studie, které ukázaly, že existuje celá řada recipročních souvislostí mezi konkrétními strategiemi zvládnání zátěže a proměnnými sebepojetí jako je sebehodnocení nebo vědomí vlastní účinnosti. Dá se tedy předpokládat, že vnímání vlastního potenciálu sehrává důležitou roli ve volbě a realizaci strategií zvládnání zátěže.

Jejich výzkumný soubor tvořili studenti čtyř- a víceletých gymnázií z okresního města. Velikost výzkumného vzorku byla 145, z toho 67 chlapců a 78 dívek, průměrný věk 18 let. Jako metody pro proměnné sebepojetí - sebehodnocení zvolili výzkumníci sebesuzovací škály – Rosenbergovu škálu sebehodnocení, Škálu vlastní účinnosti a Škálu jasnosti sebepojetí. Chování v zátěžové situaci zjišťovali pomocí výzkumné verze Tobinova inventáře strategií zvládnání. Podle výsledků tohoto výzkumu sebehodnocení a vědomí vlastní účinnosti nemají výraznější vztah k volbě určitých strategií pro zvládnutí zátěžové situace – jsou spojeny vždy jen s jednou ze strategií zvládnání. Nízké sebehodnocení vede k úniku do fantazie, což odpovídá zjištěním, podle nichž lidé s negativním sebehodnocením vykazují nízkou míru aktivních řešení zátěžových situací. Vědomí vlastní účinnosti potom souvisí poněkud paradoxně se strategií vyhýbání se problému. Tento vztah může být vysvětlen tím, že výzkum byl proveden na souboru adolescentů, u nichž vyhýbání se problému může být považováno za sociálně žádoucí způsob přístupu k problému. Nejvíce vztahů se strategiemi zvládnání se prokázalo u jasnosti sebepojetí, respondenti s vysokou mírou jasnosti sebepojetí neuvítají především těch strategií, které jsou považovány za neadaptivní. Zdá se tedy, že pro úspěšné zvládnání zátěže je zvláště významným faktorem sebezpoznaní a z něj vyplývající sebedůvěra (Balaščíková, Blatný & Kohoutek, 2004).

2.3 Tělesné sebepojetí

Tělesné sebepojetí neboli také body image je velmi důležitou součástí celkového sebepojetí. Tento pojem v sobě zahrnuje vlastní stanovisko i význam okolí a podle Fialové (2001, s. 23) jej chápeme jako „*emocionálně afektivní hodnocení vlastního těla*“. Obecnou spokojenost člověka se sebou samým ovlivňuje do značné míry jeho chování, přičemž míru aktivity jedince ovlivňuje pocit vysoké hodnoty Já, pocity důležitosti, kompetence, výkonnosti, přitažlivosti atd. Je tedy důležité, jak o sobě jedinec smýšlí, a jak se domnívá, že o něm smýšlí ostatní. Pro dobré fungování ve společnosti má význam jeho sebepercepce a sebehodnocení, které zohledňují jeho duševní i tělesné předpoklady a znaky (Fialová, 2001).

V případě, že lidé hodnotí svůj body image neboli vztah k vlastnímu tělu, myslí tím převážně nebo pouze fyzický vzhled, atraktivitu a krásu. Nicméně tento pojem znamená více. Je to mentální reprezentace sebe sama. Body image neovlivňuje pouze pocity, ale aktivně působí na naše chování, sebevědomí a psychologii. Naše vnímání těla, pocity a přesvědčení řídí naše životy – s kým se setkáváme, výběr našeho životního partnera, vzájemné vztahy nebo náš každodenní komfort žití (Erbenová & Machovec, 2013).

Jak Fialová (2001) uvádí, tělo je objektem sociálního a kulturního vývoje. V bohatých západních společnostech je štíhlost většinou spojována se štěstím, úspěchem, mladistvostí a společenskou přijatelností (Grogan, 2000). Susan Bordo (1993) se snažila vysledovat, jaký společenský význam byl v minulosti připisován štíhlosti. Ukazuje, jak od konce minulého století začal být přebytečný tuk u žen i mužů spojován se špatnou morálkou, ať už ve smyslu osobní neschopnosti nebo nedostatku vůle. Tento trend pokračoval až do 90. let 20. století, kdy je vnější vzhled těla považován za symbol toho, zda je jedinec v pořádku nebo ne. Štíhlost znamená především mít věci pod kontrolou. Tendence spojovat fyzickou přitažlivost s pozitivními kvalitami je dokumentována už od 70. let 20. století (Grogan, 2000).

Tělo je hlavním prostředkem k sebeexpresi a k interakci se světem, a proto je klíčem k pochopení celého já a významně ovlivňuje naše sebedefinování. Emoce a zdraví člověka jsou výstižněji vyjadřovány prostřednictvím těla, než prostřednictvím řeči. Nicméně dnes se začíná pěstovat jakýsi kult těla a zesilují aktivity zabývající se tělem. Propagujeme zdraví a výkonnost, tělo je symbolem úspěchu, které veřejně reprezentujeme (Fialová, 2001).

Reálné tělo a tělesný ideál mohou být však v naprostém rozporu. Tělesný ideál bývá určen především sociokulturním pozadím. Jak prožíváme vlastní tělo a jak ho představujeme, záleží na společenských vlivech. A zvláště o ženském těle existují schematicky přesné představy o tom, jak by mělo vypadat. Dnes se ale stále častěji setkáváme s poruchami

vnímání vlastního těla, se subjektivním pocitem přílišného rozporu mezi vlastní reálnou podobou těla a ideální postavou (Fialová, 2001).

Většina lidí, zvláště žen, není schopna objektivně posoudit své tělesné parametry, a tak se nechává vést často nerealistickým subjektivním hodnocením k určitým zásahům do proporcí vlastního těla (Fialová, 2001). Technik pro měření stupně a orientace nespokojenosti s tělem je několik. Známa a velmi často užívaná je *technika siluety*. V této technice jsou účastníkům předkládány siluety postav od velmi štíhlých až po velmi silné. Účastník má vybrat tu, která je nejbližší jeho postavě, a potom tu siluetu, kterou považuje za ideální. Rozdíl mezi těmito dvěma postavami je považován za ukazatele spokojenosti či nespokojenosti (Grogan, 2000).

Studie u osob s mimořádně nízkou spokojeností s vlastním tělem nám pomáhají pochopit, jaké faktory predikují pozitivní způsob vnímání vlastního těla. Výzkum u skupiny žen a mužů, kteří mají sklon k epizodám mentální anorexie a bulimie, nadměrnému cvičení nebo opakovaným dietám ukázal, že nízké sebevědomí a pocit nedostatečné kontroly jdou ruku v ruce s nespokojeností s vlastním tělem. Gail Huonová (1994) zkoumala, do jaké míry je možné změnit postoj mladých žen k postavě a snaze neustále držet různé diety. Svůj výzkum realizovala na 24 ženách ve věku od 18 do 25 let, které byly rozděleny do čtyř skupin. Diskuze s účastnicemi byla zaměřena na to, jak podporovat ostatní účastnice v držení diet a vytvořit si pozitivnější představu o svém těle. Huonová zjistila, že účast ve skupinových diskuzích sama o sobě přinesla vysoce signifikantní změny v hodnotách spokojenosti s vlastním tělem. Diskuze se totiž týkala strategií hubnutí, což bylo samo o sobě pozitivní a motivující, takže se ženám vracel do rukou pocit kontroly nad sebou samými (Grogan, 2000). Možná také z tohoto důvodu se skupinové kurzy snižování nadváhy těší takové úspěšnosti.

3 Výzkumy tělesného sebepojetí a sebehodnocení obézních pacientů

Problematikou tělesného sebepojetí a sebehodnocení ve vztahu k nadváze a obezitě se ve svých výzkumech věnovalo několik badatelů. Následující kapitola shrnuje teoretické poznatky o obezitě a sebepojetí (globálním sebehodnocení) ukázkou nejnovějších výzkumů věnovaných tomuto tématu.

První výzkum, který bychom rádi představili je výzkum Janyškové a Konečného publikovaného roku 2012 v časopise České a slovenské psychiatrie s názvem „*Tělesné*

sebepojetí a globální sebehodnocení u obézních pacientů v souvislosti s redukcí tělesné hmotnosti“. Cílem tohoto výzkumu bylo popsat sebehodnocení a tělesné sebepojetí u obézních pacientů a zjistit, jestli a případně k jakým změnám dochází v souvislosti s redukcí tělesné hmotnosti. Výzkum byl realizován na 90 pacientech Obezitologického centra II. interní kliniky Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, kteří tam v době realizace výzkumu podstupovali ambulantní redukční léčbu. Tělesné sebepojetí bylo zkoumáno Profilem tělesného sebepojetí, úroveň globálního sebehodnocení byla měřena pomocí Rosenbergovy škály sebehodnocení. Výsledky potom ukázaly statisticky významné snížení BMI, zvýšené skóre v globálním sebehodnocení a fyzické sebeúctě, u žen navíc vzrostla i tělesná atraktivita. Výsledky také odhalily souvislost mezi tělesným sebepojetím a globálním sebehodnocením u žen ve všech sledovaných škálách, u mužů pouze ve fyzické síle. Vztah mezi BMI a globálním sebehodnocením se neprokázal, vztah mezi BMI a některými subdoménami tělesného sebepojetí se potvrdil jen u jedinců, kterým se následně podařilo zredukovat léčbou tělesnou hmotnost o více než 10 %. Závěrem tedy výsledky této studie poukazují na možnost predikce efektivity redukční léčby a poskytují podněty pro plánování psychologických intervencí zaměřených na podporu tělesného sebepojetí obézních pacientů (Janyšková & Konečný, 2012).

Erbenová a Machovec v roce 2013 uveřejnili výsledky výzkumu na téma „*Body image v komplexním přístupu léčby obezity*“ ve vědeckém časopise pro kinantropologii. Cílem práce bylo porovnat účinnost komplexního přístupu založeného na spolupůsobení kognitivně-behaviorální psychoterapie a intervenčního pohybového programu s účinností pouze intervenčního pohybového programu v terapii žen s nadváhou a obezitou. Výzkumným souborem byla skupina žen s nadváhou a obezitou (měřeno pomocí BMI), kdy relevantními znaky byla nadváha a obezita a vlastní dobrovolné rozhodnutí o změně tělesné hmotnosti nebo životního stylu. Skupina probandek byla zvolena dle záměrného výběru a následně rozdělena na experimentální a kontrolní skupinu. Experimentální skupina byla tvořena 22 probandy, průměrný věk 39,8, průměrné BMI 33,77 – probandky se účastnily kurzu dle strukturovaného programu a metodiky snižování nadváhy, vycházející ze základů kognitivně-behaviorální terapie společnosti STOB, který byl aplikován ve dvanácti týdnech a byl doplněn intervenčním pohybovým programem. Oproti tomu kontrolní skupina sestávala z probandek, které se účastnily pouze intervenčního pohybového programu stejného jako experimentální skupina. Kontrolní skupina byla tvořena 10 probandy, průměrný věk byl 39,7 a průměrné BMI 29,99. Metodou sběru dat bylo antropometrické šetření, přičemž byla sebrána tato data: tělesná výška, tělesná hmotnost, následný výpočet BMI, obvody míry pasu a boků, Grantův

index a procentuální stanovení tělesného tuku pomocí bioelektrické impedance (BIA). Další metodou byla technika siluety, což je jedna z nejužívanějších metod měření stupně a orientace nespokojenosti s tělem. Poslední metodou sběru dat bylo pozorování, v tomto případě otevřené nestrukturované pozorování, kdy je pozorovatel úplným účastníkem. Výsledky testování přinesly statisticky významné zlepšení vnímání těla u probandek skupiny STOB. U skupiny probandek intervenčního pohybového programu nedošlo k pozitivní změně ve vnímání vlastního těla, výsledky byly identické nebo se pohybovaly v záporných hodnotách. Srovnáním výsledků skupiny probandek absolvujících kurz snižování nadváhy společnosti STOB a skupiny probandek absolvujících intervenční pohybový program dojdeme k závěru, že zjištěný rozdíl vnímání těla mezi vstupními a výstupními daty obou skupin probandek je při srovnání mezi oběma skupinami probandek signifikantní. Skupina probandek, jež absolvovala kurz podle metodiky STOB, však zaznamenala pozitivně významné výsledky, na rozdíl od skupiny absolventek intervenčního pohybového programu, která zaznamenala záporně významné výsledky (Erbenová & Machovec, 2013).

Tématu obezity a sebezpojetí (globálního sebehodnocení) se samozřejmě nevěnují pouze čeští odborníci. Výzkumy v této oblasti najdeme rovněž u zahraničních badatelů. Rádi bychom věnovali pozornost jednomu z nich. Preferenčním prvkem při výběru konkrétního výzkumu byla skutečnost, že se podle slov samotných autorů studie zatím nikdo jejich zvolenému tématu nevěnoval.

Výzkum s názvem „*Romantic Relationships among Women Experiencing Obesity: Self-Perception and Weight as Barriers to Intimacy*“, realizovaný Williamsovou a Mertenem a uveřejněný roku 2013 ve vědeckém časopise *Family and Consumer Sciences Research Journal*, se pokusil zaplnit mezeru v literatuře tím, že spojí výzkum obezity s každodenním životem obézních žen a s jejich partnerskými vztahy. Výzkum byl realizován na 50 ženách z komunitních center, jehož se mohly zúčastnit ženy ve věku nad 18 let s BMI nad 30. Věk žen, zařazených do zkoumaného souboru, se nakonec pohyboval mezi 22 a 66 lety s průměrným BMI 40,4. Zvolenou metodou sběru bylo polostrukturované interview s otevřenými otázkami na vztahy, rodinu, každodenní život; zároveň byly ženy zváženy a změřeny. Výsledky ukázaly, že 34 žen z 50 bylo v současnosti nebo v minulosti vdaných a 16 bylo nezadaných. V navazování a udržování vztahu s muži a s tím souvisejícím sebehodnocením hrála důležitou roli samotná tělesná hmotnost žen. Obecně ženy vnímaly svou hmotnost jako bariéru v intimních vztazích nebo jako střet zájmu v manželských svazcích. Většina žen zkoumaného vzorku uváděla nízké sebevědomí a své tělo vnímala negativně nejen samo o sobě, ale i v souvislosti se stávajícími či potencionálními vztahy

s muži („*Nemám ráda své tělo, sebe, nejsem se sebou šťastná, jak tedy můžu být šťastná s mužem?*“). Ženy, jejichž tělesný profil korespondoval s tělesným profilem partnerů, tedy míra obezity obou partnerů byla na podobné úrovni, pozitivně vnímaly skutečnost, když oba z partnerů měli shodné zaměření motivace, a to k redukci hmotnosti. Tento faktor měl významný vliv na zvýšenou snahu žen o váhové úbytky. Ženy, které sice měly partnery s přibližně stejnou tělesnou hmotností, ale nebyly svými protějšky motivovány k hubnutí, jejich partneři sami neměli zájem na redukci své vlastní váhy, měly významně složitější výchozí situaci, hmotnost se jim redukovala mnohem hůře. Z toho lze usuzovat, že partner a jeho postoj k redukci významnou měrou ovlivňuje postoje žen k hubnutí a ke změně jídelních návyků. Dalším ze závěrů této studie bylo zjištění, že obezita je fyzickou bariérou v sexuální oblasti. Díky tělesným proporcím opakovaně zmařená sexuální aktivita vedla u mnoha žen k nechuti a obavám z dalšího sexu. (Williams & Merten, 2013).

II. Výzkumná část

4 Výzkumný záměr a cíle

Obezita v posledních desetiletích postihuje populaci rozvinutých i rozvojových zemí a dosahuje charakteristik pandemie. Ani Česká republika není výjimkou, i zde je patrný vzestupný trend ve zvyšování prevalence nadváhy a obezity dospělých i dětí (Hainer & kol., 2011). Obezita sama o sobě nepatří mezi duševní poruchy (Smolík, 2002), i když v důsledku nevhodných jídelních návyků trpí většina obézních lidí stejnými psychickými i somatickými problémy, jako pacienti s poruchami příjmu potravy (Krch, 2011). Přesto doposud přetrvává názor ve vnímání obezity jako fenoménu těla a její psychické příčiny a následky jsou vnímány pouze okrajově.

Sebehodnocení považujeme za převážně emocionální aspekt vztahu k sobě (Výrost & Slaměnik, 1997). Na něm se podílí celá řada faktorů – zejména jde o výsledek sociálního srovnávání a sebeposuzování na základě pozorování vlastní činnosti (Markus & Wurf, 1987). Individuální rozdíly v sebehodnocení ovlivňují lidské chování v mnoha oblastech a jsou spojovány s pocitem spokojenosti a duševního zdraví, přičemž důležitým aspektem sebehodnocení je jeho pozitivita a negativita (Blatný, 2001).

Pojem tělesné sebepojetí v sobě zahrnuje obecnou spokojenost člověka se sebou samým, a to, jak o něm smýšlí ostatní (Fialová, 2001). Sledování společenského významu štíhlosti ukazuje, jak je od konce minulého století nadváha či obezita spojována s osobní neschopností nebo nedostatkem vůle. Vnější vzhled těla je považován za symbol toho, jestli je jedinec v pořádku nebo ne. Štíhlý člověk je ten, který má věci pod kontrolou (Grogan, 2000). Dnešní doba je charakteristická pěstováním kultu těla, propagací zdraví a výkonnosti, kdy tělo se stává symbolem úspěchu (Fialová, 2001).

Výzkumným záměrem naší bakalářské práce je zmapovat, do jaké míry absolvování kurzu snižování nadváhy podle metodiky STOB změní globální sebehodnocení a tělesné sebepojetí účastníka kurzu. Zajímá nás, co považují ženy, redukující svou nadváhu, v životě za důležité, ve kterých oblastech života jsou spokojené, případně úspěšné, zda se změní hodnocení jejich vlastního těla apod.

Na základě stanovených výzkumných cílů jsme si položili následující **výzkumné otázky**:

- *Jak se změní globální sebehodnocení a tělesné sebepojetí žen po absolvování kurzu snižování nadváhy?*

- *Jaká je životní spokojenost žen absolvujících kurz snižování nadváhy?*
- *K jakým změnám dojde v životě frekventantek po absolvování kurzu snižování nadváhy?*

5 Popis zvoleného metodologického rámce a metod

5.1 Zvolený typ výzkumu

V naší práci jsme zvolili *smíšený výzkumný design* s těžištěm v kvalitativním výzkumu. Snaží se kombinovat výhody obou přístupů - kvantitativního i kvalitativního. Využívá způsobu triangulace, kdy se konvergentně porovnávají výsledky získané různými metodami. Využívá se komplementarity obou přístupů, které se mohou doplňovat a vzájemně tak vyrovnávat své nevýhody. Smíšený typ výzkumu využívá rozšířených možností pro interpretace výsledků, kdy většinou měkká kvalitativní zjištění dovolí výzkumníkovi pochopit a lépe interpretovat tvrdá data z kvantitativní části výzkumu (Creswell & Plano Clark, 2011). Jedním z kritérií výběru smíšeného designu s těžištěm v kvalitativní metodologii byl rovněž dopředu známý malý vzorek respondentů.

Odpověďt na otázku, co je to kvalitativní přístup a metody, není příliš jednoduché. Značná názorová pluralita panující v rámci tohoto přístupu a často obtížně identifikovatelné hranice jednotlivých metod s sebou přinášejí úskalí v deskripci a klasifikaci (Miovský, 2006). Podle Hendla (2005, s. 50) je kvalitativní výzkum: *„Proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“*

Jádrem sporu mnohých psychologů je problém, jak přistupovat ke studiu lidského chování. Od začátku se psychologie vydala spíše kvantifikujícím směrem; po psychofyzice, psychologickém strukturalismu a funkcionalismu nastoupil behaviorismus, který je ve světě dodnes stále v oblibě. Naproti tomu stála gestalt psychologie nebo psychoanalytická psychologie, která se v kontradikci s behaviorismem snažila upozornit na skutečnost, že komplexní mnohotvárnou realitu všedního dne není možné uspokojivě zkoumat tak, že se mechanicky rozloží do jednotlivých elementů a ty se analyzují jen kvantifikující cestou. V současné době hovoříme o silném nástupu kvalitativního výzkumu (Ferjenčík, 2000).

Kvalitativní výzkum má jiné cíle, a tedy i jiná pravidla. Kvalitativní výzkum používá induktivní logiku. Na začátku výzkumu je pozorování a sběr dat. Pak výzkumník pátrá po

pravidelnostech v těchto existujících datech, po významu těchto dat, formuluje předběžné závěry a výstupem mohou být nově formulované hypotézy nebo nová teorie. Cílem tohoto výzkumu je vytváření nových hypotéz, nového porozumění a vytváření teorie. Problém potom nastává v generalizaci, protože generalizace na populaci je problematická a někdy nemožná (Disman, 2002).

Zatímco v kvantitativním výzkumu testujeme hypotézy, které potom různými způsoby ověřujeme – čili přijímáme či zamítáme – v kvalitativním výzkumu se snažíme získat vhled, porozumění a orientaci. Kvantitativní výzkum je ve své povaze reduktivním zkoumáním, kvalitativní výzkum je oproti tomu orientovaný holisticky. V kvalitativním přístupu jsou data nenumerická, v kvantitativním mají číselnou podobu (Ferjenčík, 2000). Přesto si myslíme, že je zbytečná snaha některých autorů přesvědčit okolí o neslučitelnosti kvalitativního a kvantitativního výzkumu v psychologii.

Jako typ výzkumu jsme zvolili případovou studii. Případová studie je pro psychologii, stejně tak v psychiatrii, pedagogiku a další obory, jedním z významných témat. Dnešní moderní klinickou psychologii si můžeme jen těžko představit bez případových studií (Miovský, 2006). Podle Břicháčka (1981) existuje několik základních situací, kdy je vhodné použití výzkumného plánu případové studie. Jako například: velmi řídké jevy nebo vzácné kombinace vlastností, detailní analýza vlivu experimentálního zásahu, analýza a popis typického případu jako zástupce určité skupiny, nebo naopak výběr atypického příkladu, dlouhodobý výzkum vyžadující hluboký záběr a kvalitní poznání „okolností“ případu, etické důvody apod.

V centru pozornosti případové studie je případ. Případem rozumíme objekt našeho výzkumného zájmu, kterým může být osoba, skupina, organizace atd. Důležité samozřejmě je, aby byl případ řádně definován, ohraničen, a aby způsob výzkumné práce odpovídal základním pravidlům práce s případovou studií (Miovský, 2006). Podle Hendla (2005) podrobným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme ostatním podobným případům. Analýza jednotlivých případů nám v průběhu celého výzkumu umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti, díky čemuž můžeme dospět k přesnějším a do hloubky více propracovanějším výsledkům (Hendl, 2005). Všechny tyto uvedené důvody nás vedly k využití případových studií v našem výzkumu.

5.2 Metody získávání dat

5.2.1 Rosenbergova škála sebehodnocení

K získání kvantitativních dat jsme v našem výzkumu použili *Rosenbergovu škálu sebehodnocení*, která byla účastnicím kurzu předložena na první a poslední lekci, abychom tak mohli zachytit sebehodnocení na začátku kurzu a na konci kurzu čili jeho vývoj. *Rosenbergova škála sebehodnocení*, vytvořena roku 1965, měří celkovou úroveň globálního vztahu k sobě. Původně byla konstruována pro adolescenty, ale své uplatnění nachází i u jiných vzorků populace. Podle některých autorů je škála složena z několika dílčích složek, ale v současnosti je považována za jednodimenzionální a jako taková je i používána (Blatný & Osecká, 1994). Avšak při faktorové analýze se v ní obvykle vydělují dva faktory: jeden faktor je tvořen pozitivně formulovanými položkami, druhý faktor negativně formulovanými položkami (Hensley & Roberts, 1976). Interpretace těchto faktorů je u různých autorů odlišná (Blatný & Osecká, 1994).

Rosenbergova škála sebehodnocení obsahuje 10 položek, přičemž v originále je 7 položek formulováno kladně a 3 záporně. V překladu od Blatného a Osecké, který byl v našem výzkumu využit, je jedna z kladných položek formulována s opačnou valencí. Jednotlivé položky byly probandy hodnoceny na čtyřbodové škále nesouhlasím – spíše nesouhlasím – spíše souhlasím – souhlasím (Blatný & Osecká, 1994).

5.2.2 SEIQoL – program hodnocení individuálně chápané kvality života

Před započítím polostrukturovaného interview byla respondentce předložena metoda *SEIQoL (The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life)*, tj. program hodnocení individuálně chápané kvality života. Kvalita života, tak jak je pojímána v metodě *SEIQoL*, není všeobecně platná, ale je individuální, což znamená, že ke kvalitě života se přistupuje tak, jak ji vidí sám dotazovaný. Základními daty jsou výpovědi zkoumané osoby, pojetí kvality života tak závisí na jejím vlastním systému hodnot (Zeman, 2008).

Administrace metody probíhá tak, že je daná osoba požádána, aby uvedla pět životních cílů, které v dané situaci považuje za nejdůležitější (Křivohlavý, 2001). Životní cíl je jedním z klíčových pojmů v metodice *SEIQoL*. V ideálním případě se daným osobám neuvádějí příklady různých životních cílů, aby se zamezilo jakémukoli ovlivňování. Někteří autoři však připouštějí drobné navedení klienta (Zeman, 2008). Vlastní zkušenosti z administrace

potvrzují, že ve čtyřech z pěti případů našeho výzkumu bylo nutné respondentkám pomoci pochopit, co je myšleno pojmem životní cíl. U každého zvoleného životního cíle respondent rovněž uvádí i míru spokojenosti s tímto podnětem. Míra uspokojení se udává v procentech, kde dolní hranice je 0 % a horní mez je 100 %. Posledním třetím krokem je vyjádření důležitosti daného životního cíle v rámci soboru všech uvedených životních cílů, a to tím způsobem, že se mezi tyto životní cíle rozdělí 100 % (Zeman, 2008).

Na závěr dochází k vyjádření celkové spokojenosti s životem, které má obvykle formu VAS (Visual Analogous Scale), tedy analogové škály nebo tzv. teploměru spokojenosti s životem. Tato škála je úsečka, kde dolní pól znamená totální nespokojenost a horní pól úplnou spokojenost se životem, přičemž klient má za úkol udělat křížek v místě, které podle něj nejlépe vystihuje jeho momentální pocit spokojenosti (Zeman, 2008).

5.2.3 Polostrukturované interview

Hlavní metodou sběru dat v našem výzkumu bylo *polostrukturované interview*. Tento typ je pravděpodobně nejrozšířenější podobou interview, jelikož řeší nevýhody jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview. Vytváříme si určité schéma, které je pro tazatele závazné a toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát (Miovský, 2006).

V našem případě jsme před samotným rozhovorem důkladně stanovili okruhy, které byly východiskem k přípravě otázek. Otázky k vedení *polostrukturovaného interview* byly rozděleny do 4 okruhů:

- Okruh zaměřující se na životní spokojenost
- Okruh zaměřující se na globální sebehodnocení
- Okruh zaměřující se na tělesné sebepojetí
- Okruh zaměřující se na spokojenost s absolvováním kurzu snižování nadváhy

Otevřené otázky jsme pokládali jasně a srozumitelně, bez naznačené odpovědi s ujištěním, že neexistuje správná nebo špatná odpověď. V případě, že respondentka otázce neporozuměla, poskytli jsme jí upřesnění v podobě připravených podotázek.

Doba trvání rozhovorů byla individuální, zhruba od 15 do 30 minut. Rozhovor jsme ukončili poděkováním za participaci na výzkumu s nabídkou seznámení se s výsledky celého výzkumu po jeho ukončení.

5.3 Metody zpracování a analýzy dat

Ke zpracování získaných kvalitativních dat z rozhovorů jsme přistoupili metodou *kvalitativní obsahové analýzy*, tedy prostřednictvím kódování. V prvním kroku jsme přistoupili k přepsání rozhovorů do textové podoby s použitím doslovného přepisu všech rozhovorů. Opakovaným pročítáním všech takto vytvořených textů jsme přistoupili k procesu kódování. Cílem bylo v rozhovorech odhalit zajímavé a překvapivé údaje a následně se zaměřit na nejdůležitější aspekty vztahující se ke zkoumanému jevu. Samozřejmě bylo nutné eliminovat nesouvisející data. Touto metodou se záměrem označit pasáže stejného významu a pojmenovat je, se nám podařilo získat kategorie a posléze upřesňující subkategorie. Jednotlivé případové studie byly mezi sebou vzájemně porovnávány se záměrem vyhledávání souvislostí, asociací, podobností a rozdílů.

Další kvalitativní metodou, použitou v našem výzkumu, byla metoda *SEIQoL*. Jde vlastně o strukturovaný rozhovor, ale pro přehlednější výpočtu a vyhodnocování údajů se hovoří o dotazníku. Vyhodnocení kvality života se provádí tak, že se u každého životního cíle násobí jeho důležitost s mírou spokojenosti (Křivohlavý, 2002). Výsledná hodnota je pak rovna součtu takto zjištěných součinů pro všech pět řádků a tento výsledný součet se potom dělí 100, aby se výsledek pohyboval v rozmezí 0 až 100. Výsledná hodnota se pak označuje jako index kvality života (QL) (Seymour & kol., 2008). Vizuální škála se rozdělí na pomyslných 100 dílků a křížek, který udělá respondent je odečten z této pomyslné stupnice jako hodnota jeho celkové životní spokojenosti (Zeman, 2008).

K interpretaci kvantitativních výsledků, tedy *Rosenbergovy škály sebehodnocení*, jsme využili jedné z metod přípustných způsobů skórování, kde nejčastější je bodování 0-3 nebo 1-4. V našem výzkumu jsme zvolili skórování 1-4:

- u položek 1, 3, 4, 6, 8 – souhlasím = 1, spíše souhlasím = 2, spíše nesouhlasím = 3, nesouhlasím = 4
- u položek 2, 5, 7, 9, 10 – souhlasím = 4, spíše souhlasím = 3, spíše nesouhlasím = 2, nesouhlasím = 1

Rozpětí skóre se tedy pohybovalo v rozmezí 10 – 40, přičemž skóre 40 nám poukazuje na nejnižší možné sebehodnocení, skóre 10 značí nejvyšší možné sebehodnocení.

5.4 Etické problémy a způsoby jejich řešení

Vzhledem k vysoké míře citlivosti daného tématu byla základním předpokladem dobrovolnost účastnic při vstupu do výzkumu. Každý rozhovor jsme zahájili zopakováním tématu našeho výzkumu a jeho cílem. Znovu jsme respondentky ubezpečili o anonymitě výzkumu a vyžádali si před započítím rozhovoru podepsání informovaného souhlasu.

Přestože se jednalo o citlivá a důvěrná témata, ve většině případů respondentky odpovídaly otevřeně a s osobní angažovaností. V některých případech však respondentky využívaly možnosti jednoslovných odpovědí, a to zejména u otázek osobnějšího rázu. Například odpovědi na otázku „*Co se Vám na sobě líbí?*“, vyvolaly u všech respondentek rozpaky, smích a tendenci otázku bagatelizovat. To se podařilo v rozhovoru ošetřit a nenastala situace, že by po těchto otázkách došlo k ukončení interview.

Z důvodů ochrany osobních údajů a v zájmu zachování etiky byl pořízený audiozáznam po transkripci ihned zničen. Jména respondentek byla nahrazena zkratkou R opatřenou číslicí podle pořadí rozhovoru.

6 Charakteristika výzkumného souboru

Pro náš výzkum jsme zvolili metodu *záměrného neboli účelového výběru* výzkumného souboru, konkrétně prostého záměrného (účelového) výběru. Podle Miovského (2006) je to zřejmě vůbec nejrozšířenější metoda výběru, s jakou se při aplikaci kvalitativního přístupu setkáváme. Je to takový přístup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je právě vybraná (určená) vlastnost nebo stav (např. nadváha či obezita a rozhodnutí vstoupit do kurzu). Znamená to, že na základě tohoto kritéria cíleně vyhledáváme pouze ty jedince, kteří toto kritérium splňují a jsou ochotni se do výzkumu zapojit (Miovský, 2006).

V metodologické literatuře se často setkáme s kritikou účelového výběru výzkumného souboru, především z pozice kvantitativně orientovaných metodologů. Jejich kritika je však většinou zavádějící, jelikož nezohledňuje kvalitativní přístup a práci s výběrem i daty. Při využití metod triangulace, případně metody protikladů a dalších metod kontroly validity, lze přitom velmi účinně předcházet riziku nevyužití nebo zkreslení výsledků analýzy prvotních dat (Miovský, 2006).

V našem výzkumu, vzhledem k tomu, že se jedná o komerční záležitost, jsme nemohli plně ovlivnit výběr vzorku. Našimi respondentkami se tudíž staly ženy, jež se dobrovolně rozhodly absolvovat komerčně nabízený kurz snižování nadváhy podle metodiky společnosti STOB. Jejich společnou charakteristikou byla snaha o redukci hmotnosti. Druhým kritériem výběru vzorku byl i získaný souhlas respondentek s účastí na výzkumu. Jedna z klientek vstupujících do kurzu snižování nadváhy se odmítla výzkumu zúčastnit a v důsledku toho byl zredukován počet potenciálních participantů ze šesti na pět.

V úvodní lekci kurzu snižování nadváhy byl respondentkám předložen kromě *Rosenbergovy škály sebehodnocení* také základní anamnestický dotazník (viz příloha 1). Dotazník byl zaměřen na sběr základních údajů, např. věk, vzdělání, rodinný stav, velikost místa bydliště, pohyb, absolvované kurzy a podobně. Pro zpřehlednění získaných údajů byla vytvořena tabulka:

Tab. č. 1: Základní anamnestické údaje

Respondent	Věk	BMI při vstupu	Rodinný stav	Místo bydliště	Vzdělání	Absolvent předchozího kurzu STOB
1	28	27,1	svobodná	vesnice	středoškolské	ne
2	48	31,8	vdaná	vesnice	středoškolské	ne
3	44	29,9	rozvedená	město	středoškolské	ne
4	64	43,7	vdaná	město	středoškolské	ano
5	52	32	jiný	město	vysokoškolské	ne

Průměrný věk respondentek byl 47,2, v rozmezí 28 – 64 let, průměrné BMI při vstupu do kurzu snižování nadváhy 32,9. Z tabulky je zřejmé, že dvě z pěti respondentek jsou vdané, jedna svobodná, jedna rozvedená a poslední respondentka vybrala v dotazníku odpověď jiný. Z hlediska místa bydliště pocházejí tři z respondentek z města, dvě zbývající uvedly vesnici. Ze vzdělání jednoznačně převažuje středoškolské. V souboru jsme měli pouze jednu respondentku s vysokoškolským vzděláním. Z pěti respondentek jen jedna již v minulosti absolvovala kurz snižování nadváhy podle metodiky společnosti STOB.

7 Výsledky analýzy

Kapitola výsledky je koncipována tak, aby přehlednou formou poskytla odpovědi na tři stanovené výzkumné otázky. Hlavní zjištění jsou uvedena ve „shrnutí“ za vyhodnocením rozhovoru u každé z pěti respondentek. Výsledky obsahové kvalitativní analýzy v podobě kategorií a subkategorií jsou pro lepší orientaci znázorněny v tabulce č. 2. Postup vzniku kategorií a subkategorií vysvětlujeme podrobněji v kapitole 5.3.

Tab. č. 2: Kategorie a subkategorie získané kódováním dat

Kategorie	Subkategorie
efekt skupiny	sociální kontakt
	dohled nebo kontrola jedince
změna životního stylu	rodina a širší okolí
	vztah k jídlu
	vztah k pohybu
globální sebehodnocení	sebeobraz – tělesné sebepojetí
	sebevědomí
	hodnocení od významných druhých

V následujících kapitolách uvádíme analýzy rozhovorů s jednotlivými respondentkami.

7.1 Respondentka 1

Zkratka	R1
Věk	28
Výška	163
Váha před kurzem	72
BMI před kurzem	27,1
Váha po kurzu	67
BMI po kurzu	25,2

Rosenbergova škála sebehodnocení - před kurzem 18 bodů, po kurzu také 18 bodů.

SEIQoL – index kvality života QL 70 %, vizuální analogová škála VAS 60 %.

Lze si všimnout, že výsledky z Rosenbergovy škály sebehodnocení se u R1 nezměnily. V metodě SEIQoL se projevila poměrně vysoká míra spokojenosti s individuální kvalitou života R1, přestože ve vizuální analogové škále R1 uvedla nižší procento míry spokojenosti s vlastním životem.

Efekt skupiny

Sociální kontakt

Sociální kontakt byl pro R1 v kurzu určitě důležitou komoditou, sama hovoří o „*spříznění duši*“ a jako překvapující uvádí, že jídlo i pro ostatní hraje tak významnou roli v životě jako pro ni. Potvrzení tohoto faktu skupinou je pro ni velmi důležité.

„Překvapilo mě, že mi to potvrdily všechny další účastnice. A tak nějak se mi ulevilo, že jsem vlastně normální asi.“

Dohled nebo kontrola jedince

R1 potvrzuje, že kroky ke změně životního stylu již učinila. Vyslovuje však obavy, zda si dokáže i po skončení kurzu udržet bez dohledu získané základy zdravého životního stylu a dosavadní úbytek na váze.

„Tak v souvislosti s kurzem, který jsem absolvovala, je to určitě nějaké nastartování pro změnu životního stylu. Mám teď nějaký základ, na kterém, doufám, budu pokračovat. Ale chtělo by to nějaký dohled nade mnou, modlím se, aby mi to vydrželo co nejdéle.“

R1 zároveň uvádí, že určité základy zdravého životního stylu měla už před vstupem do kurzu, ale potřebovala impuls k plnému dodržování těchto zásad.

„Jak říkám, měla jsem ty základy, jen jsem potřebovala, aby mě něco nakoplo k tomu je dodržovat.“

Změna životního stylu

Rodina a širší okolí

R1 se pro změnu životního stylu bez většího úspěchu snažila získat i rodinu a širší okolí. Domnívá se, že tato pravidla by mohla být aplikovatelná na všechny lidi a je přesvědčená o jejich užitečnosti.

Vztah k jídlu

R1 potvrzuje, že se její vztah k jídlu v průběhu kurzu změnil, a to velmi významně. Jídlo už neslouží jako prostředek k zahánění špatných myšlenek, strachu a stresu. *„Právě jak jsem říkala, že jsem v kurzu s ostatními řešila svoje přejídání, když mám třeba starosti nebo strach, tak jsem si uvědomila, že jídlo není jen potrava. Že o jídle by měl člověk přemýšlet. A teď, když o něm více přemýšlím, tak mám pocit, že mám nad tím větší kontrolu. Víte, třeba s sebou všude nosím nějakou zdravou svačinku, aby když mě přepadne hlad, tak abych si nemusela kupovat nějakou čokoládu nebo nezdravou buchtu, jak jsem to dělávala.“*

Vztah k pohybu

Z rozhovoru s R1 vyplývá, že pohyb vnímá spíše jako prostředek k redukci hmotnosti, nehovoří o psychickém požitku z pohybu. Nepovažuje pohyb za důležitou, nedílnou součást každodenního života. *„No tak vzhledem k tomu, že jsem se snažila zhubnout až po druhém dítěti, tak už toho času chodit třeba do fitka bylo hodně málo. Ono se říká, že na mateřské má člověk taky pohyb, ale prostě jiný. Sice jsem se kolem dětí naběhala, ale nezhubla jsem nic. Ale chvíli na mateřské jsem se snažila cvičit pomocí videí na internetu s Hankou Kynychovou.“*

Globální sebehodnocení

Sebeobraz – tělesné sebepojetí

R1 má zprvu problém odpovědět na otázku, co se jí na sobě líbí, vyjadřuje rozpaky nad touto otázkou. Posléze uvádí: *„No. Když se zamyslím..(10s pauza) Tak oči. Líbí se mi barva a jak jsou velké. Vlasy. Asi trochu i vlasy. A poslední dobou se dívám ráda i na své břicho. Někdy a občas z dálky (smích). Ale je to lepší, než tomu bylo před kurzem.“* Z výše uvedeného je patrné, že R1 svou hodnotu spatřuje ve fyzickém vzhledu.

Navíc R1 zmiňuje přesah změny sebeobrazu i do ostatních oblastí života. *„A tak mám pocit větší sebekontroly, což mě zase vede k dobrému pocitu ze sebe sama. Mám pocit, jako by se to tak hezky začalo urovnávat v tom životě. A taky cítím, že mám dobrý pocit ze sebe a dobrý vztah sama k sobě, tak všechny věci zvládám tak nějak líp.“*

Na otázku, co jí jako první napadne při pohledu do zrcadla, akcentuje současnou změnu, která souvisí s tím, že zhubla: *„Protože teď mě prostě napadá: Seš dobrá! Ted' mě napadne: Jsi dobrá, že jsi to zvládla, že jsi tam, kde jsi. Bývaly to i sprosté výrazy, které mě napadaly, když jsem se na sebe podívala, ale teď musím říct, že jo, teď mě fakt napadne: Seš dobrá.“*

Sebevědomí

R1 uvádí, že se nepovažuje za sebevědomou ženu, že jí sebevědomí nebylo do vínku naděleno. Zároveň při otázce, co by se mělo změnit, aby se stala sebevědomější, uvádí opět souvislost s fyzickým vzhledem, konkrétně se snížením váhy. „*Chtělo by to tak ještě čtyři centimetry přes břicho. To by mi opravdu hodně pomohlo, protože ta postava mě hodně ovlivňuje v tom, jak se cítím, jak se vnímám.*“

Hodnocení od významných druhých

Z rozhovoru vyplynulo, že je pro R1 velmi důležité, jak je hodnocena okolím, přičemž na prvním místě uvádí partnera, na druhém místě rodiče. Ale partner ji pravděpodobně nepodporuje v takové míře, jak by potřebovala. „*To partnerovo pozitivní hodnocení mi dost schází.*“ Hovoří i o tom, že je pro ni hodnocení od ostatních důležitější, než by chtěla.

Shrnutí R1

Rozhovor s R1 plynul přirozeně. R1 působila otevřeně, odpovídala s vysokou mírou optimismu a potřeby sdílet postřehy o změnách, které nastaly v jejím životě absolvováním kurzu snižování nadváhy. Ve svém životě považuje za důležité zdraví, celkovou spokojenost se sebou, s partnerem, s rodinou a s prací. Oceňuje se za to, že je dobrou matkou a teď navíc se oceňuje za to, že se rozhodla udělat něco sama pro sebe. Něco se svým tělem, že se jí to povedlo, a že v tom vytrvala. Za úspěch považuje nastartování pro změnu životního stylu a věří ve svou schopnost v započaté změně pokračovat. Přesto se obává, zda bude schopna v započaté pokračovat bez dohledu, bez kontroly. R1 si je vědoma změn, které po absolvování kurzu snižování nadváhy nastaly. Za nejdůležitější považuje změny v tělesném sebezpojetí, což vnímá jako přímou souvislost se zvýšením sebevědomí. R1 na škále od 1 do 10 zvolila číslici 7, kterou vyjádřila, jak je pro ni důležité hodnocení jejího vzhledu ostatními lidmi. Z toho lze vyvodit, že pro R1 je hodnocení od významných druhých lidí velmi důležité, což také potvrzuje v dalších částech rozhovoru. Váhový úbytek je pro R1 důvodem ke zvýšení sebedůvěry a zlepšení nálady. S tím se dostavuje i dobrý pocit ze sebe sama a zlepšení vztahu ke své osobě. Dalším bonusem, souvisejícím se snížením váhy, je pro R1 snadnější zvládnání obtíží v zátěžových situacích.

7.2 Respondentka 2

Zkratka	R2
Věk	48
Výška	185
Váha před kurzem	108,8
BMI před kurzem	31,8
Váha po kurzu	105,6
BMI po kurzu	30,9

Rosenbergova škála sebehodnocení - před kurzem 30 bodů, po kurzu 21 bodů.

SEIQoL – index kvality života QL 66,25 %, vizuální analogová škála VAS 88 %.

Lze konstatovat, že výsledky z Rosenbergovy škály sebehodnocení se u R2 změnily. Konkrétně výsledek po absolvování kurzu je nižší, než na počátku kurzu, což můžeme interpretovat jako zvýšení sebehodnocení.

V metodě SEIQoL se u R2 projevila nadprůměrná míra spokojenosti s individuální kvalitou života, přesto ve vizuální analogové škále R2 uvedla ještě vyšší procento míry spokojenosti s vlastním životem.

Efekt skupiny

Sociální kontakt

R2 uvádí, že v kurzu snižování nadváhy potkala „*bezvadné lidi*“. Zároveň však uvádí, že organizované věci celkem špatně snáší: „*Já to moc nemusím, protože mi do toho něco vleze a já to tak kombinuju, až to dokombinuju, a pak vůbec nevím, kam mám jít.*“

Dohled nebo kontrola jedince

R2 v rozhovoru nepotvrdila důležitost kontroly nebo dohledu při udržení váhových úbytků., kurz však hodnotila pozitivně: „*Tak mělo to hlavu, mělo to patu. Člověk si z toho teďka může udělat pro sebe jako takový program, dejme tomu po tom novém roce, protože teď asi se přiznám, že to neklapne.*“

Změna životního stylu

Rodina a širší okolí

R2 byla v rozhovoru překvapená z toho, kolik informací o zdravém životním stylu věděla ještě před kurzem. Uvádí však, že si je potřebovala znovu uvědomit a „*dostat pod kůži*“. Rozhodla se pro úpravu stravování celé rodiny a tyto poznatky chce šířit i mezi svými přáteli a známými. Přichází s konkrétní představou o způsobu šíření nově nabytých informací, návštěvám má v úmyslu připravovat zdravější varianty občerstvení.

Vztah k jídlu

Z rozhovoru vyplynulo, že R2 má k jídlu kladný vztah, proto jakoukoli dietu vnímá jako omezování. Za jednu z přípustných diet považuje dietu Štefana Margity, při které nebyla nucena k žádnému významnému omezování. „*Tak třeba to byla dieta Štefana Margity. Ta byla na nějakých deset dnů nebo kolik to bylo, takže v podstatě jsem to podle toho držela, to bylo skvělé, člověk něco zhubl. Mně se tam z toho úplně nejvíc líbilo to, že tam bylo: Udělej si maso, jak velké sníš. A že sním teda velké, to je pravda, a k tomu libovolná hromada salátu. Což mi vyhovovalo. Takže prostě nějaký hlávkový salát a k tomu hodně obrovský steak. Pro mě perfektní dieta.*“

Vztah k pohybu

R2 se několikrát pokoušela začít s pohybovou aktivitou, ale u žádné z nich nevydržela příliš dlouho. Přestože si je vědoma pohybu jako nedílné součásti zdravého životního stylu, uvádí, že nemá dostatečnou motivaci k pravidelnějšímu vykonávání nějaké pohybové aktivity. „*Chodila jsem jednu dobu běhat, šla jsem třikrát a pak mě bolely nohy, takže jsem se na to vykašlala. Tady jsme byli na zumbě a to jsem teda neuměla pak popadnout dech, tak jsem si říkala, že se mám ráda, že se nenechám zabít.*“

Globální sebehodnocení

Sebeobraz – tělesné sebepojetí

R2 na otázku co se jí na sobě líbí, odpověděla, že je v tomto směru velmi nespokojená. V průběhu rozhovoru vyplynulo, že má na mysli fyzický sebeobraz a s ním spojené nízké tělesné sebehodnocení. Z výpovědi je patrná snaha o zlepšení náhledu na sebe sama, ovšem bez většího úspěchu. „*My jsme se s kamarádkama přesvědčovaly už o tom, že se postavíme před zrcadlo nahaté, samozřejmě, když tam nikdo nebude, že se tam postavíme, a že se*

budeme takhle poplácávat a budeme si říkat: To všechno miluju, to všechno je moje, to všechno miluju. A když jsme se tam postavily, tak ono to fakt nešlo.“

R2 minulost vnímá jako dobu, kdy byla sama se sebou spokojená, ale pouze do tehdy, než po dětech přibrala. Uvádí, že ji to ovlivňuje i v tom, jak se ve společnosti baví. Je nutné však doplnit, že sebehodnocení se u R2 nezhoršuje pouze zvýšením tělesné hmotnosti, ale i přibývajícím věkem. *„V minulosti jsem měla velmi štíhlé nohy, takže jsem nosila minisukně a vysoké kozačky, což bylo úplně úžasné. A po dětech vypadám tak, že kdybych se takhle oblékla, tak mě odvezou. To jsem byla se sebou maximálně spokojená. Když jsme někam přišli, tak jsem se cítila dobře, nikdy jsem neseděla v koutě. Po těch dětech se to nějak to no...“*

Sebevědomí

Na otázku, zda se považuje za sebevědomou ženu, R2 uvádí, že už o sobě tak moc nepřemýšlí, a že už se tak neřeší. Více se orientuje na děti a na to, co s nimi bude do budoucna. Uvádí, že sebevědomí by se jí mohlo zredukováním tělesné hmotnosti zvýšit.

Hodnocení od významných druhých

Na škále důležitosti hodnocení její osoby ostatními lidmi v rozmezí 1 – 10 uvedla R2 nejnižší číslo ze všech respondentek, a to čtyřku, pětku. *„Já to mám tak, teďka zpátky fakt nějakou dobu, já nevím, jak dlouho to je, ale stalo se něco ve mně, nevím, nemůžu na to přijít, co to je, a ve spoustě věcech to prostě neřeším. Je to pro mě zátěž, je to pro mě zbytečné. Proč to mám řešit? Stejně to nejde, jako některé ty věci, a já to prostě vůbec neřeším. Jo, takže pro mě, že mám nakřivo límec nebo něco, mně je to úplně jedno. Ať se na mě ti lidi dívají a něco si mluví nebo co, to je jejich problém.“*

Z níže uvedené citace ale vyplývá, že R2 sice nezáleží na hodnocení ostatních, ale těch blízkých ano. Mezi ně zahrnuje spolupracovnice, kamarádky a rodinu. *„Jistě, pokud se to týká mých blízkých. Jo, protože oni mě znají, co jsem zač, co ode mě můžou čekat, co jsem schopná a co nejsem schopná.“*

Shrnutí R2

S odstupem času můžeme konstatovat, že rozhovor s R2 byl nejobtížnějším. Nabyli jsme dojmu, že se R2 nepodařilo získat pro otevřenou spolupráci, což dokazují určité rozpory ve výpovědi respondentky. Při analýze dat jsme dospěli k závěru, že R2 pravděpodobně řešila

v danou chvíli závažné životní téma. To mohlo být také důvodem velmi nízké otevřenosti R2 v rozhovoru, a rovněž její sporadické docházky do kurzu.

R2 uvedla důležitost rodiny, práce a zdraví. Na počátku rozhovoru zmínila, že se ocitá v životní etapě, která se zdárně vyvíjí, z čehož vyplývá i její spokojenost. Úspěšnost v práci je pro ni velmi důležitou hodnotou. Uvádí, že její devízou je výborná schopnost komunikace.

Ve svém volném čase R2 upřednostňuje rodinu a zájmy ostatních členů na úkor volného času pro sebe sama. Se svým vzhledem je R2 velmi nespokojená, její tělesné sebehodnocení je velmi nízké a uvědomuje si, že redukcí tělesné hmotnosti by došlo ke zvýšení jejího sebevědomí. R2 se domnívá, že ideální krása neexistuje, a proto se snaží na každého člověka nahlížet z více úhlů pohledu a nehodnotit jej jen podle vzhledu, ale i podle jiných kritérií.

R2 uvádí, že pro ni není důležité, jak její vzhled hodnotí ostatní. Na pomyslné stupnici od 1 do 10 zvolila pro vyjádření důležitosti hodnocení ostatních čtyřku, pětku. Z rozhovoru ale vyplynulo, že pro R2 je hodnocení ostatních důležitější, než navenek přiznává. Usuzujeme tak z toho, že se k tomuto tématu opakovaně vrací.

Jelikož R2 do kurzu docházela spíše sporadicky, bylo pro nás překvapením její pozitivní hodnocení kurzu. Hovoří o tom, že u ní došlo k posunu dopředu. Avšak v tuto chvíli řeší spoustu jiných závažných věcí, a proto nemá momentálně prostor věnovat se sama sobě.

7.3 Respondentka 3

Zkratka	R3
Věk	44
Výška	169
Váha před kurzem	85,5
BMI před kurzem	29,9
Váha po kurzu	80,3
BMI po kurzu	28,1

Rosenbergova škála sebehodnocení - před kurzem 25 bodů, po kurzu 18 bodů.

SEIQoL – index kvality života QL 80 %, vizuální analogová škála VAS 52 %.

Z výsledků Rosenbergovy škály sebehodnocení je zřejmé, že došlo ke změně. Konkrétně je výsledek po absolvování kurzu, než na jeho počátku, což můžeme interpretovat jako zvýšení sebehodnocení respondentky.

V metodě SEIQoL vidíme vysokou míru spokojenosti s individuální kvalitou života respondentky, přesto ale subjektivně R3 hodnotí nižší míru kvality života.

Efekt skupiny

Sociální kontakt

R3 uvádí, že: „...jsem ráda, že jsem si zvolila tenhle kurz, protože mi hodně pomohl, přinesl mi i nové přátele.“ Z výpovědi lze usuzovat, že sociální kontakt byl pro R3 přidanou hodnotou celého kurzu. R3 akcentuje, že nejde o kontakty s jakýmikoli lidmi, ale jde hlavně o setkávání s lidmi, kteří mají stejný cíl: „...přineslo mi to spoustu přátel, se kterými jsem se mohla podělit o to, že na to nejsem sama, že existují lidé se stejným problémem.“

Dohled nebo kontrola jedince

U R3 se setkáváme rovněž s fenoménem potřeby dohledu nebo kontroly nad redukcí tělesné hmotnosti. Na otázku, zda se už snažila někdy v minulosti zhubnout odpovídá: „Snažila jsem se, samozřejmě jsem zkusila nějaký preparát, jenomže to vždycky je samozřejmě s jo-jo efektem. No a nějaká úprava jídelníčku, kterou jsem samozřejmě sama nezvládla. Takže jsem se raději přihlásila do kurzu, pod odborný dohled, protože si myslím, že tam jsou k tomu vyškolení odborníci.“

Změna životního stylu

Rodina a širší okolí

R3 s nadšením konstatuje, že do změny svého životního stylu zahrнула i zbývající členy rodiny: „Protože tím, jak jsem se začala stravovat, tak tím samozřejmě ovlivňuju i svou rodinu. Protože vlastně vařím doma jídla, které jsem se tam naučila, a tím vlastně ovlivňuju i jejich jídelníček. A hlavně je беру s sebou na ty sporty a na ty výlety. Takže, když jdu na Nordic, tak samozřejmě jsem zakoupila hole i pro rodinu a chodíme spolu.“

Vztah k jídlu

R3 zmiňuje souvislost stresu a jídla. Uvádí, že stres má přímý dopad na celý organismus, ovlivňuje i příjem potravy. Konkrétně hovoří o nedávné změně pozice v zaměstnání a vlivu této změny na vztah k jídlu a ke zdraví: „Protože jsem byla nervózní, nesoustředěná, vypjatá, pořádně jsem nejedla, takže i ta strava nebyla optimální, jak by měla být. Myslím si, že když je člověk ve stresu, takže to působí na celý organismus. I na celý jeho život.“ Zároveň také hovoří o návyku vyhledávání situací, které ji nutí k jídlu i tehdy, když nepociťuje hlad.

Vztah k pohybu

R3 jako jediná zmiňuje obrovské zdravotní benefity vyplývající z pohybové aktivity a mající přímý vliv na to, že se cítí po fyzické stránce lépe. Zdravotní hledisko bylo pro R3 hlavní motivací ke vstupu do redukčního programu: *„Měla jsem problémy s páteří, byla jsem nespokojená s mojí tělesnou schránkou. Že jsem nějaké kila nabrala. Hlavně ze zdravotního hlediska, že jsem zhubla, protože se cítím i psychicky líp, pohybově líp, mám menší bolesti páteře a těch kloubů.“*

Globální sebehodnocení

Sebeobraz – tělesné sebepojetí

Na otázku „Co se Vám na sobě líbí?“ R3 bez zaváhání odpovídá: *„No teď, že jsem zhubla.“* Odpověď na otázku „Co Vás napadne při pohledu do zrcadla?“ zní: *„Vypadám líp, nemám břicho.“* Vidíme zde opět tendenci hodnotit sebe sama hlavně z tělesného hlediska.

U R3 je zřejmá určitá míra nespokojenosti se svým věkem a souvisejícím procesem stárnutí. Absolvování kurzu snižování nadváhy R3 vrátilo alespoň částečně v čase k jejímu mladšímu já. *„Myslím si, že když jsem byla mladší, tak to moje tělo bylo i pevnější, pružnější, vláčnější. Teď s přibývajícím věkem a váhou je to horší a horší, že. Takže jsem opravdu ráda, že mi ten kurz vlastně pomohl k tomu, abych se kousíček vrátila k tomu, přiblížila se, když jsem byla mladší a to tělo bylo pevnější.“*

Sebevědomí

Své sebevědomí R3 dává do souvislosti s momentálními vnitřními pocity. Na otázku, zda se považuje za sebevědomou odpovídá účastnice *„Jak kdy.“* Nehodnotí se tedy primárně jako žena s nízkým sebevědomím. Na upřesňující otázky rozhovoru měla R3 potřebu vysvětlit své sebevědomí matematickým poměrem čísel 80:20 ve prospěch sebevědomí. K tomu, aby mohla být R3 ještě více sebevědomější uvádí: *„Myslím, že bych mohla ještě trochu více zhubnout, aspoň řekla bych ještě těch pět kilo.“* Sebevědomí však nedává do souvislosti pouze s dokonalým fyzickým sebeobrazem. Vnímá další faktory, které mají vliv na její sebevědomí, a to, jak se jí daří v práci a v rodině. Neúspěch v těchto oblastech má vliv na snížení jejího sebevědomí. Další jev, který se objevuje v rozhovoru s R3, je souvislost fyzické a duševní pohody: *„Že mi to vlastně přinášelo pro mé tělo takové blaho a úlevu, cítila jsem, že se i moje postava se mění, že se cítím i duševně líp. Že vlastně i psychicky se začínám dostávat do nějaké takové úrovně, pozice, ve které se cítím líp.“*

Hodnocení od významných druhých

R3 vyslovuje poměrně vysokou potřebu kladného hodnocení od ostatních. Na pomyslné škále od 1 do 10 udává číslo 7, a k osobám, jejichž hodnocení přikládá význam, patří její rodina, přátelé a spolupracovníci. „*A pak až nějaké okolí.*“

Shrnutí R3

Rozhovor s R3 patřil k náročnějším. Ze audiozáznamu je patrné, že se jí hůře hovořilo o citlivějších osobních tématech, k jejichž odpovědi jsem ji musela často vracet. Některé otázky jsem musela pokládat opakovaně. Využívala možnosti odpovědět jednoslovně nebo krátkou větou. Přesto se při analýze dat z rozhovoru objevilo několik zajímavých a ojedinělých témat. Z odpovědí R3 je patrná váha, kterou přikládá oblasti zdraví a jeho důležitosti v jejím životě. Jako jediná považuje zdravotní hledisko za významný motivační prvek ke snížení své tělesné váhy a popisuje konkrétní zdravotní benefity spojené s jejím úbytkem. Dalším zajímavým tématem je pro R3 nově nabytá zkušenost s pohybem a s jeho využitím pro zlepšení svého zdravotního stavu. V rozhovoru s R3 se také často objevovalo téma sebevědomí v souvislosti s celkovou životní pohodou, přičemž sebevědomí dává do souvislosti nejen s vnímáním fyzického sebeobrazu, ale i s dobrými vztahy se svou rodinou a přáteli. V porovnání s dalšími respondentkami se R3 nepovažuje jednoznačně za ženu s nízkým sebevědomím. U R3 se projevuje důležitost pozitivního vztahu ke svému tělu, podmíněnou snížením tělesné hmotnosti a jejím udržením.

7.4 Respondentka 4

Zkratka	R4
Věk	64
Výška	163
Váha před kurzem	116,2
BMI před kurzem	43,7
Váha po kurzu	114,2
BMI po kurzu	43

Rosenbergova škála sebehodnocení - před kurzem 26 bodů, po kurzu 30 bodů.

SEIQoL – index kvality života QL 46 %, vizuální analogová škála VAS 60%.

Lze si všimnout, že výsledky z Rosenbergovy škály sebehodnocení se změnily. Konkrétně výsledek po absolvování kurzu je vyšší, než na počátku kurzu, což můžeme interpretovat jako snížení sebehodnocení.

V metodě SEIQoL spatřujeme míru spokojenosti s individuální kvalitou života respondentky pohybující se okolo průměru, přesto ale ve vizuální analogové škále respondentka uvedla vyšší procento míry spokojenosti se životem. Z toho nám vyplývá, že subjektivně hodnotí respondentka svůj život lépe.

Efekt skupiny

Sociální kontakt

R4 je sociální kontakt ve skupině hodnocen velmi pozitivně. Lze tak usuzovat proto, že je již starobní důchodkyní. Na otázku, zda ji někdo motivoval chodit do kurzu odpověděla: *„Manžel mě motivoval, ale on mě nemotivoval tak, že mě motivuje kvůli té nadváze, ale kvůli tomu, abych šla mezi lidi. Takže on řekne: Jo, běž tam, to bude fajn, zase si tam pokecáš. No on z toho nevidí nějaký extra efekt, že bych nějak extra zhubla, ale víceméně, abych si šla popovídat. Mezi lidmi, kteří v podstatě mají asi stejné problémy.“* Velmi pozitivně vzpomíná na úplně první kurz, který absolvovala: *„No byli tam takoví sympatíáci, docela jsme si tam všichni rozuměli.“*

Dohled nebo kontrola jedince

R4 se kurzu účastnila již popáté, což samo o sobě může nasvědčovat zvýšené potřebě dohledu a kontroly, což ovšem v rozhovoru nepotvrzuje.

Změna životního stylu

Rodina a širší okolí

I vzhledem ke svým bohatým zkušenostem s absolvovanými kurzy snižování nadváhy R4 považuje informace získané v kurzech za obecně využitelné. Po prvním kurzu se snažila přesvědčit manžela, aby začal hubnout s ní. Začali spolu více hovořit o jídle, začali nad jídlem více přemýšlet. Kromě rodiny aplikuje nabyté zkušenosti a vědomosti také na kamarádkách: *„No já si myslím, že to je obecně využitelné. Opravdu. Kdyby se s tím ti lidmi více seznámili, tak by udělali jen dobře. Já kolikrát i třeba kamarádce jsem říkala, když jsme spolu seděly, ona ví, že jsem tam chodila, tak jsem říkala, co a jak. Chodíme spolu plavat do bazénu, takže ona se kolikrát diví, když jí něco řeknu. Takže si myslím, že jako lidi kdyby tam více chodili, tak že*

by jim to i pomohlo. Jenom je to zase i o té vůli to potom držet i dál a dělat to, co se tam člověk naučí. “

Vztah k jídlu

Z rozhovoru je patrné, že R4 je schopna plně aplikovat zásady zdravého životního stylu do svého běžného života. Potvrzuje, že o jídle přemýšlí z jiné perspektivy. Jídlo má ráda, ale hlídat váhu si musela už od dítěte, takže k němu má ambivalentní vztah.

Vztah k pohybu

R4 je jedna ze dvou respondentek, které pohyb vnímají jako běžnou součást každodenního života: *„Mně pohyb docela baví. Pro mě je trest sedět doma.“* R4 i přes svůj vyšší věk, vyšší tělesnou hmotnost, a s tím spojené zdravotní problémy, několikrát týdně sportuje. *„Tak já vždycky jsem chodila někde něco cvičit. Mně pohyb docela baví. Asi pět let jsem chodila do Contours, tady teď chodím do Pepy - do posilovny. Na rotopedu tu a tam jezdím, teď ho mám tady fikaně schovaný. Protože čeká, až budu muset zase začít. No a do bazénu chodím. Jo, kromě toho teda celoživotní turistika, my jsme chodili i dvacet kilometrů, takže docela dost. Zase jsem si ošoupala ty kolena, no.“* Momentálně R4 využívá z pohybu pouze plavání, a to třikrát týdně. Je čekatelkou na operaci výměny kolenních kloubů. Kvůli velkým bolestem nemůže vykonávat jinou sportovní aktivitu, což ji frustruje.

Globální sebehodnocení

Sebeobraz

R4 hovoří o tom, že se sama sobě nelíbí kvůli vysoké hmotnosti. Na otázku, *„Co Vás jako první napadne při pohledu do zrcadla?“*, odpovídá: *„Při pohledu do zrcadla? Už jsem zase přibrála? Nebo – měla bych zhubnout. To jsou myšlenky, které mě napadnou první.“* Z odpovědi na otázku, *„Co se Vám na sobě líbilo v minulosti?“*, odpovídá: *„Já nevím, třeba, obličej byl určitě lepší asi. Já nevím, tak i ta postava byla občas lepší. Ale jenom občas.“* Z odpovědi vyplývá, že otázka nespokojenosti s vlastním tělem, spojená s vyšší tělesnou hmotností, provázela R4 již od mládí. Přesto svůj sebeobraz nevnímala v minulosti vždy negativně.

Sebevědomí

R4 v souvislosti se sebevědomím zmiňuje nízkou ctižádostivost: *„Já nemám žádnou ctižádost. Tak to bude asi tím. Protože tak jako někdo něco chce, tak to v podstatě nechci.“*

Nevím, já to nepotřebuju. Já nepotřebuju někde vyniknout. Já když si hraju na klavír, tak to nepotřebuju nikde předvádět, nikde někomu hrát.“ Fenomén zvýšení sebevědomí v závislosti na snížení tělesné hmotnosti, je patrný i u R4: „Kila. Kila. Když člověku ubudou kila, tak se hned cítí líp. Neříkám, že by mi stoupla tížádost, a že bych se cítila nějak extra, ale ctím se líp samozřejmě. Člověk si ledacos oblíkne, jde ven a hned se cítí tak nějak sebevědoměji.“

Hodnocení od významných druhých

Na otázku, „Je pro Vás důležité, jak Vás vzhled hodnotí ostatní?“, R4 odpověděla: „*To já nevím, protože mi nikdo nic neříká. Že by mě hodnotil. Možná mě hodnotí v hlavě, ale takhle ne. Tak určitě by mě to zajímalo, kdyby mi to někdo, jak říkám, řekl. Zajímat to člověka zajímá.*“ V první části odpovědi R4 spatřujeme neochotu věnovat se tématu hodnocení doprovázenou lhostejností. O to více překvapující bylo slovní vyjádření na pomyslné škále od 1 do 10, kde uvedla číslici 6, z čehož vyvozujeme, že ve skutečnosti je pro R4 hodnocení ostatními důležitým faktorem.

Shrnutí R4

V době rozhovoru s R4 se blížil termín její operace výměny kolenních kloubů. Pravděpodobně i z těchto důvodů zazníval ve výpovědích R4 pesimismus a rezignace v hlase. V audiozáznamu rozhovoru jsou zcela zřejmá témata, kterým se R4 nechtěla věnovat a vyhýbala se odpovědi. Pravděpodobně šlo o velmi osobní, a zároveň bolestivá, témata. Určitou rezignaci můžeme zaznamenat také ve výsledcích kurzu, kdy R4 zhubla pouze dva kilogramy, což je vzhledem k předchozím výsledkům nejnižší váhový úbytek. Tento diskomfortní stav R4 se projevil i v Rosenbergově škále sebehodnocení, kde klientka dosahovala vyšších výsledků na začátku kurzu, než po absolvování kurzu. Možným důvodem by mohla být informace o nutnosti operace, kterou obdržela až v průběhu kurzu.

R4 kurz snižování nadváhy absolvovala již popáté. Toto opakování s největší pravděpodobností nesouvisí se zvýšenou potřebou kontroly a dohledu, ale s vyšší mírou potřeby sociálního kontaktu související s jejím sociálním statutem.

Zajímavý je vztah R4 k pohybovým aktivitám, které i přes zdravotní potíže způsobené obezitou a vyšším věkem aktivně vyhledává a pohyb vnímá jako nedílnou součást svého běžného života.

Sebevědomí R4 spojuje s tížádostivostí, podle jejích slov, když člověk nemá vůči sobě žádná vysoká očekávání, nemůže být potom zklamán z neúspěchu. Dalo by se uvažovat o obranném mechanismu, který si R4 vytvořila jako ochranu před neúspěchem.

7.5 Respondentka 5

Zkratka	R5
Věk	52
Výška	163
Váha před kurzem	85
BMI před kurzem	32
Váha po kurzu	80,4
BMI po kurzu	30,3

Rosenbergova škála sebehodnocení - před kurzem 20 bodů, po kurzu 15 bodů.

SEIQoL – index kvality života QL 50 %, vizuální analogová škála VAS 58 %.

V Rosenbergově škále sebehodnocení došlo po ukončení kurzu snižování nadváhy ke snížení bodů, což nám implikuje zvýšení sebehodnocení.

V metodě SEIQoL se míra spokojenosti s individuální kvalitou života respondentky pohybuje okolo průměru, ve vizuální analogové škále však R5 subjektivně uvádí vyšší míru spokojenosti se životem.

Efekt skupiny

Sociální kontakt

Z rozhovoru vyplývá, že R5 je vysoce pracovně vytížená a je v neustálém kontaktu s lidmi. Proto nespatřujeme zvýšenou potřebu sociálního kontaktu R5 jako motivačního faktoru k nástupu do kurzu snižování nadváhy. Naopak, R5 vyjádřila určitou míru nejistoty, kterou pociťovala před zahájením kurzu. Ta souvisela s obavami z veřejného hodnocení výsledků vážení před ostatními účastnicemi. Nakonec sama přiznává, že právě tento faktor ovlivňoval motivaci všech účastníků k úspěšnému hubnutí.

Dohled nebo kontrola jedince

Na několika místech v rozhovoru se objevily obavy R5, zda dokáže vytrvat ve svých předsevzetích, a neskouznout k původním nezdravým stravovacím návykům a životnímu stylu: „*No určitě to byla změna k lepšímu, fakt. Cítím se plná energie a jsem taková nějaká nastartovaná. Jenom mám strach, aby mi to nějakou dobu vydrželo. Myslím, že to pro mě bude těžké, abych k tomu zase neskouzla. To je úplně o změně životního stylu. Škoda, že už to*

skončilo. Nevím, jak to teď budu zvládat. Říkaly jsme si s holkama, že bychom se mohly vidat, já bych byla moc ráda. Určitě si připadám, že toho vím víc, než na počátku, ale možná bych ještě potřebovala nějaký čas pokračovat.“

Rodina a širší okolí

R5 potvrzuje přínos kurzu i pro rodinu a má snahu pomalu začít měnit životní styl všem rodinným příslušníkům: *„Ze začátku měli ke mně nedůvěru, co to začínám dělat, proč začínám jinak nakupovat, prostě tak, když dáte lidem něco, co neznají. Ale když jsem jim dala ochutnat nějaké to moje jídlo, tak mi to začali užívat. Určitě jíme doma mnohem více zeleniny, než před časem. A ve spíži se objevily jiné potraviny.“*

Vztah k jídlu

R5 jako další příčinu prvotního strachu a odkládání absolvování podobného kurzu vnímá hlavně obavy z toho, že se bude muset omezit v jídle. *„Je to pro mě trest, když mi někdo bere jídlo. Jídlo mám fakt ráda. Když mám toho hodně, když mám stres, tak sahám po sladkém. Taký jsem se dozvěděla, že fakt někdy jím z nudy.“* Její rozhodnutí k nástupu do kurzu ovlivnila informace, že nebude nikým hlídána, a že je to zejména o sebekontrolě. Teprve tehdy se rozhodla do kurzu nastoupit.

Vztah k pohybu

R5 neuvádí negativní vztah k pohybu, ale pohyb je v jejím případě upozaděn jinými druhy činností, které více odpovídají jejímu zaměření. Ráda chodí se psy, kdysi chodila pravidelně na spinning, ale u žádného sportu zatím nevydržela dostatečně dlouho. *„Jsem moc ráda, že ty psy mám, možná bych ani nevystrčila nos z domu. A když člověk venčí, tak se nedá nic jiného dělat. Ať je počasí jaké chce, stejně s nimi člověk musí ven. A to je super, nutí to člověka k činnosti, i když se Vám opravdu nechce.“*

Globální sebehodnocení

Sebeobraz

U R5 se jako u jediné projevil pozitivní přístup ke stárnutí. Dokonce spatřuje ve stárnutí některé výhody: *„Se svým zevnějškem jsme nikdy nebyla nijak spokojená, ale s přibývajícimi léty je to vnímání sebe sama lepší a lepší. Vlastně se mi dostává i od okolí lepšího hodnocení teď, než kdysi.“* Ve svém sebehodnocení sice R5 začíná fyzickým vzhledem, ale pak dodává: *„Přesto si myslím, že jsem hezčí vnitřně, než zvenku.“*

Sebevědomí

Na otázku, zda se R5 považuje za sebevědomou ženu, odpovídá: „*Myslím si, že jsem se rokama dopracovala ke zdravému sebevědomí. Určitě to souvisí s tím, jak jsem spokojená sama se sebou. Jak už jsem říkala na začátku, souvisí to s vnitřní rovnováhou*“ Z uvedeného vyplývá, že pro stabilitu sebevědomí R5 je důležitá osobní pohoda, vnitřní rovnováha. Ve výpovědi R5 se opět objevuje hledisko věku jako faktoru zvýšení sebevědomí.

Hodnocení od významných druhých

Na druhou stranu je sebevědomí R5 významně závislé na hodnocení od ostatních lidí: „*Jsou chvíle, kdy se zas tak sebevědomá necítím. Když mi někdo ublíží, když mi sáhne na nějaké bolavé místo, a to souvisí i s mým zevnějškem. To je potom celé moje sebevědomí v háji. Takže taková houpačka.*“

Shrnutí R5

R5 už od prvního setkání působila jako energická, sebevědomá žena, plná optimismu a života. Z rozhovoru je patrné, že se jedná o osobu výrazně zaměřenou na výkon, a to nejen v práci, ale i v rodinném životě. Hovoří o potřebě pocitu dobře odvedené práce. S tímto termínem spojuje nejen práci, ale například i výchovu dětí. Potřeba dobře odvedené práce se projevila i v její silné motivaci dosáhnout úspěchu v kurzu snižování nadváhy.

Také u R5 sledujeme v rozhovoru zaměření na tělesné sebepojetí a jeho souvislosti se spokojeností sama se sebou. Respondentka věk vnímá jako prediktor vyššího sebehodnocení a sebevědomí. Hlavním kritériem je věk a smíření se sama se sebou - sebpřijetí, nikoli redukce váhy. Do souvislosti jej dává s vnitřní rovnováhou, dalo by se tedy říci, že tělesné sebepojetí zde hraje menší roli. Vnitřní rovnováha zřejmě souvisí s hodnocením jejího zevnějšku ostatními lidmi. Pokud není toto hodnocení pozitivní, R5 pravděpodobně svou vnitřní rovnováhu ztrácí.

R5 neuvádí negativní vztah k pohybu, ale pohyb je v jejím případě upozaděn jinými druhy činností, které více odpovídají jejímu zaměření. Přesto v metodě SEIQoL R5 uvádí pohyb jako jedno ze svých životních témat. A to dokonce na úkor práce, která se mezi životními tématy v metodě SEIQoL vůbec neobjevuje, což nekoresponduje s rozhovorem, kde R5 práci věnuje podstatnou část.

8 Diskuze

Nízký počet respondentů a snaha o holistický pohled na problematiku vývoje sebehodnocení žen v průběhu kurzu snižování nadváhy nás přivedl k výběru smíšeného designu s těžištěm v kvalitativním výzkumu. Výběr výzkumného vzorku byl ovlivněn tím, že se jedná o kurz komerční. To s sebou přineslo omezení v zajištění heterogenity vzorku. Našeho výzkumu se tedy zúčastnilo pět žen s převážně středoškolským vzděláním, ve věku od 28 do 64 let. U všech žen se jednalo o osoby, jejichž body mass index (dále jen BMI) vykazoval hodnoty mimo normu. Jejich společným zájmem byla snaha o redukci hmotnosti. Druhým kritériem výběru vzorku byl získaný informovaný souhlas respondentek s účastí na výzkumu.

Ve smíšeném designu výzkumu jsme využili dotazníku Rosenbergovy škály sebehodnocení a doplňkové metody pro měření individuálně chápané kvality života SEIQoL. Hlavním metodou sběru kvalitativních dat bylo polostrukturované interview.

V rámci empirické části jsme se zaměřili na získání odpovědí na stanovené výzkumné otázky, které jsme formulovali takto:

- *Jak se změní globální sebehodnocení a tělesné sebepojetí žen po absolvování kurzu snižování nadváhy?*
- *Jaká je životní spokojenost žen absolvujících kurz snižování nadváhy?*
- *K jakým změnám dojde v životě frekventantek po absolvování kurzu snižování nadváhy?*

První výzkumná otázka se zaměřila na změnu globálního sebehodnocení žen a tělesného sebepojetí po absolvování kurzu snižování nadváhy. Odpovědi jsou jednak výsledky Rosenbergovy škály sebehodnocení, a zároveň výsledky analýzy polostrukturovaného interview. Z výsledků dotazníku Rosenbergovy škály sebehodnocení lze konstatovat, že u tří respondentek se sebehodnocení po absolvování kurzu snižování nadváhy zlepšilo. U jedné z respondentek byla výše výsledků Rosenbergovy škály sebehodnocení na stejné úrovni na začátku i na konci kurzu. U poslední z pěti respondentek se sebehodnocení po absolvování kurzu zhoršilo. Může to být způsobeno i zdravotními obtížemi a obavami z blížícího se operativního zákroku. Z rozhovoru byla zřejmá nespokojenost se současným zdravotním stavem, který respondentka vnímá jako významné omezení v pohybových aktivitách, tak důležité součásti jejího života. Druhé části výzkumné otázky, která odkazuje na změnu

tělesného sebepojetí žen po absolvování kurzu snižování nadváhy se detailněji věnujeme v rozboru odpovědí souvisejících s poslední třetí výzkumnou otázkou.

Druhé téma výzkumu bylo zaměřeno na získání náhledu na životní spokojenost žen absolvujících kurz snižování nadváhy metodou SEIQoL. Ve všech pěti případech bylo zmíněno téma rodiny, ve čtyřech z pěti případů bylo zmíněno zdraví. Přestože nejmladší účastnice výzkumu v dotazníku SEIQoL téma zdraví nezmínila, v rozhovoru se tomuto tématu poměrně významně věnovala. S ohledem na to lze usuzovat, že zdraví je i pro tuto respondentku významným životním tématem. Dále tři z pěti respondentek považují za důležité životní téma práci. Ze dvou zbývajících je jedna již ve starobním důchodu, a tématu práce se v rozhovoru věnuje exkurzem do minulosti. U poslední z respondentek je poměrně složité vyhodnotit příčinu neuvedení tématu práce do životních témat, jelikož z rozhovoru je patrné, že oblast práce patří v jejím životě k těm důležitým. Dalším z životních témat, které zmínily v určité podobě všechny z účastnic výzkumu je trávení volného času.

Průměrná celková životní spokojenost účastnic činí 62,45 %. Respondentky zaznačovaly celkovou životní spokojenost také na grafické ose s průměrem 63,6 %. I přesto, že se v obou formách naměřené průměrné hodnoty celkové životní spokojenosti respondentek významně neliší, u některých jednotlivých výsledků je tomu jinak. Rozdíly mezi naměřenými hodnotami jsou ve dvou případech více než 20 %.

Odpovědi na poslední výzkumnou otázku jsou doplněním k odpovědím na dvě předchozí výzkumné otázky. To svědčí o vzájemné propojenosti všech námi zkoumaných oblastí. Poslední výzkumné téma se věnuje otázkám spojeným se změnami v životě žen, absolventek kurzu snižování nadváhy. Odpovědi na tyto otázky jsme hledali v polostrukturovaném interview. Z počátku jsme se domnívali, že budeme zkoumat dva typy změn po absolvování kurzu snižování nadváhy. A to jak globální sebehodnocení – emoční vztah k sobě samému, tak tělesné sebepojetí – vnímání vlastního těla. Z rozhovorů však vyplynulo, že se hranice mezi těmito fenomény v sebraných datech stírají, proto jsme tělesné sebepojetí nakonec podřadili globálnímu sebehodnocení jako subkategorii.

První kategorie, kterou jsme získali kódováním, je kategorie **efekt skupiny**, které jsme podřadili ještě dvě subkategorie, a to – **sociální kontakt** a **dohled nebo kontrola jedince**. U všech respondentek se objevila zmínka pozitivního vlivu skupiny na jejich snažení v procesu redukce váhy. Zmiňovaly pocit „*spřízněných duší*“, a hlavně pocit podpory, obzvláště když se jedné z nich nedařilo: „*Když to chce člověk vzdát, tak Vás ta skupina podrží a přesvědčí, ať nehodíte flintu do žita.*“ Význam skupiny je pro participantky rovněž motivačním faktorem: „*Z počátku jsem byla překvapená a trochu zaražená, že bych se měla před někým vážit a*

mluvit o té váze. Na druhou stranu to byla fakt moje největší motivace. Ta váha se tam vždycky veřejně rozebírala a každá z nás se moc snažila, aby jsme zhubly. No a člověk si fakt přál zhubnout, uslyšet pochvalu a třeba ještě potlesk a povzbuzení od ostatních.“ Skupinový efekt se projevil i v oblasti dohledu, kontroly jedince. Většina respondentek uvádí, že jsou nastartované ke změně, ale mají obavy, aby jim to vydrželo a zvládly to i bez dohledu. To, že někteří hubnoucí vyžadují opakovaný dohled, dosvědčuje i skutečnost, že jedna z respondentek se kurzu zúčastnila již po páté. Ve skupině rovněž cítily podporu, která jim saturovala potřebu sociálního kontaktu, což se hlavně projevilo u respondentky, která je již ve starobním důchodu: „Manžel mě motivoval, ale on mě nemotivoval tak, že mě motivuje kvůli té nadváze, ale kvůli tomu, abych šla mezi lidi. Abych si šla popovídat mezi lidmi, kteří v podstatě mají asi stejné problémy.“

Druhou kategorií získanou kódováním je **změna životního stylu** se subkategoriemi: **rodina a širší okolí, vztah k jídlu a vztah k pohybu**. U respondentek se jednoznačně prokázala neúčinnost diet, jejichž pomocí se snažily změnit pouze stravovací návyky, ale nic více. Došlo sice k dočasné redukci hmotnosti, ale neexistovalo propojení se změnou životního stylu. Z rozhovorů vyplývá, že absolvování kurzu snižování nadváhy nastartovalo jejich změnu s uvědoměním, že musí dojít k trvalé změně životního stylu. A to nejen samotných respondentek, ale i jejich rodin. U respondentek byla zaznamenána snaha aplikovat své poznatky i na širší okolí, zahrnující přátele, spolupracovníky a známé: „Snažím se, aby se lépe stravovalo i mé okolí, takže rodina, hlavně partner, blízcí kamarádi. A možná je s tím trochu otravuju. Ale tak říkám si, že možná mají jen delší cestu, že si na to musí přijít sami. Nicméně myslím si, že tato pravidla, v podstatě zdravého životního stylu, by mohli dodržovat opravdu všichni.“ Další participantka uvádí: „Manžel, ten se přizpůsobil. Že jsme potom spolu hubli, spolu jsme se snažili teda aspoň žvýkat. A dělat ty věci, co nám Věrka radila. Navíc jsme se víc začali doma bavit o jídle, o tom, co se má jíst a tak.“

U všech účastnic se projevil velmi pozitivní vztah k jídlu a obavy z toho, že by měly jídlo nějak významně omezit, případně si je přímo odříct: „Protože víte, já jsem si neuměla dost dobře představit, že bych měla jídlo nějak omezit. Řekla bych, že je to pro mě trest, když mi někdo bere jídlo. Jídlo mám fakt ráda. No tam jsem se taky dozvěděla, že je to blbost říkat, že už nikdy v životě si nedám čokoládu nebo zákusek třeba. A tam mě o tom nikdo ani nepřesvědčoval.“ Zároveň uváděly, že po absolvování kurzu si uvědomily, že jídlo není jen potrava, ale že by o jídle měl člověk přemýšlet, a mít nad jeho konzumací větší kontrolu. Většina se také shodla na tom, že jídlo je pro ně nejen prostředek k uspokojení fyziologické

potřeby nasycení, ale také prostředek k zahnání špatných myšlenek nebo stresu nebo vyplnění volného času.

Fenomén pohybu je přijímán respondentkami různě. Dvě z respondentek uvádějí velice pozitivní vztah k pohybu, který jim přináší radost a pocit uspokojení, přičemž jedna z respondentek uvádí vyloženě pozitivní dopad pohybu na své zdraví. Tato respondentka také pozitivně kvituje nabízené sportovní aktivity v rámci skupiny účastnic kurzu snižování nadváhy a vysvětluje: „*S mojí postavou jít do fitcentra, když tam máte vysportované holky, které váží čtyřicet kilogramů, když to přeženu padesát, tak se vám tam asi moc dobře necvičí. Protože se cítíte se svojí nadváhou špatně.*“ Jedna z pěti respondentek vnímá pohyb pouze jako prostředek k hubnutí. Zbývající dvě respondentky mají k pohybu rezervovaný vztah.

Poslední kategorií získanou kódováním je **globální sebehodnocení** se subkategoriemi: **sebeobraz – tělesné sebezpojetí, sebevědomí a hodnocení od významných druhých**. Z výpovědí respondentek jednoznačně vyplývá přímá souvislost mezi tělesnou hmotností a sebehodnocením. Sebehodnocení spolu se sebevědomím stoupají s úbytky váhy. Tělesné sebezpojetí – sebeobraz a také sebevědomí se promítaly do oblastí vnímání vlastní úspěšnosti, spokojenosti a budoucnosti. Z rozhovoru vyplynula zajímavá skutečnost ohledně vnímání ideálu krásy. Ani jedna z respondentek si při této otázce nebyla schopná vybavit nikoho konkrétního. A když už se tak stalo, tak ho nakonec zavrhly s tím, že nenaplnuje dostatečně jejich představu o ideálu krásy. Z toho vyvozujeme, že ideál krásy je vnímán jako něco nedosažitelného, a zároveň odráží vysokou míru kritičnosti vůči své vlastní osobě a okolí. Při dotazování na možné vlastnosti ideálního člověka již byly schopny takovou osobu popsat nebo si přímo představit někoho konkrétního.

Čtyři z pěti respondentek shodně hovoří o minulosti jako o době před zvýšením tělesné hmotnosti. Zvýšením tělesné hmotnosti se ukončilo období, ve kterém respondentky zažívaly pocity spokojenosti a osobní pohody. Tyto pocity se vracejí spolu s váhovými úbytky, o to více narůstá obava z relapsu, a s ním spojeným pocitem zklamání a obavou z neúspěchu. Tyto obavy jsou vysledovatelné i v audiozáznamech rozhovorů, a to v místech, kdy respondentky popisují minulé neúspěchy s výkyvy tělesné hmotnosti. Což je patrné z jejich intonace hlasu.

Z výpovědí respondentek je patrná vysoká závislost na hodnocení jejich osoby ostatními lidmi. A to jak nejbližšími, tak i širším okolím. Na pomyslné škále od 1 do 10, kdy 10 je nejvíce, uvedly čtyři z pěti respondentek body od 6 do 8. Pátá respondentka vyznačila na pomyslné škále hodnocení 4 až 5. S největší pravděpodobností to souvisí s řešením jiných životních témat v současném životě respondentky.

Výsledky našeho výzkumu prokazují pozitivní dopad absolvování kurzu snižování nadváhy podle metodiky STOB na zlepšení globálního sebehodnocení. Vycházíme z toho, že tohoto výsledku bylo dosaženo u čtyř z pěti respondentek. Lze konstatovat, že u páté respondentky nedošlo ke zlepšení globálního sebehodnocení, a to z objektivních příčin, které souvisely se závažnými zdravotními potížemi respondentky. Tyto zdravotní potíže znemožnily respondentce využít osvědčenou strategii redukce její tělesné hmotnosti, kterou je kombinace úpravy stravovacích návyků s pohybovou aktivitou, s akcentací na pohyb.

Naše výsledky potvrzující přímou závislost zlepšení globálního sebehodnocení na váhových úbytcích vlivem absolvování kurzu snižování nadváhy podle metodiky STOB, korelují s výsledky dřívějších výzkumů: „*Tělesné sebepojetí a globální sebehodnocení u obézních pacientů v souvislosti s redukcí tělesné hmotnosti*“ od autorů Janyšková a Konečný z roku 2012 a „*Body image v komplexním přístupu léčby obezity*“ autorů Erbenová a Machovec z roku 2013 (viz kapitola 3).

Výsledky našeho výzkumu poukazují na vysokou efektivitu kurzů snižování nadváhy podle metodiky společnosti STOB využívajících spolupůsobení prvků kognitivně-behaviorální terapie a pohybové aktivity uzpůsobené cílové skupině žen s nadváhou či obezitou. Pozitivně byl hodnocen zejména skupinový efekt, a to jak z pohledu sociálních kontaktů, tak z pohledu kontroly jednání a chování klientů. Proto považujeme skupinové kurzy snižování nadváhy za efektivnější oproti individuální formě terapie. Kladné hodnocení si vysloužila i skupinová pohybová aktivita pro účastnice kurzu. Ta se realizovala po ukončení terapeutické části každé lekce, takže účastnice kurzu nemusely překonávat ostych a obavy z negativního hodnocení jejich tělesných proporcí.

Jako možné rozšíření výzkumu do budoucna považujeme za žádoucí zařadit mezi metody sběru dat Test siluety a to při zahájení a ukončení kurzu snižování nadváhy, abychom zjistili, zda došlo ke změně vnímání tělesného sebepojetí, tělesného sebeobrazu. Ve snaze objektivizovat vývoj sebehodnocení respondentek by bylo zajímavé doplnit výpovědi respondentek také výpovědi lektorky kurzu.

Jelikož byl v práci použit smíšený výzkumný design s těžištěm v kvalitativním výzkumu, nese takový výzkum určité limity. Je nutné brát zřetel na fakt, že se kvalitativní výzkum nesnaží o reprezentativnost dat, tedy není jeho cílem umět vztáhnout získané poznatky na širší populaci. Také výběr výzkumného vzorku, který jsme zvolili – prostý záměrný – této překážce ve zobecnitelnosti výsledků moc nepřispívá. Na druhou stranu věříme, že i z kvalitativního výzkumu můžeme vyzískat kvalitní a cenné poznatky.

9 Závěr

Bakalářská diplomová práce se zabývá aktuálním tématem obezity a jejího vlivu na vývoj sebehodnocení žen v kurzech snižování nadváhy podle metodiky společnosti STOB. Smíšený výzkum s těžištěm v kvalitativní metodologii byl realizován s pěti respondentkami ve věkovém rozpětí 28 – 64 let a průměrném BMI 32,9, které se rozhodly absolvovat skupinový kurz snižování nadváhy. Cílem bakalářské diplomové práce bylo zmapovat, do jaké míry absolvování kurzu snižování nadváhy podle metodiky STOB změni globální sebehodnocení a tělesné sebepojetí účastníka kurzu. Kromě tohoto hlavního cíle jsme se zajímali o to, co považují ženy, redukující svou nadváhu, v životě za důležité, ve kterých oblastech života jsou spokojené, případně úspěšné, zda se změni hodnocení jejich vlastního těla apod.

Výzkum prokázal, že na vývoj globálního sebehodnocení a tělesného sebepojetí u účastnic kurzu snižování nadváhy mají vliv různé dispoziční, vzájemně působící aspekty a přesto lze vyzorovat shodující se rysy. Výzkum potvrdil pozitivní dopad absolvování kurzu snižování nadváhy podle metodiky STOB na zlepšení globálního sebehodnocení a tělesného sebepojetí. Tuto skutečnost potvrzují čtyři z pěti respondentek účastnících se výzkumu. Přidanou hodnotou, související s absolvováním kurzu snižování nadváhy, byly tyto změny: změna stravovacích návyků a vztahu k jídlu a změna v náhledu na zdravý životní styl. Bylo zjištěno, že účastnice kurzu se při hodnocení kvality života a životní spokojenosti zabývají stejnými tématy - rodina, zdraví, práce a trávení volného času - které jsou v centru jejich pozornosti při hodnocení spokojenosti se životem.

10 Souhrn

Cílem teoretické části bakalářské diplomové práce bylo vymezit pojmy související s tématem naší práce, a to pojmy obezita, sebepojetí zahrnující explanaci hlavních teoretických konstruktů souvisejících s výzkumnou částí - globální sebehodnocení a tělesné sebepojetí.

V poslední době často zmiňovaný pojem obezita se dnes nechápe jako pouhé zmnožení tuku v těle, ale je považován spíše za chronické onemocnění spojené s celou řadou jiných poruch a problémů. Obezita a s ní související další somatické potíže, může významně zkrátit délku života. Zvýšená mortalita obézních lidí je především způsobena diabetem, kardiovaskulárními onemocněními, onemocněními žlučníku a některými nádory. V posledních desetiletích postihuje obezita populaci rozvinutých i rozvojových zemí ve stoupající míře a dosahuje charakteristik pandemie. Česká republika není v nárůstu nadváhy a obezity výjimkou. Jednoduchým, ale za to jen orientačním diagnostickým nástrojem obezity, je výpočet body mass index (BMI). BMI je hodnota vypočtená podle vzorce: váha v kg dělená výškou v metrech na druhou. Důležitým prediktorem zdravotních komplikací i mortality související s obezitou je rovněž jednoduchá metoda měření obvodu pasu, protože ukládání tuku v břišní oblasti je nebezpečnější a týká se hlavně mužů.

Z psychologického hlediska není obezita řazena mezi duševní poruchy. Avšak v důsledku nevhodných jídelních návyků trpí mnoho obézních lidí stejnými psychickými a somatickými problémy jako nemocní s poruchou příjmu potravy. V mezilidské rovině má obezita velmi často negativní vliv na intimní, osobní a pracovní vztahy. Existuje zde silná diskriminace obézních lidí ze strany společnosti. V naší kultuře je obezita vnímána negativně a spojována s leností, hloupostí, nedisciplinovaností, nedostatkem vůle a ztrátou kontroly. Ze soudobých výzkumů vyplývá, že obézní pacienti (tedy BMI > 30) vykazují zvýšené skóre v některých škálách osobnostních dotazníků, např. úzkostnost, depresivita, hypochondrie, závislé chování, snížená sebekontrola, nižší sebevědomí.

V dnešní době již dokážeme obezitu léčit mnoha různými způsoby. Jednou z možností jsou bariatrické operace nebo farmakologická léčba užíváním antiobezitik. U všech forem obezity se prvně indikuje léčba pomocí diety a zvýšení pohybové aktivity. Kognitivně-behaviorální terapie (dále jen KBT) představuje jeden ze základních směrů dnešní psychoterapie. Aplikace KBT na problematiku obezity spadá do roku 1967. V současné době je podle většiny odborníků kognitivně-behaviorální přístup, v kombinaci s dalšími metodami,

nejúčinnější (Málková, 2011). V České republice se léčbě obezity pomocí KBT věnuje od roku 1990 společnost STOB (STop OBezité). Skupinové kurzy probíhají ve 12 lekcích – týdnech.

Dalším pojmem, který je v naší bakalářské diplomové práci vymezen, je pojem sebepojetí. Sebeпоjetím se v dnešní psychologii rozumí souhrn představ a hodnotících soudů, které o sobě člověk chová. Sebeпоjetí je generalizací poznatků o sobě odvozených z dílčí zkušenosti v konkrétních situacích. Sebeпоjetí je charakterizováno třemi aspekty: kognitivním, afektivním, konativním. V naší práci je nejdůležitějším aspektem afektivní (emoční) aspekt. Sebeпоjetí není jen souhrnem představ o sobě, byť smysluplně organizovaným. Je v něm zároveň vyjádřen i vztah k sobě, charakterizovaný emocionálními prožitky Já, který se realizuje v rámci základní dimenze hodnocení. Vývoj sebepojetí (Já) souvisí s vývojovými stadii člověka obecně.

Jako podkapitoly kapitoly sebepojetí uvádíme kapitolu globální sebehodnocení a tělesné sebepojetí. Sebehodnocení zjednodušeně považujeme za převážně emocionální aspekt vztahu k sobě. Může se týkat jak dílčích obsahů, vztahovaných k já, tak obecnějších charakteristik sebe sama. Podstatné je, jak jsou tyto charakteristiky subjektivně důležité. Jedním z nejdůležitějších aspektů sebehodnocení je jeho pozitivita a negativita, dalším důležitým aspektem je stabilita. Velká pozornost byla věnována negativním důsledkům nízkého sebehodnocení. V současnosti se však ukazuje, že i vysoké hodnocení může mít negativní důsledky. Pro vytváření sebehodnotících kritérií a výsledný emoční vztah k sobě je významné především posílení z prostředí, zvláště od významných druhých. Proběhlo několik výzkumů zaměřených na sebepojetí a sebehodnocení.

Tělesné sebepojetí neboli také body image je velmi důležitou součástí celkového sebepojetí. Tento pojem v sobě zahrnuje vlastní stanovisko i význam okolí. V případě, že lidé hodnotí svůj body image neboli vztah k vlastnímu tělu, myslí tím převážně nebo pouze fyzický vzhled, atraktivitu a krásu. Nicméně tento pojem znamená více. Body image neovlivňuje pouze pocity, ale aktivně působí na naše chování, sebevědomí a psychologii. Tělo je hlavním prostředkem k sebeexpresi a k interakci se světem, a proto je klíčem k pochopení celého já a významně ovlivňuje naše sebedefinování.

Jako typ výzkumu jsme v bakalářské diplomové práci použili smíšený výzkumný design s těžištěm v kvalitativní metodologii, konkrétně případovou studii. Data byla sebrána pomocí Rosenbergovy škály sebehodnocení, metody SEIQoL a polostrukturovaného interview. Výzkumný vzorek sestával z 5 respondentek ve věkovém rozmezí 28 – 64 let, s průměrným BMI 32,9. K vyhodnocení dat byla použita obsahová kvalitativní analýza.

Opakovaným pročitáním textů jsme pomocí kódování vytvořili kategorie a subkategorie, které byly vodítkem pro analýzu jednotlivých případových studií.

Výsledky našeho výzkumu poukazují na vysokou efektivitu kurzů snižování nadváhy podle metodiky společnosti STOB využívajících spolupůsobení prvků kognitivně-behaviorální terapie a pohybové aktivity uzpůsobené cílové skupině žen s nadváhou či obezitou. Pozitivně byl hodnocen zejména skupinový efekt, a to jak z pohledu sociálních kontaktů, tak z pohledu kontroly jednání a chování klientů. Proto považujeme skupinové kurzy snižování nadváhy za efektivnější oproti individuální formě terapie. Kladné hodnocení si vysloužila i skupinová pohybová aktivita pro účastnice kurzu. Ta se realizovala po ukončení terapeutické části každé lekce, takže účastnice kurzu nemusely překonávat ostych a obavy z negativního hodnocení jejich tělesných proporcí. Přidanou hodnotou, související s absolvováním kurzu snižování nadváhy, byly tyto změny: změna stravovacích návyků a vztahu k jídlu a změna v náhledu na zdravý životní styl. Bylo zjištěno, že účastnice kurzu se při hodnocení kvality života a životní spokojenosti zabývají stejnými tématy - rodina, zdraví, práce a trávení volného času - které jsou v centru jejich pozornosti při hodnocení spokojenosti se životem.

Jako možné rozšíření výzkumu do budoucna považujeme za žádoucí zařadit mezi metody sběru dat Test siluety a to při zahájení a ukončení kurzu snižování nadváhy, abychom zjistili, zda došlo ke změně vnímání tělesného sebepojetí, tělesného sebeobrazu. Ve snaze objektivizovat vývoj sebehodnocení respondentek by bylo zajímavé doplnit výpovědi respondentek také výpovědí lektorky kurzu.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- Balcar, K. (1983). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Praha: SPN.
- Balaščíková, V., Blatný, M., & Kohoutek, T. (2004). Aspekty sebepojetí jako determinanty výběru strategií zvládnání u adolescentů. *Československá psychologie*, 48, 410-415.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. In D. Cervone & Y. Shoda (Eds.), *The coherence of personality* (185-241). New York/London: The Guilford Press.
- Bedrnová, E., & kol. (1999). *Duševní hygiena a sebeřízení pro vysokoškoláky a mladé manažery*. Praha: Fortuna.
- Bierach, A. J. (1995). *Varovné signály duše*. Praha: Alternativa.
- Blatný, M., Osecká, L., & Hrdlička, M. (1998). Zdroje sebehodnocení u temperamentových typů. *Československá psychologie*, 42, 297-305.
- Blatný, M., Osecká, L., & Hrdlička, M. (1999). Vztah diskrepance mezi reálným Já k sebehodnocení u introvertů a extrovertů. In M. Blatný & M. Svoboda, *Sociální procesy a osobnost* (7-11). Brno: MU
- Blatný, M. (2001). *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Brno: MU.
- Blatný, M., & Plháková, A. (2003). *Temperament, inteligence, sebepojetí. Nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Brno: SCAN.
- Bordo, S. (1993). *Unbearable weight: feminism, Western culture, and the body*. Berkeley: University of California Press.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, W. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. London: SAGE.
- Erbenová, P., & Machovec, B. (2013). Body image v komplexní přístupu léčby obezity. *Studia Kinanthropologica*, 14, 165-176.
- Fialová, L. (2001). *Body image jakou součástí sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum.
- Fraňková, S., & Dvořáková-Janů, V. (2003). *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum.
- Fried, M. (2009). Léčba obezity a jejích komorbidit chirurgickými přístupy. In D. Müllerová (Ed.), *Obezita – prevence a léčba* (231). Praha: Mladá fronta.

- Fried, M. (2011). Chirurgická léčba obezity. In V. Hainer (Ed.), *Základy klinické obezitologie* (325-336). Praha: Grada.
- Garner, D. (1997). Survey Says: Body Image Poll results. In *Psychology Today Magazine*. Retrieved from: <http://www.psychologytoday.com/articles/199702/survey-says-body-image-poll-results>.
- Giddens, A. (1999). *Sociologie*. Praha: Argo.
- Grogan, S. (2000). *Body image. Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada.
- Hainer, V. (2011a). Farmakoterapie obezity. In V. Hainer (Ed.), *Základy klinické obezitologie* (277-295). Praha: Grada.
- Hainer, V. (2011b). Obezita v historii lidstva. In V. Hainer (Ed.), *Základy klinické obezitologie* (1-14). Praha: Grada.
- Hainer, V., & Bendlová, B. (2011). Etiopatogeneze obezity. In V. Hainer (Ed.), *Základy klinické obezitologie* (59-86). Praha: Grada.
- Hensley, W. E., & Roberts, S. K. (1976). Dimensions of Rosenberg's self-esteem scale. *Psychological Reports*, 38, 583-584.
- Hlúbik, P. (2002). Obezita - závažný problém současnosti. *Interní medicína pro praxi*, 4(7), 314-317.
- Huon, G. (1994). Towards the prevention of eating disorders. In D. Hardoff and E. Chigier (Eds.), *Eating disorders in adolescents and young adults* (447-454). London: Freund.
- Janyšková, A., & Konečný, Š. (2012). Tělesné sebepojetí a globální sebehodnocení u obézních pacientů v souvislosti s redukcí tělesné hmotnosti. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 108(5), 239-244.
- Krch, F. D. (2011). Poruchy příjmu potravy. In V. Hainer (Ed.), *Základy klinické obezitologie* (373-381). Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kunešová, M. (2011a). Léčby obezity dietou. In V. Hainer (Ed.), *Základy klinické obezitologie* (181-197). Praha: Grada.
- Kunešová, M. (2011b). Vyšetření v obezitologii. In V. Hainer (Ed.), *Základy klinické obezitologie* (163-176). Praha: Grada.
- Kunešová, M., & Müllerová, D., & Hainer, V. (2011). Epidemiologie a zdravotní rizika obezity. In V. Hainer (Ed.), *Základy klinické obezitologie* (15-31). Praha: Grada.

- Málková, I. (2004). Podstata a efektivita kognitivně-behaviorální terapie obezity. *Československá psychologie*, 48, 298-305.
- Málková, I. (2011). Kognitivně-behaviorální přístup k léčbě obezity. In V. Hainer (Ed.), *Základy klinické obezitologie* (231-253). Praha: Grada.
- Markus, H. (1980). The self in thought and memory. In D. M. Wegner & R.R. Vallacher (Eds.), *The self in social psychology* (102-130). New York, Oxford: Oxford University Press.
- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: Social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.
- Renzetti, C. M., & Curran, D. (2003). *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. NJ: Princeton.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Seymour, D. G., Starr, J. M., & Fox, H. C. (2008). Quality of life and its correlates in octogenarians. Use of the SEIQoL-DW in Wave 5 of the Aberdeen Birth Cohort 1921 Study. *Quality of Life Research*, 17 (1), 11-20.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J. & Stanon, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441. In M. Blatný & A. Plháková (2003), *Temperament, inteligence, sebepojetí. Nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu* (116). Brno: SCAN.
- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.
- Svačina, Š., & Bretšnajderová, A. (2008). *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Grada.
- Svačina, Š. (2011). Obezita, metabolický syndrom a diabetes 2. typu. In V. Hainer (Ed.) *Základy klinické obezitologie* (35-56). Praha: Grada.
- Van der Werff, J. (1990). The problem of self-conceiving. In H. Bosma & S. Jackson (Eds.), *Coping and self-concept in adolescence* (14-34). Berlin: Springer-Verlag.
- Výrost, J., & Slaměník, I. (1997). *Sociální psychologie – Sociálna psychológia*. Praha: ISV.
- Wagenknecht, M. (2011). Úloha psychologa v péči o obézního pacienta. In V. Hainer (Ed.) *Základy klinické obezitologie* (257-272). Praha: Grada.

- Williams, A. L., & Merten, M. J. (2013). Romantic Relationships among Women Experiencing Obesity: Self-Perception and Weight as Barriers to Intimacy. *Family and consumer sciences research journal*, 41(3), 284-298. doi:10.1111/fcsr.12020
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2007). *Teorie & praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.
- Zeman, M. (2008). Koncept SEIQoL jako nástroj pro hodnocení kvality života. *Kontakt*, 10, 140-149.

Internetové zdroje:

- Obezita (2015). *Obezita v ČR a ve světě*. Získáno 15. února 2015 z <http://www.obezita.cz/obezita/v-cr-a-ve-svete/>.
- STOB. (2014). *Definice obezity*. Získáno 15. února 2015 z <http://www.stob.cz/cs/definice-obezity-1>.
- STOB. (2014). *Měření obezity*. Získáno 15. února 2015 z <http://www.stob.cz/cs/mereni-obezity-1>.
- STOB. (2014). *Terapie obezity pod odborným vedením*. Získáno 15. února 2015 z <http://www.stob.cz/cs/terapie-obezity-pod-odbornym-vedenim-1>.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Zadání bakalářské diplomové práce

Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce v českém a anglickém jazyce

Příloha č. 1: Zadání bakalářské diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2013/2014

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYB)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
NEŠUTOVÁ Eva	Mírová 820/36, Opava - Předměstí	F120640

TÉMA ČESKY:

Vývoj sebehodnocení žen v průběhu kurzu snižování nadváhy

NÁZEV ANGLICKY:

The Development of Self-evaluation of Women During The Loss Weight Course

VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Veronika Očenášková

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Hlavním cílem práce bude zmapovat sebehodnocení v jeho různých aspektech u žen, které vyhledaly kurzy hubnutí, a zjistit, k jakým změnám dochází v souvislosti s redukcí tělesné hmotnosti. V práci bude použit smíšený výzkumný design s těžištěm v kvalitativní metodologii. Metodami sběru dat budou Rosenbergova škála sebehodnocení a semistrukturované interview. Půjde o případovou studii, očekávaná velikost výběrového souboru bude 5 žen. Výběr vzorku účastníků výzkumu bude prostý záměrný, přičemž všichni respondenti budou v průběhu výzkumu absolvovat kurz snižování nadváhy podle metodiky STop OBEZITĚ (STOB) Ivy Málkové. Dotazník Rosenbergovy škály sebehodnocení jim bude rozdan před začátkem kurzu, a rovněž po jeho zakončení, kdy zároveň proběhne i krátké interview.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Blatný, M. & Osecká, L. (1994). Rosenbergova škála sebehodnocení: Struktura globálního vztahu k sobě. *Československá psychologie*, 38, 481-488.
- Cash, T. F. (2002). The management of body image problems. In: Fairburn, Ch. G. & Brownell, K. D. (Eds.). *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook. 2nd Edition (599608)*. New York: The Guilford Press.
- Dweck, C. S. (2000). Self-theories: their role in motivation, personality, and development. New York: Psychology Press.
- Fialová, L. (2001). Body image jako součást sebepojetí člověka. Praha: Karolinum.
- Hainer, V. (2011). *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada.
- Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Kast, V. (2012). *Být sám sebou: pocit vlastní hodnoty a zkušenost identity*. Brno: Emitos.
- Málková, I. (2007). *Hubneme s rozumem zdravě a natrvalo*. Praha: Smart Press.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Röhr, H. P. (2013). *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty: sebedestruktivní vnitřní programy a jejich překonávání*. Praha: Portál.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce v českém a anglickém jazyce

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Vývoj sebehodnocení žen v průběhu kurzu snižování nadváhy

Autor práce: Bc. Eva Nešutová

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Očenášková, Ph.D.

Počet stran a znaků: 69/128788

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 54

Abstrakt: Cílem této bakalářské práce je zjistit a popsat, zda se absolvováním kurzu snižování nadváhy mění globální sebehodnocení a tělesné sebepojetí jeho účastnic. Teoretická část práce vymezuje pojmy obezita, sebepojetí, globální sebehodnocení a tělesné sebepojetí tak, jak ho popisuje dostupná domácí i zahraniční literatura s doplněním o výsledky výzkumů zabývajících se vlivem obezity na jednotlivé oblasti života. Praktická část zkoumá zejména dopad absolvování kurzu snižování nadváhy a případné redukce tělesné hmotnosti na globální sebehodnocení a tělesné sebepojetí jeho účastnic. V tomto kontextu se práce zabývá také širší otázkou, jak účast v kurzu může ovlivnit životní styl účastnic, jejich rodin a okolí. K získání souboru dat je zvolen smíšený design výzkumu s těžištěm v kvalitativní metodologii. Konkrétně se jedná o Rosenbergovu škálu sebehodnocení, metodu SEIQoL a polostrukturované interview. Výzkumu se zúčastnilo pět respondentek ve věkovém rozpětí 28 – 64 let, jejichž průměrné BMI při vstupu do kurzu snižování nadváhy bylo 32,9.

Klíčová slova: obezita, globální sebehodnocení, tělesné sebepojetí, kurz snižování nadváhy podle metodiky STOB, redukce tělesné hmotnosti, body mass index (BMI)

ABSTRACT OF THESIS

Title: The Development of Self-evaluation of Women During The Loss Weight Course

Author: Bc. Eva Nešutová

Supervisor: PhDr. Veronika Očenášková, Ph.D.

Number of pages and characters: 69/128788

Number of appendixes: 2

Number of references: 54

Abstract: The aim of this thesis is to describe and find out if the participation in a weight loss course leads to changes in body image and global self-esteem of female participants. The theoretical part focuses on defining and describing the key terms, such as obesity, self-perception, global self-esteem and body image. These terms are defined and described according the available literature and the results from psychological research focusing on the effects of obesity on various aspects of life. The practical part analyses the possible impact of participation in a weight-loss course on global self-esteem and body image of female participants. In this context, the thesis tries to answer the broader question, how can the participation in these courses affect the lifestyle of participants and their families. Data were collected and analysed using the mixed methods research with emphasis on qualitative research methods – more specifically the Rosenberg’s self-esteem scale, the SEIQoL method and the semi-structured interview. Subjects were 5 women of ages 28-64 years with an initial average BMI of 32,9.

Keywords: obesity, global self-esteem, body image, weight loss course, STOB methodics, weight reduction, body mass index (BMI)