

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Odlišnosti dopadu protestantské etiky na depresivitu a
vnímání obezity u mužů a žen**

Bc. Lucie Vechová

Diplomová práce

Studijní program: Jednooborová psychologie

vedoucí práce: Doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc.

Praha 2018

Prague College of Psychosocial Studies



**Differences in the Impact of Protestant Ethics on
Depression and Perception of Obesity in Men and
Women**

Bc. Lucie Vechová

The Diploma Thesis

The Diploma Thesis work Supervisor: Doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc.

Praha 2018

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze, dne

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala Doc. PhDr. Karlovi Hnilicovi, CSc. za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování mé diplomové práce.

Anotace: Diplomová práce se zabývá odlišnostmi vnímáním obezity u mužů a žen a jejím dopadem na depresivitu u respondentů v České republice starších osmnácti let. V teoretické části diplomové práce jsou popsána témata týkající se obezity, pojetí krásy, normality a tělesného sebepojetí, problematiky genderu, deprese a protestantské etiky. Praktická část práce se zaměřuje na provedený výzkum, který hledá souvislosti mezi protestantskou etikou a jejím vlivem na vnímání obezity a míry deprese.

Klíčová slova: obezita, protestantská etika, deprese, tělesné sebepojetí, gender

Abstract: The master's thesis deals with differences in perception of obesity in men and women and its impact on depression in respondents aged 18 or older in the Czech Republic. In the theoretical part of the master's thesis are described topics related to obesity, concept of beauty, normality and self-concept of the body, gender issues, depression and Protestant ethics. The practical part focuses on a research that seeks to find a connection between Protestant ethics and its influence on the perception of obesity and the degree of depression.

Keywords: obesity, protestant ethic, depression, physical self-concept, gender

Obsah

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 Obezita, krása a gender	10
1.1 Definice obezity	10
1.1.1 Hledání příčin obezity v 20. a 21. století	11
1.1.2 Historie obezitologie v České republice	13
1.1.3 Psychologické aspekty obezity	14
1.1.4 Psychologická léčba obezity	16
1.1.5 Psychoterapie poruch příjmu potravy	18
1.2 Filozofické pojetí krásy a estetika	20
1.2.1 Historie krásy a vznik estetiky	22
1.3 Tělesné sebepojetí.....	27
1.4 Gender.....	33
2 Úvod do problematiky deprese	35
2.1 Definice deprese	36
2.2 Vznik a průběh onemocnění	38
2.3 Diagnostika deprese.....	40
2.4 Léčba deprese	41
2.5 Psychoterapie a farmakoterapie u depresivních pacientů	43
3 Protestantská etika	46
3.1 Max Weber	47
3.2 Peter L. Berger.....	51
PRAKTICKÁ ČÁST	54
4 Metodologie	54
4.1 Cíle výzkumu	55
4.2 Výzkumné hypotézy.....	56
4.3 Výzkumný soubor	56
4.4 Etika výzkumu.....	57

5 Realizace výzkumu	58
5.1 Sběr dat.....	58
5.2 Zpracování dat a jejich analýza	59
6 Použité metody a jejich charakteristiky	60
6.1 BMI	60
6.2 PES	61
6.3 AFAS.....	61
6.4 BDI II	62
7 Výsledky.....	64
7.1 Interpretace výsledků	64
8 Diskuze.....	69
ZÁVĚR	70
SEZNAM LITERATURY	
PŘÍLOHY	I
Příloha 1: Formulář sady dotazníků	I

ÚVOD

Svojí diplomovou prací jsem se rozhodla navázat na bakalářskou a dále rozvíjet teze v ní popisované. Nadále se v práci budu vracet k problematice obezity, ideálu krásy, tělesnému sebepojetí a protestantské etice dle Maxe Webera. Avšak ji dále rozšířím o filozofické zázemí krásy, kde zmíním především antické a středověké pojetí krásy a dále budu hovořit o estetice. Také se budu zabývat pojetím normality, genderem a dále rozvinu téma obezity o psychologický pohled a léčbu této problematiky. Svou práci rozšířím o kapitolu, která se zabývá problematikou deprese a která poskytuje teoretický rámec k praktické části mé diplomové práce. V kapitole Protestantská etika nebudu hovořit pouze o teorii Maxe Webera, ale i o Peterovi L. Bergerovi, který se protestantskou etikou zabýval, ovlivnil jej Max Weber a dále jeho myšlenky rozpracoval.

V praktické části diplomové práce budu dále rozšiřovat svůj výzkumný záměr z bakalářské práce, který se zabývá vlivem protestantské etiky na vnímanou depresi a obezitu. Ve výzkumu se budu pokoušet hledat odlišnosti mezi názory žen a mužů v této problematice. Aplikovala jsem kvantitativní studii, která měla formu online dotazníků. Výzkum se skládá z většího počtu respondentů, kteří jsou již rozšířeni i o mužské pohlaví. Také jsem upravila testovou baterii, kde jsem zaměnila všeobecný dotazník na subjektivní životní spokojenost za Beckovu sebeposuzovací škálu deprese pro dospělé BDI II.

V diplomové práci jsem využila následující kapitoly z bakalářské práce k bližšímu rozpracování: Obezita, Ideál krásy v průběhu dějin, Hodnocení těla, Protestantská etika, Použité metody a jejich charakteristiky.

TEORETICKÁ ČÁST

1. OBEZITA, KRÁSA A GENDER

V této kapitole bych se ráda věnovala nejprve definování pojmu obezity a objasnění některých příčin vzniku obezity a také, jak se rozvíjel obor obezitologie v České republice. Dále bych se ráda pozastavila u psychických aspektů obezity a psychologické léčby obezity. Druhá část kapitoly se zaměřuje na samotný pojem „krása“. Jak se vnímání krásy proměňovalo v průběhu dějin a čím bylo ovlivněno. Dále bych se ráda pozastavila u estetiky a některých významných myslitelů z období antiky a jak se vymezovali k tématům krásy a krásna ve svých dílech. V neposlední řadě bych část kapitoly věnovala objasnění pojmu normality a porovnávala ho s pojmem krásy. Domnívám se, když není přesně ukotveno, co je normální, nelze zobecňovat ani krásu. Tato podkapitola přechází k poslední části, která se zaměřuje přímo na tělesné sebepojetí a problematiku genderu.

1.1 Definice obezity

Obezita provází lidskou civilizaci již od dávné minulosti, která sahá až k prehistorickému období. Tento fakt potvrzuje tehdejší umění. Konkrétně lze zmínit sošky Venuše, které byly nalezeny na různých místech světa, jako například v Rakousku, Francii, Rusku a v České republice (Hainer a kol., 2011).

V minulosti se lidé potýkali spíše s nedostatkem, a proto byli často vystavováni hladovění a podvýživě. V dnešní době je tomu spíše naopak. Obezita se na přelomu tohoto tisíciletí stala nejčastější metabolickou chorobou v důsledku životních podmínek, životního stylu, nadbytku a pozitivní energetické bilance (Hainer a kol., 2011).

Pro obezitu lze z různých pramenů získat velké množství definic. Dle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) je obezita definována jako:

„abnormální nebo nadměrné nashromáždění tuku, který může poškodit zdraví“
(WHO, 2015).

WHO taktéž definuje obezitu u dospělých pomocí Body mass indexu (dále jen BMI). Tento index je definován hmotností osoby v kilogramech a dělen druhou mocninou její výšky v metrech.

WHO definuje nadváhu a obezitu pomocí BMI na základě těchto kritérií:

- v případě, že je BMI rovno, nebo větší 25, jedná se o nadváhu, nesmí však BMI překročit číslo 30
- v případě, že je BMI rovno, nebo větší 30, jedná se o obezitu (WHO, 2015)

Česká organizace Stop obezitě (dále jen STOB) definuje obezitu jako: *„zvýšené množství tukové tkáně“* (STOB, 2015). STOB ovšem také dodává, že nejvhodnější metodou zhodnocení nadváhy či obezity je: *„zjištění tělesného složení, tedy rozložení tuku a svalové hmoty v těle“* (STOB, 2015).

Crooková definuje tloušťku a nadváhu jako: *„váhu, při které nejsme schopni dobře fungovat, při které máme málo energie, malou tělesnou pružnost, při které nám tělo překáží v aktivitách“* (Crooková, 1995, 73).

1.1.1 Hledání příčin obezity v 20. a 21. století

Počátkem 20. století se v módním průmyslu začíná prosazovat štíhlá linie s malými ňadry, podle vzoru pařížských módních trendů. Lidstvo zažívá příval velkého množství dietních postupů, které redukují tělesnou hmotnost, a ukazují trvalé úsilí žen o štíhlou linii (Fialová, 2001).

V padesátých letech 20. století dochází k upřednostňování spíše oblých tvarů. Za idoly této éry jsou pokládány hollywoodské hvězdy s bohatým poprsím. Zlomový bod přichází v roce 1967, kdy se ideálem krásy stala anglická modelka Twiggy, s hmotností 44 kg při výšce 170 cm. Podváha se netýkala jen této

modelky, ale většiny dalších královen krásy a modelek v dalších desetiletích 20. století (Fialová, 2001).

V klinických výzkumech sehrály důležitou roli objevy některých endokrinopatií, které byly spojovány s obezitou. Mezi prvotní výzkumy 20. století patří pavoučí obezita, kterou popsal Harvey Cushing. Později se prokázalo, že příčinou charakteristické, pozorovatelné vlastnosti této obezity spojené s cukrovkou a hypertenzí je nadprodukce hormonu kortizolu (Hainer a kol., 2011).

Mezi další výzkumy 20. století patří vliv stresu, psycho-behaviorálních faktorů a hormonální sekrece při rozvoji abdominální obezity. Mezinárodní diabetologická federace přiřadila abdominální obezitě zásadní význam při charakterizování metabolického syndromu (Hainer a kol., 2011).

Na přelomu tisíciletí se začala věnovat velká pozornost nadměrné konzumaci tuků a sladkých nápojů. Z energetického výdeje bylo jasně zřetelné, že hlavní příčinou pozitivní energetické bilance je snížená pohybová aktivita – sedavý způsob života (Hainer a kol., 2011).

Mezi další významné faktory k zvýšenému výskytu obezity se dle výzkumu HOPE přiřazuje význam výživy matky a dítěte v prenatálním a raném postnatálním období. Zejména v období kojení. Mezi další zásadní informace vyplývající z výzkumu HOPE patří, že nejvýznamnější faktory, které ovlivňují rozvoj obezity u dítěte, jsou konzumace sladkých nápojů, potravin z rychlého občerstvení a následné sezení u televize (Hainer a kol., 2011).

21. století odkrývá i jiné faktory přispívající k nárůstu obezity, jako například délka spánku, infekce, klimatizace v letním období a nadměrné topení v období zimním aj. (Hainer a kol., 2011).

1.1.2 Historie obezitologie v České republice

Profesor Thomayer je zakladatelem českého vnitřního lékařství. Docent Mladějovský byl lázeňský lékař v Mariánských Lázních, který vydal v roce 1900 publikaci O významu léčení lázeňského při otylosti, dně a cukrovce. Lázeňská léčba, kterou mohli lidé vyhledat v Mariánských Lázních, Karlových Varech a Dolní Lipové využívala projímavé účinky minerálních vod, dále také hydroterapii a cvičení (Křížek, 2002).

Profesor Josef Charvát navrhl redukční dietu, která má energetický obsah 3 700-4200 kJ. Tato dieta byla ve své době opravdu hodně nadčasová. V 50. letech byl centrem experimentálního a klinického výzkumu obezity Ústav pro výzkum výživy lidu v Praze, který byl vedený profesorem Maškem. Koncem sedmdesátých let byl tento ústav neuváženě zavřen (Křížek, 2002).

Různými aspekty týkajícími se fyzické aktivity a obezity u dětí se dlouhodobě zabývala profesorka Pařizová. Ta na českém území zavedla první vyšetření tělesného složení (Křížek, 2002).

V osmdesátých letech vzniklo první obezitologické pracoviště na IV. interní klinice, kde také vznikla v roce 1987 první obezitologická jednotka u nás se specializovanou vyšetřovnou a vlastní lůžkovou kapacitou pro léčbu komplikovaných případů obezity. V devadesátých letech byla tato jednotka přeměrována do Centra pro diagnostiku a léčbu obezity VFN, avšak lůžková kapacita byla neuváženě zrušena (Hainer a kol., 2011).

Na 3. lékařské fakultě UK v Praze bylo založeno společné česko-francouzské obezitologické pracoviště, v devadesátých letech vznikla obezitologická centra dále v Brně, Hradci Králové, Ostravě a v Plzni (Hainer a kol., 2011).

Propagátorkou kognitivně behaviorální léčby obezity u nás je doktorka Málková, která od roku 1981 pořádá kurzy v klubech STOB. Tyto kluby se nadále rozrůstaly a dnes je najdeme ve více než 100 městech (STOB, 2015).

Další společnost na našem území, která si klade za cíl především šíření racionálních postupů v prevenci a léčbě otylosti, je Česká obezitologická společnost při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (Hainer a kol., 2011).

1.1.3 Psychologické aspekty obezity

V této podkapitole bych se ráda zabývala psychologickými korelátů, které mohou souviset s rozvojem obezity. Jak jsem již výše zmínila, vzhledem k dnešnímu sedavému způsobu života většiny populace a špatným stravovacím návykům, dochází k neustálému rozvoji obezity. Avšak domnívám se, že nedílnou součástí nárůstu obézních lidí jsou i psychologické aspekty, které se projevují na životním stylu a stravovacích návycích. Stejně jako mentální anorexie či bulimie, lze i obezitu zařadit mezi poruchy příjmu potravy. Domnívám se, že právě obezita není tak často přiřazována k těmto psychologickým poruchám, možná i laická veřejnost nemá tolik informací a bohužel je obezita často mylně přisuzována pouze nedostatku sebekontroly a cílevědomosti.

Nejprve bych se krátce zmínila o klasifikaci poruch příjmu potravy. Dle MKN 10 patří poruchy příjmu potravy pod kódové označení F50 a spadá pod syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Mezi poruchy příjmu potravy dle MKN 10 patří: Mentální anorexie, Atypická mentální anorexie, Mentální bulimie, Atypická mentální bulimie, Přejídání spojené s psychologickými poruchami, Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami, Jiné poruchy příjmu potravy (kam lze zařadit například Picu či Psychogenní ztrátu chuti k jídlu) a Porucha příjmu potravy NS. Dále se budu zabývat především přejídáním spojeným s psychologickými poruchami (F50.4). Toto přejídání je v MKN 10 charakterizováno jako nadměrné vyhledávání potravy, které je způsobeno stresujícími životními událostmi jedince. Mezi tyto události lze zařadit například úmrtí blízké osoby, narození dítěte, nehoda atd. Ještě bych ráda zdůraznila, že do této klasifikace nespadá

obezita jako taková, která je dle MKN 10 zařazena pod kódové označení E 66, která spadá do skupiny Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (E00-E90) (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

Vágnerová charakterizuje poruchy příjmu potravy jako: „patologickou změnu postoje k vlastnímu tělu“ (Vágnerová, s 423, 2014). Dále uvádí, že dochází k narušenému vztahu k jídlu, tělo je hodnoceno neadekvátně, kdy jsou subjektivně zkresleny tělesné proporce. Toto patologické vnímání sebe sama je ovlivněno emocionálně, obavami, či přáními. Specifická vlastnost, která se objevuje u pacientů s poruchou příjmu potravy, je rigidita sebepojetí a tělesného schématu. Jak Vágnerová dále upřesňuje, poruchy příjmu potravy mohou mít povahu obou extrémů, od odmítání jídla k nadměrnému přejídání (Vágnerová, 2014).

Jak také Papežová ve své knize uvádí, názory na vztahovost mezi obezitou, depresí a anxiétou se často měnily a dodnes nejsou jednoznačně zodpovězeny. Avšak v závěru také upozorňuje na fakt, že novodobé studie prokazují kauzální vztah mezi obezitou a specifickými oblastmi distresu. Proto je zapotřebí odstranit psychologický korelát obezity, aby došlo k váhovému úbytku a k jeho udržení. Autorka dále představuje výzkumy Maddiho, Millse a Walfishe, kteří rozvíjejí tuto tezi. Například dopad dysfunkční rodiny může vést k nezdravým mechanismům zvládnání stresu, mezi které lze zařadit stresové přejídání, to může mít dále za následek obezitu. Také morbidně obézní jedinci mají často vyšší skóry v MMPI, konkrétně v psychopatologických rysech depresivních poruch, anxiety a somatizace. Obézní muži dle výzkumu pociťují zvýšenou interpersonální závislost, konkrétně více skórují v oblasti závislosti ve vztazích. Dále je vhodné zmínit ještě takzvané „emoční jedlíky“, kteří zvyšují příjem potravy v situacích, kdy pociťují stres, depresi, anxiету, zlost, nudu či únavu (Maddi, Mills, Walfish cit. dle Papežová, 2010).

Sullivan provedl rozsáhlou studii na švédské populaci, ve věku od 37 do 57 let, ve které bylo zahrnuto 800 obézních mužů, kteří měli BMI vyšší, nebo rovno 34 a 943 žen, u kterých se BMI pohybovalo od hodnoty 38 a výše.

Respondenti vyplňovali dotazník, který se zabýval kvalitou života, stravovacími návyky, zdravotními problémy, užíváním léky, socioekonomickým statutem, fyzickou aktivitou a historií rodiny ohledně váhy a výskytem obezity. Tato studie poukazuje na významnou korelaci mezi obezitou, pociťovaným zhoršeným zdravotním stavem a sníženými pozitivními pocity v životě oproti lidem s normálním BMI. U lidí trpících obezitou se výrazně objevovaly symptomy časté deprese a anxiety (Sullivan, 1993).

Papežová dále poukazuje na fakt, že u pacientů trpících poruchou příjmu potravy bývá často narušeno celkové stravovací chování. Jedinci neustále střídají a drží diety, nejvyšší příjem potravy se objevuje ve večerních a nočních hodinách, nebo ve chvílích, kdy jedinec zažívá pocity nudy. Často lze objevit závislost na konkrétních potravinách, a to především na sladkostech, mléčných produktech či na pečivu (Papežová, 2010).

Stále více se také ukazuje, jak významnou roli hraje psychické zdraví a psychosociální chování na závažnost obezity. Při narůstajícím BMI v důsledku záchvatovitého přejídání dochází ke zvýšenému zájmu okolí na pacienta, také se častěji objevují reakce na vzhled nemocného a dochází k jeho diskriminaci. Proto lze obezitu považovat také jako rizikovou pro zhoršení psychosociální adaptace a pro rozvoj psychického onemocnění. Avšak kromě stupně obezity, věku pacienta a vzhledu těla jsou i další faktory, které mají vliv na psychologický stav obézních pacientů. Mezi ně patří také zkušenosti s dietami, doba, kdy převažuje nespokojenost s vlastním vzhledem, či další životní události, které mohou ovlivňovat stravovací chování (Papežová, 2010).

1.1.4 Psychologická léčba obezity

Jako každá psychologická léčba, i u léčby obezity je zapotřebí individuálního léčebného plánu, na kterém se s klientem psycholog domluví. Také je potřebné zvážit vhodnost jednotlivých léčivých postupů u každého klienta individuálně. Proto záleží na konkrétním psychologovi a pacientovi, jak spolu budou pracovat a dále postupovat. Terapie bývá kombinací více přístupů,

od psychologického, sociálního až po medicínský. Jako při každé psychologické péči i zde je nutnost otevřeného, vřelého a upřímného vztahu, kde se klient bude cítit v bezpečí. Tato léčba je také specifická možným výskytem negativního přístupu k léčbě u pacientů s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy.

Důležité je také nutriční poradenství, ve kterém dojde k nastolení speciálního výživového plánu, který pacient musí dodržovat, aby dosáhl nutné změny. Farmakologická péče nemusí být vždy nutná a doporučuje se spíše ke stabilizaci pacientů trpících například depresivními, či úzkostnými stavy (Vágnerová, 2014).

Oblast psychoterapie je důležitým milníkem léčby především ke zvládnutí psychických problémů nemocných a k celkovému zvládnutí poruchy příjmu potravy. Záleží na terapeutovi, jakou nejvhodnější metodu terapie zvolí, avšak nejčastěji jsou doporučované individuální kognitivně behaviorální terapie. Později může pacient navštěvovat i skupinové terapie, kde získá nové názory, zkušenosti a zpětnou vazbu od celé skupiny. Úkolem celé terapie je především pochopení nemoci, změna náhledu na celou situaci, a práce s pozitivními myšlenkami (Vágnerová, 2014). Mezi další léčebné psychoterapeutické směry využívané k léčbě poruch příjmu potravy patří motivační terapie, interpersonální psychoterapie, kognitivně-analytická terapie, expozice se zabráněním odpovědi, psychodynamická terapie, svépomocné skupiny a model léčby závislosti. Někdy může nastat potřeba nedobrovolné či ambulantní hospitalizace, psychiatrické léčebny či krizové intervence. Mezi další druhy léčebných institucí patří denní stacionáře, ambulantní léčba, rehabilitační a sociální programy, doléčovací programy či tzv. nízkoprahová zařízení (Papežová, 2010). Podrobněji budu o psychoterapeutických přístupech hovořit v následující kapitole.

Důležitá je také terapeutická práce s rodinou. Proto bývá doporučována rodinná či partnerská terapie. Je důležité, aby i okolí pacienta pochopilo onemocnění poruchy příjmu potravy, dále aby získalo náhled nad situací a popřípadě, aby si pacient s rodinnými příslušníky mohl promluvit o potřebných tématech pod terapeutickým vedením. Rodina může vyhledat také svépomocné

skupiny rodin nemocných, které mohou poskytovat rodinným příslušníkům pacienta oporu, pochopení a i informace, zkušenosti či příběhy jiných lidí, kteří se nacházejí v podobné situaci (Vágnerová, 2014).

1.1.5 Psychoterapie poruch příjmu potravy

V této kapitole bych se ráda podrobněji zabývala jednotlivými druhy psychoterapie, které jsou již okrajově zmíněny výše a které jsou považovány za nejvhodnější volbu při léčbě pacientů trpících mentální anorexií, bulimií či záchvatovitým přejídáním. Jak jsem již popisovala v úvodu předchozí kapitoly, nejčastěji se využívají individuální, skupinové, rodinné či partnerské psychoterapie, které mohou mít formu ambulantní, stacionární, ale také mohou probíhat v období hospitalizace pacienta na lůžkovém oddělení v nemocnici.

Jak jsem již zmiňovala v textu, který se zaměřuje na obecnou rovinu psychologické léčby obezity, nejčastěji volený psychotherapeutický přístup v problematice poruchy příjmu potravy je individuálně zaměřená kognitivně behaviorální terapie (KBT). Jak Papežová ve své knize Spektrum poruch příjmu potravy uvádí, kognitivně behaviorální terapie vede u 40-60 % pacientů trpících poruchou příjmu potravy k úplné, nebo částečné remisi. Tento typ terapie je charakteristický především strukturovaností a krátkodobější formou setkávání. Zaměřuje se na řešení konkrétního, aktuálního a ohraničeného problému. Terapeut často vystupuje jako expert, který používá různé psychologické metody k dosažení cílů, které si s klientem předem stanovili. Pacient musí vykazovat aktivní spolupráci s psychotherapeutem. Celá terapie vede k samostatnosti klienta a k rozeznání deformace klientova myšlení, za účelem navodit pozitivní změny myšlení a chování klienta (Hoeksama, 2012; Krch, 2005; Papežová, 2010).

Specifický typ kognitivně behaviorální terapie, který popisuje Papežová, modifikuje patologii jídelního chování a myšlení u klientů trpících poruchou příjmu potravy. Nejčastěji obsahuje dvacet individuálních setkání, které proběhnou během pěti měsíců. Dále lze u tohoto terapeutického směru zaznamenat různé druhy svépomocných manuálů či aktivit, které jsou vhodné

jako doplňující aktivity v meziobdobí terapeutických setkávání. V závěru stojí za zmínění nově vznikající směry kognitivně behaviorální terapie, které se zaměřují na léčbu poruchy příjmu potravy. Mezi ty patří například Transdiagnostická modifikace KBT, která na základě specifických a společných rysů jednotlivých forem poruch příjmu potravy přichází s propojením diagnostických podjednotek. Dále například Enhanced KBT je nově vzniklý směr této terapie, který se zaměřuje na individuální formulování, přeformulování, či odstranění patologických mechanismů, které udržují různé prožívané symptomy onemocnění, jako jsou například nevhodné jídelní chování, či obavy z tloušťky. Jak Papežová ve své knize uvádí, kognitivně behaviorální terapie má konkrétně v léčbě psychogenního přejídání značnou účinnost (Papežová, 2010).

Mezi další formu terapie s výrazným účinkem na psychogenní přejídání a léčbu obézních pacientů má interpersonální terapie. Tato terapie patří pod psychodynamické terapie, probíhá obvykle jednou týdně, neklade velký důraz na rekonstrukci vzpomínek z dětství, a naopak pozornost obrací na problémy, které pocházejí z aktuálních dysfunkčních vztahů klienta. Často terapeut s klientem hovoří o konkrétních oblastech jeho života a může otevírat sám témata, která mu připadají důležitá, aniž by čekal, až je sám klient zmíní. Také přenos mezi pacientem a terapeutem se omezuje, ač je stále vnímán jako důležitá součást terapeutického procesu. Individuální terapie má nejčastěji tři fáze a primárně byla vytvořena pro pacienty trpící depresí. V první fázi dochází k hledání a identifikování vztahových problémů, díky kterým došlo k obtížím a které nedovolují zlepšení stavu pacienta. Druhá fáze má podobu uzavírání terapeutické smlouvy o řešení problému. Poslední fáze je charakteristická vyústěním a uzavřením končící terapie. Tato terapie je v knize Spektrum poruch příjmu potravy označována stejně jako KBT za značně účinnou (Hoeksama, 2012; Papežová, 2010).

Mezi poslední a značně účinnou terapii v problematice léčby psychogenního přejídání patří svépomocná psychoedukace a svépomocné skupiny. Tyto skupiny může vést jak odborník, ale také laik, který poskytuje

podporu jak pacientům trpícím poruchou příjmu potravy, tak i jejich rodinám. Díky těmto skupinám dochází k podpoře primární a sekundární prevence, dále také dochází k osvětě v oblasti výživy a k upozornění na nebezpečí diet, které mohou vést až k nezdravé štíhlosti. Také mohou nabídnout včasnou pomoc těm, kteří si svůj problém ještě plně neuvědomují, nebo se obávají z návštěvy odborníka. Tyto skupiny jsou dobrovolně a pravidelně organizované lidmi, kteří si předávají své zkušenosti a vzájemně se podporují v obdobné situaci (Hoeksama, 2012; Papežová, 2010).

Ještě bych ráda uvedla, že tyto skupiny nemusí být organizované pouze pro pacienty trpící poruchou příjmu potravy, ale také pro celé rodiny, které dochází v doprovodu člena trpící touto poruchou, nebo bez něj, aby si vyměnili praktické informace a rady. Věřím, že tyto skupiny a programy mohou být velice užitečné, především pro získání pocitu, že v tom člověk není sám a že má kolem sebe skupinu, která zažívá to samé a chápe prožívaný problém. Domnívám se, že v laickém okolí může rodina zažívat časté nepochopení. Proto tyto skupiny mohou nabízet potřebné útočiště ke svěřením, pochopení sebe navzájem a také možnou vidinu pozitivní budoucnosti.

Také spatřuji přínos v doléčovacích programech, které mohou být velice oceňované pacienty, kteří byli propuštěni z hospitalizace a hledají další podporu v jejich snažení se o zdravé stravování, kvalitní hubnutí, či přibírání.

1.2 Filozofické pojetí krásy a estetika

Následující podkapitola přináší pouze základní orientaci v problematice filozofického pojetí krásy a estetiky. Šíře filozofického popisu krásy je tak obsáhlá, že by ji v mé diplomové práci nebylo možné podrobněji přiblížit vzhledem k potřebnému rozsahu. Proto v následujících stránkách budu zmiňovat především nejvýraznější okamžiky a osobnosti té doby. Toto téma jsem se do své diplomové práce rozhodla zařadit pro vytvoření celkového obrazu pojmu krásy. V bakalářské práci jsem popisovala vnímání krásy obecně, nyní bych do této podkapitoly ráda zařadila i filozofické výklady myslitelů z období antiky,

středověku a dalších autorů, kteří se podíleli na vzniku estetiky. Propojení tohoto tématu se studovaným oborem spatřuji především v procesu tvorby a vnímání obrazu krásy. Dále také v propojení krásy jako součásti terapeutické léčby u pacientů s psychickými obtížemi, například v umění samo o sobě, nebo i jako součást psychoterapeutické léčby v podobě arteterapie, muzikoterapie atd.

Nejprve bych ráda ujasnila dva základní pojmy, které budou v celé této kapitole zmiňovány a tvoří důležitý rámec v oblasti estetiky – pojem krásno a krása. „Krásno“ vychází z kulturních, historických a společenských základů dané země, doby i kultury. Je potřeba lidského úsudku, abychom se krásnem mohli zabývat. Štěpánová vnímá krásno jako: „...*nehmotná všeobecná idea projevující se vnímatelnou konkrétní krásou*“ (Štěpánová, 2010, s. 7). Díky němu dochází ke vnímání kladných pocitů.

Krása jako pojem se pyšní zájmem myslitelů již opravdu dlouho, ale dodnes neexistuje žádná všeobecně uznávaná definice. Nejprve se nad otázkou krásy zamýšleli filozofové. Později se z filozofie oddělila samostatná disciplína, pro kterou se stala krása ústředním zájmem – estetika. Krásou lidského těla se zabývá především estetika, dále také umělci, lékaři a například tělovýchovní pedagogové. Estetika se konkrétněji zabývá krásnem a jak působí dále na člověka skrze jeho smysly (Fialová, 2001).

I umělecká díla, jako obrazy a sochy, které vyobrazují ženské, mužské či dětské postavy a tváře, se liší ve vnímání krásy. Jak již z vývoje ideálu krásy v průběhu dějin vyplývá, každá doba měla jiné nároky na tělesnou dokonalost. Nejen, že se dobou v uměleckých dílech mění křivky ženských těl, ale také důraz kladený na výraz, světlo, účesy, obnaženost, či přirozenou krásu.

Například renesanční žena se často hýčká kosmetikou, a velikou pozornost věnuje svým vlasům. Ty díky odbarvování často získávají ryšavé odstíny. Postava se pyšní naprosto ženskými rysy: širokou pánví a zaoblenými tvary těla. Obrazy se později stávají důvěrnější, výraz žen v obličeji je častokrát špatně uchopitelný, tajemný, někdy až sobecký. Ženy jsou mnohdy vyobrazovány zády

či bokem, tajemný nádech obrazu dodává také odlesk ženské tváře v zrcadle (Eco, 2005).

1.2.1 Historie krásy a vznik estetiky

Mezi nejznámější filozofy vrcholného období antické a řecké filozofie patří především Pythagorejci a trojice myslitelů Sokrates, Platón a Aristoteles. Dále se především těmito filozofy budu i níže zabývat v kontextu s antickým obdobím a jak se zde formoval výklad pojmu krásy, krásna a případně estetiky. Následně zmíním období středověku a v závěru kapitoly budu hovořit o formování samostatné vědní disciplíny – estetiky.

Pythagorejská škola se zabývala především vysvětlováním zákonitostí světa pomocí matematického systému, ve kterém jsou všechny vztahy vyjádřitelné čísly. Krásu vnímali v pořádku, harmonii a proporčnosti. Jako příklad funkčnosti tohoto řádu udávali hudbu, která díky dobré harmonii zvuků vytváří zvučnou melodii, která přináší člověku zušlechtění. Naopak špatnou hudbu vnímali jako nelibou, která kazí člověka. V podobném směru hovořili i o výkladu vesmíru a dalších zákonitostech bytí. Pythagorejci položili základy estetiky, na kterou dále navazovali další umělci a filozofové (Störig, 2007; Štěpánová, 2009).

Významným filozofem v období antiky byl zajisté Sokrates, který se narodil roku 469 př. n. l. a byl synem sochaře a porodní báby v Athénách. Jeho filozofická nauka nezůstala písemně dochována, a proto veškeré jeho výklady pocházejí ze zachovalých zpráv především od Platóna, Xenofóna a Aristotela. Je znám svou sokratovskou metodou, mnohokrát se více ptal, než vysvětloval a do svého výkladu zahrnul mnoho dialektů sofistů. Sokrates se mimo jiné pokoušel o definování a vymezení pojmů „krásno“ a „krása“. Nehledá pouze základní definici, avšak se snaží najít její příčinu v obecně platné pravdě a v podstatě věci. Podstatu krásy spatřuje ve spojitosti, že co je dobré, je i krásné. Krásu jako takovou popisuje jako něco, co je pro všechny a vždy libé. Mimo symetrie a

harmonie spatřoval krásu také v eurytmii, která spočívá v subjektivním vnímání krásy jedince a je podmíněna funkčností věcí. Krásu vnímal jako nejvyšší hodnotu související s dobrem, nadřazoval ji nad etiku a mravnost. Sokrates tedy krásu popisuje jako obecnou dokonalost a ušlechtilost lidské bytosti (Havlíček, 2012; Störig, 2007; Štěpánová, 2009).

Platón se narodil roku 427 př. n. l. v přední athénské rodině a byl žákem Sokrata, od jehož učení také navázal na výklad krásy. Vytvořil termín Idea a Svět idejí, kterými popisoval jevy, které nepodléhají času ani prostoru. Tato idea je podstata, prazdroj, která vysvětluje všechny nedokonalé a konkrétní věci. Na základě vytvoření světa idejí vzniká také krásno, které vysvětluje ideu krásy. Dále také Platón krásy dělí dle jejich důležitosti na: krásu těla, duševní krásu, krásu mravů a zákonů, krásu poznatků a nejvyšší je absolutní krása. Lze tedy konstatovat, že na úplném vrcholu všech stupňů krás je krásno. K docílení ideálu krásy lze dojít skrz rozum. Aby se člověk mohl přiblížit ke krásnu, musí začít rozpomínat na svět idejí, který spatřila jeho duše ještě před narozením, a na který později zapomněla po narození. Platón vždy krásu vnímá jako široké spektrum, které dotváří také morální a poznávací aspekt. Když je člověk v kontaktu s krásou, pociťuje dle Platóna lásku, dále krása vzbuzuje obdiv, a tím i ctnost a moudrost. (Störig, 2007; Štěpánová, 2009).

Jako posledního zástupce období antiky zmíním Aristotela. Ten byl žákem Platóna, narodil se roku 384 př. n. l. v rodině lékařů. Aristoteles se v mnoha názorech se svým učitelem Platónem zcela rozcházel. Zabýval se především rozvojem a vznikem vědního oboru logiky, kam zařazuje elementy jako: pojem, kategorie, soud, úsudek atd. Ve spisech Poetika, Rétorika a Politika pokládá základy teorie umění a také jimi dále ovlivňuje vývoj estetiky. Dále je k tématu krásy vhodné zmínit Aristotelův nedochovaný spis O kráse, který se pravděpodobně zabýval celkovou problematikou krásy a estetiky. Aristoteles také spatřuje široké spektrum vnímání krásy, od viděného či slyšeného, až po božstva, odvahu a sílu bojovníků, výtvořiny přírody a pohyby těles ve vesmíru. Dále také rozlišuje krásno objektivní a subjektivní. Krásno objektivní samo o

sobě vzbuzuje dokonalost, protože je souměrné a přiměřené, krásno subjektivní vyvolává pocit příjemnosti. Aristoteles však dále dodává, že tato dvě krásna jsou stále ve vzájemném vztahu, a tedy krása nese prvky obou těchto krásen, a je proto objektivní i subjektivní. Aristoteles vnímal krásu především skrze umění a přírodu. Avšak dodává, že i umělec může svět zobrazovat v trochu jiném obraze, může zapojit svoji kreativitu a zobrazit svět krásnější, než doopravdy je. Aristoteles se také vzdal Platónova světa idejí a nahrazuje jej pojmy forma a látka. Kdy v případě, že látka dostane formu, stává se bytím (Störig, 2007; Štěpánová, 2009).

Jako jedna z prvních definic krásy, která se ve středověku pyšnila velké oblibě, pocházela z úst sv. Augustina a zněla: „*Co je to krása těla? Soulad jeho jednotlivých částí doprovázený příjemným barevným odstínem*“ (Eco, 2007, s. 45). Další, kdo se snažil slovy popsat krásu, byl například Cicero a mnoho dalších. Jak se lze z pramenů dočíst, nejpůvodnější a neopomenutelnou součástí těchto středověkých formulí je „congruentia“ – proporce, či číslo. Tento aspekt se vyskytoval již v období předsokratiků. Výklad pojmu congruentia můžeme zaznamenat dále v řeckém myšlení u Pythagora, Platóna či Aristotela (Eco, 2007).

Dále stojí zajisté za zmínku Plykleitův kánon, který nejprve sloužil jako praktický technický návod, později se z něj stává dokument estetiky. Z tohoto dokumentu vychází definice krásy jako numericky vyjádřená dokonalost, která: „...umožňuje řadu variant a přitom zůstává převoditelná na základní princip jednoty v různosti“ (Eco, 2007, s. 46).

Autorem přinášejícím další důležité pojmy do estetiky, je Vitruvius, který užívá termíny „proportio“ a „symmetria“, které pak zařazuje do výroků jako: „*V každém díle je přítomná symetrie prvků určité části a celku*“ (Eco, 2007, s. 46).

13. století přináší shrnutí Vitruviovy teorie v díle „Speculum Maius“ od Vincenta z Beauvais. Zde hovoří o normě vhodnosti, která je známá z řecké proporční koncepce. Tato teorie nahlíží na krásu vztahovostí dvou rozměrů (např.

obličej má být desetinou těla). Tudíž lze tuto koncepci vnímat jako konkrétní hledání správné proporčnosti u jednotlivých organických harmonií, nikoliv v abstraktních číslech (Eco, 2007).

Následně vzniká hudební estetika. Díky přenesení středověké proporční filozofie v pythagorejské podobě do vztahů v rámci hudební teorie. Pythágoras a Boethius se ve středověku stávají prvními vynálezci hudby, avšak ta má silný vztah s matematickou vědou. Estetiku a krásu v hudbě spatřují v lidské přirozenosti, která se vzpírá falešným tónům a vyhledává takové melodie, které jsou souladné (Eco, 2007).

Jako poslední středověkou teorii zmíním proporční estetiku, která vychází z hudební teorie. Ta se objevuje v písemnostech, kde se často hovoří o proporci, harmonii a přiměřenosti. Proporční estetikou je dále ovlivněna architektura, kde se setkáváme s eurytmií, symetrií, proporcí a dispozicí, které můžeme spatřovat například v gotickém umění. I symboly či značky jsou redukovány na geometrická schémata. Proporční estetika v umění obsahovala zákon rámce, ten lze vysvětlit na příkladu postavy, která musí být přizpůsobena prostoru, aby zapadla do celkového konceptu díla. Středověk dále dovršuje vypracovaná teorie krásna v metafyzice. Krásno zde nelze vyjádřit pouze jednou definicí, ale na mnohovrstevných úrovních (Eco, 2007)

Ráda bych se nyní krátce zmínila o Alexanderovi G. Baumgartenovi, který se narodil v roce 1714 v Berlíně a v jehož díle *Aesthetica* byl prvně definován pojem estetika a díky němuž byla estetika vyhlášena za filozofickou disciplínu. Baumgarten estetiku charakterizoval jako nauku o krásnu skrze smyslové poznání. Ve svém díle *Aesthetica* charakterizuje estetiku jako: „vědu smyslového poznání“ (Baumgarten, cit. dle: Hammermeister, 2002, s. 7) [překlad autorkou této práce]. Baumgarten vnímá krásu v dokonalosti smyslového poznání, naopak ošklivost spatřoval v nedokonalosti tohoto poznání. Z tohoto vyplývá, že abychom o vnímaném objektu mohli konstatovat, že je krásný, musíme docílit dokonalosti našeho smyslového poznání. Abychom mohli docílit této dokonalosti, musíme dle Baumgartena dojít ke shodě myšlenek, řádu a znaků.

V umění Baumgarten spatřuje zpestření lidského života, avšak nevnímá jej jako zásadní. Díky umění se může člověk rozvíjet a dosahovat všestrannosti, a díky ní pociťovat rovnováhu, bezprostřednost a poznávání (Bakeš, 2013; Hammermeister, 2002).

Jako posledního filozofa bych ráda uvedla Immanuela Kanta, který se narodil roku 1724 v Královci. Nejznámější jeho díla jsou tři Kritiky: Kritika čistého rozumu, Kritika praktického rozumu a Kritika soudnosti. Dále je vhodné podotknout Kantovo rozdělení subjektu a objektu, které se v jeho dílech hojně vyskytuje. Subjekt je dle Kantovy teorie činnost rozumu člověka a stává se hlavním bodem zájmu Kantovy filozofie. Objektem Kant rozumí samotnou skutečnost. Ve své knize Kritika soudnosti se Kant zabývá estetikou a v prvním dílu této knihy se zaměřuje na kritiku estetické soudnosti. Kant rozděluje estetické vnímání na objektivní a subjektivní. Kdybych se měla zaměřit konkrétně na estetiku a vnímání krásy, rozdělení by vypadalo následovně: subjektivní soud vkusu není logický, ale estetický, tedy soud, u kterého určující důvod musí být subjektivní. Na rozdíl od subjektivního se objektivní soud skládá z představ a počitků a neobsahuje pocity libosti, či nelibosti, protože právě díky těmto pocitům člověk vnímá sám sebe, a je proto ovlivněn představou. Kant dále hovoří o rozlišování toho, co je krása na základě obrazotvornosti k vnímanému subjektu a k pocitu libosti, či nelibosti. Proto Kant také říká, že soud vkusu není poznávacím soudem, a proto nemůže být logický. Vkus definuje jako: „...*schopnost posuzovat krásno. Avšak abychom nějaký předmět nazvali krásným, to musí odhalit analýza soudů vkusu.*“ (Kant, 2015, s. 45). Dále se lze v Kritice soudnosti dočíst, že Kant dělí předměty, které soudíme, zda jsou to objekty, nebo subjekty. V případě objektů probíhá logický soud, představy jsou tedy empirické a jsou vztahovány pouze k objektu samému. Na rozdíl od subjektu, kdy jsou představy racionální a estetické, tehdy se soud vztahuje pouze k subjektu samotnému a k jeho citu. Dále předkládá myšlenku, že krásné v člověku vzbuzuje libost, vznešené pocit obdivu. Poslední důležitý bod Kantovy filozofie, který vnímám pro tuto problematiku jako zajímavý, je estetické cítění, který Kant charakterizuje jako prvotní impulz, který ze svého soudu musíme

vyložit, aby krása zůstala ve své čisté podobě (Buzková, 2009; Kant, 2015; Störig, 2007).

1.3 Tělesné sebepojetí

I když lze v historii zaznamenat mnoho výzkumů, které se snaží popsat teorie o samotném sebepojetí, či o sebepojetí tělesném, doposud neexistují žádné univerzálně akceptovatelné teorie.

„Sebepojetí chápeme jako celkový postoj k vlastní osobě, který má prvky kognitivní, emocionální a činnostně regulativní“ (Fialová, 2001, s. 28).

Tělo se vyvíjí spolu s kulturou a společností, ve které žijeme. Díky měnícím se normám a hodnotám se také mění naše sebepojetí. V dnešní době je na naše tělo kladeno mnoho náročných požadavků. Není tajemstvím, že je náš zevnějšek častokrát prezentován jako symbol úspěchu, do kterého bylo také značně investováno. Tělo v dnešní době zaujímá velice důležitou roli a je považováno za jednu z prioritních složek celkového sebepojetí člověka (Fialová, 2001).

Sarah Grogan (2000) chápe štíhlost jako vlastnost, která je vyžadována dnešní společností od všech žen. Právě taková postava je známkou mládí, finančního zabezpečení, společenské obliby, sebekontroly a elegance.

Již z historie je známo, že se ženy stávaly nejčastějšími zajatky mými módních trendů té dané doby. Dnešní doba vyměnila korzety za přísné diety, hladovění, chirurgické zákroky a další kosmetické úpravy, aby ženy uspokojily své představy o módně útlých bocích, štíhlých stehnech a plochem bříšku.

Dívky jsou již od základní školy nespokojeny se svým tělem a začínají dodržovat první, nezdravé diety. Ženy jsou tlačeny ke snížení své hmotnosti na společensky žádoucí váhu. První známky stárnutí jsou u žen mnohem přísněji hodnocené než u mužů. Starší ženy jsou méně fyzicky atraktivní a tyto negativní

projevy zatlačují do pozadí životní zkušenosti. Naopak u mužů jsou prvotní znaky stárnutí brány jako přirozené a někdy dokonce žádoucí a sexy (Grogan, 2000).

Doba, kultura a společnost určují a preferují určitý tělesný ideál. Jako předkládaný dokonalý vzhled však mnohokrát nemusí odpovídat proporcionálním možnostem většiny. Především subjektivní názor žen na své tělo je často nerealistický a přehnaně přísný (Fialová, 2001).

Za vzhled naší postavy nemůže pouze tělesný typ, ten je dědičný pouze přibližně ze 70 %. Mezi další proměnné, které se podílejí na změně našeho zevnějšku, patří vnější faktory. Na základě studií, které prováděli například Kovář, Chovanová, Malin a Bouchard, lze potvrdit, že dědičnost má význam na tělesné proporce. Avšak nelze opomenout individuální vývoj jedince a vliv prostředí, ve kterém člověk vyrůstá, dále také stravovací návyky, hormony, tělesné cvičení a svalovou činnost (Fialová, 2001).

Hainer o genetických faktorech na vznik obezity tvrdí, že mají podíl na určování tělesné hmotnosti na 40 % a na zevní faktory 60 %. Při určování tělesného složení se Hainer domnívá, že se podíl genetických faktorů zvýší na 50 %. Významně je genetickými faktory také ovlivněna redukce tukových zásob (Hainer, Kunešová, 1997).

Každá doba nám s dopomocí médií předkládá dokonalá těla, kterým se chceme co nejvíce přiblížit. Často však nedokážeme náš zevnějšek správně posoudit, hodnotíme ho kriticky, i když se podle všemožných tabulek pohybujeme v normě a od okolí slýcháme pozitivní ohlasy. Ženy mají nejvíce sklony k realistickému hodnocení ostatních, avšak u sebe zmiňují často přehnané nároky na svůj vzhled (Grogan, 2000).

„Subjektivní hodnocení znamená v podstatě vyjádření velikosti rozdílu mezi ideální představou a vlastní realitou.“ (Fialová, 2001, s. 93).

Do sebepojetí zahrnujeme také hodnocení fyzického já. Z výzkumů vyplývá, že 90 % testovaných osob, které jsou se svým zevnějškem spokojeny, se také mnohem lépe psychicky přizpůsobují světu (Fialová, 2001).

U dívek se v období puberty nejčastěji objevuje nespokojenost se svojí postavou. Spolu se změnou dívčích tvarů těla na ženské přichází také zmatek, strach a bezmocnost ze zaoblování jejich těla. Právě tyto pocity nejistoty dívky často vedou k prahnutí po štíhlém těle. Jediné řešení vidí v omezování se v jídle a zvyšování fyzické aktivity. Veškeré negativní vnímání vlastního těla vede k nízkému sebevědomí. Je-li žena přesvědčena o odpudivosti svého vzhledu, pravděpodobně se začne vyhýbat veškerým situacím, kdy by měla přijít do kontaktu s větším počtem lidí, nebo být středem pozornosti. Taková žena se spokojí s prací, která ji již nebaví, nebo s lékařem, který jí nevyhovuje, protože se bojí dalšího odmítnutí okolí. Její méněcennost a celkové psychické rozpoložení jí dále brání v začlenění do společnosti a v dalším osobním či pracovním rozvoji (Crooková, 1995).

Ideál dokonalého ženského těla ovlivňuje jak kultura, ve které žijeme, a spolu s ní také to, co prezentují média. Ovšem co nelze opomenout, je také dietní průmysl, který velkou měrou podporuje idealizaci štíhlosti v celé západní společnosti. Existuje řada nejrůznějších přístupů, které nám slibují úbytek kil (Fialová, 2001).

Bohužel tyto zázračné diety mají svá úskalí. I když se najdou zastánci dietních programů, lékařská a psychologická literatura mluví spíše o negativech. I když se pravděpodobně díky dietě člověk dočká snížení váhy, není to příliš nadlouho. Tělo si toto období vysvětlí jako období hladovění, a po skončení celého dietního programu, kdy se člověk vrátí k běžným stravovacím návykům, tělo začíná přijaté kalorie ukládat, pro případ, že by se opět vrátilo období strádání. Tím vzniká, společnosti známý, jojo efekt. Dále nezbývá nic jiného, než začít s další zázračnou dietou a celý koloběh opakovat. Avšak dlouhodobé opakování způsobuje zpomalení metabolismu, a s tím spojené problémy se zdravým zhubnutím (Fialová, 2001).

Tento negativní efekt se stále více dostává do povědomí veřejnosti, a i když je obezita stále vnímána jako selhání a nedostatek pevné vůle, jedná se spíše o vůli ke cvičení než k dodržování drastických diet (Fialová, 2001).

Jako roli informátora a poradce o tom, co je zrovna v módě, přebírají od rodičů či učitelů z velké části masmédia. V dnešní době nad námi mají masová média velký vliv. Pouze záleží, jakými informacemi a kterým směrem budou společnost ovlivňovat (Fialová, 2006).

Naše kultura nás naučila, abychom obdivovali to, co je médií prezentováno. Tyto informace přijímáme jako standardní a nepřemýšlíme o nich. Právě média nám předkládají názor, že takoví, jací jsme, nejsme dost dobří. Podporují nás v nakupování výrobků, které nás zcela změní. Stále dokola nám předkládají názor, že se máme zlepšovat, měnit, tvarovat, redukovat a odstraňovat. I když dokonalost není dosažitelná, stále se o ni máme pokoušet, a máme zapírat svou jedinečnost. Pokud jde o dosažení určité postavy, tlak médií na ženy je mnohem silnější než na muže. Muži jsou zobrazováni častěji v dosažitelných a reálných křivkách, naopak ženy jsou abnormálně štíhlé (Grogan, 2000).

Časopisové články nám předkládají model štíhlého těla jako ten správný, který je známkou inteligence, uznání, přitažlivosti a zdraví. Nejen televize a časopisy, ale také texty písní či knihy nás mnohdy přesvědčují o tom, že je potřeba být štíhlý a zařazují nás do tabulek. Ale málokde slyšíme, že je potřeba brát ohled také na jedinečnost každé osoby, že každý člověk má nějakou přirozenou hmotnost, která nejlépe vyhovuje jeho tělu. Naše tělo není jen nástrojem módy, ale je také nositelem našeho zdraví a funkce. Tím vším, co nám média předkládají, se může stát, že se tělo dostane do rozporu s naší duší, a tím vzniká celková dezorientace jedince v jeho postavení ve společnosti. Má obavy, zda ho společnost akceptuje, anebo, zda je na jejím okraji (Fialová, 2001).

Mezi další účinky masových médií na tělesné sebepojetí žen patří hovoření o svých tělech, jako by k nim nepatřila, nebo jako kdyby svá těla chtěly

v co nejbližší době vyměnit za lepší model. Spousta žen své problémy se svým tělem dočasně skrývá. Nedívají se do velkých zrcadel, kde by byla vidět celá jejich postava, jen si učešou vlasy a nalíčí se. Jen je otázkou, jak dlouho zapírání svého těla dokážou, a jak se budou cítit poté, co se vrátí zpět do reality (Crooková, 1995).

Ráda bych v závěru kapitoly o tělesném sebepojetí vyzvedla problematiku výkladu pojmu normalita. V dnešní společnosti se často používá slovní spojení: „To je normální...“, ale když se nad tím hlouběji zamyslíme, co je normální? Existuje nějaká všeobecná norma pro slovo normalita? V diplomové práci se zabývám vnímáním těla, sebepojetím a celkovou problematikou obezity. Proto mi k tomuto tématu připadá opravdu přínosné hlouběji rozebrat téma normality. Jak níže budu popisovat, norma není pro všechny stejná a pro každého jedince, národ, společnost či dobu je a bylo normální něco jiného. Proto i v oblasti tělesného vzhledu nelze jednoduše určit, co je normální.

Často ve společnosti slyšíme větu, která zní nějak takto: „To je normální“. V mnoha oblastech lidé chtějí docílit normality, například v oblasti tělesného vzhledu. Nikdo nechce být obézní, ani vychrtlý, ale chce být normální, průměrný. Avšak hledání toho, co je normální a běžné, může být někdy opravdu těžké. Názor na normální a zdravý tělesný vzhled mezi dívkou trpící mentální anorexií a jejím ošetřujícím lékařem se bude rapidně odlišovat a na to bych v tomto extrémním případě chtěla v této části kapitoly poukázat. Je důležité se nenechat do velké míry ovlivnit módními trendy, vrstevníky či nemocí, ale jednat tak, jak si myslíme, že je to správné, jak se cítíme dobře, nebo jak nám říkají lékaři či další odborníci, co máme dělat, když už je náš názor hodně zaujatý či ovlivněný nemocí.

Existuje mnoho variant norem, které fungují odlišnými způsoby. Může to být statistická, funkční, normativní, sociokulturní, subjektivní, či skupinová norma, dále lze normu vnímat jako ideál atd. Proto dále záleží na úhlu pohledu, kterým se na určitou věc díváme.

Statistická norma považuje za normální to, co převládá. Například za normální lze v České republice považovat určitý věk, kdy většina dětí nastupuje do školy. Avšak například u normativní normy je normální to, co přijala určitá skupina, či kultura za své. Například v naší kultuře je normální nekrást a nepožívat návykové látky, avšak tato norma platit nemusí v jiných zemích, kde například užívání omamných látek v některých subkulturách může být považováno za normální (Psychoterapie Anděl, 2018).

V knize Psychologie Atkinsonové a Hilgarda je normálnost popsána jako: „Přiměřené vnímání skutečnosti, schopnost ovládat chování, sebeúcta a akceptace, schopnost vytvářet láskyplné vztahy, činnost“ (Hoeksama, 2012, s. 811).

Touto krátkou závěrečnou částí kapitoly o tělesném sebepojetí jsem chtěla upozornit na fakt, že je mnoho výkladů norem a od nich se dále odvíjí to, co je, či není normální. Avšak jak jsem již zmiňovala výše, záleží dále na kultuře a sociálním okolí, ve kterém jedinec vyrůstá. V neposlední řadě bych ráda zmínila mediální normu, která má podobu utváření často prezentovaného názoru skrze média. V rámci tohoto kontextu je velice složité převádět fyzický vzhled člověka do určitých norem, když nepočítám například BMI, k posouzení zdravotního stavu. Spíše bych ráda upozornila na možné nálepkování jedinců, dle módních či jiných krátkodobých trendů. Jak je všeobecně známo, například mentální anorexie či bulimie často vzniká u dívek v období puberty, kdy je od společnosti vyžadován určitý tělesný vzhled. Nejen od svých vrstevnic, ale také z masmédií dívky slýchávají, jaké jsou fungující diety, které je jistě zbaví společensky netolerovaných nedokonalostí. Domnívám se, že tento fakt může vést také k opačné poruše příjmu potravy, a to k záchvatovitému přejídání, které má místo vychrtlosti za následek obezitu, díky neustálému zajídání stresu a dalších tíživých problémů.

1.4 Gender

Kapitolu o genderu a gender rolích jsem zvolila především z důvodu ukotvení teoretického rámce k praktickému výzkumu. Předpokládám a přisuzuji určité odlišnosti ve vymezení se mužů a žen v problematice protestantské etiky, a proto pokládám za přínosné i v teoretické části o této problematice hovořit. Primárně se pozastavím u odlišnosti pojmu pohlaví a gender. Gender je na rozdíl od pohlaví spíše kulturně psychologický pojem. Jsou to určité znaky, které jsou v určité kultuře přisuzovány buď mužům a chlapcům, nebo ženám a dívkám. Na rozdíl od genderu je pohlaví spíše biologický pojem.

Jak jsem již výše zmínila, i Oakleyová ve své knize *Pohlaví, gender a společnost* uvádí, že důležitou roli pro vymezení genderu hraje kultura. Každá společnost žijící v odlišné kultuře má i odlišný pohled na hlavní znaky genderu. Dalším důležitým mezníkem pro vymezení gender identity u dětí jsou rodiče a jejich výchova. Dále Oakleyová konstatuje, že je gender vymezený sociálně, nikoli biologicky, gender role je definována na základě nějaké sociální situace, či souboru vlastností a chování, je neustále vidět na rozdíl od pohlaví. Jako příklad lze uvést slova: manželka a horník. Ze sociálních zákonitostí jasně předpokládáme, že manželka bude žena a horník muž. Důležitým mezníkem utváření gender rolí u dětí je identifikace, kdy se chlapci obvykle začnou ztotožňovat s muži a dívky s ženami. Díky tomuto procesu dochází k formování normální mužské, či ženské genderové identity (Oakleyová, 2000).

Profesor Robert Stoller byl americký psychoanalytik a patřil mezi první, kteří se snažili objasnit pojem gender. Na rozdíl od Oakleyové, která spatřovala odlišnosti mezi genderem a pohlavím, Stoller vnímal gender a pohlaví podobně. Dále k genderu připojuje pojmy maskulinita a feminita. Uvádí, že jak muž, tak žena nesou částečně maskulinitu i feminitu, avšak u mužů převažuje maskulinita a u žen feminita. Dále také popisuje proces formování gender identity, kdy nejprve dojde k biologickým a hormonálním změnám již při početí dítěte, další

částí spolupodílející se na genderu dítěte je přiřazení pohlaví při narození a poslední nedílnou součástí jsou psychologické a sociologické vlivy, které nadále formují roli dítěte (Oakleyová, 2000; Stoller, 1968).

Další vědec, který se zabýval problematikou genderu, byl sexuolog Money, který je známý svým experimentem na 22měsíčním chlapci jménem Bruce. Celý jeho výzkumný záměr spočíval v genitální kastraci Bruce, kterého později pojmenoval Brenda. Rodičům doporučil, aby ho vychovávali jako dívku, avšak v sedmi letech se u Brendy začaly objevovat psychické problémy. Její chování se začalo podobat chlapeckému, dále také odmítala další návštěvy u doktora Moneye. Protože se dítě chtělo vrátit ke své mužské identitě, Brenda začala procházet mnoha chirurgickými zákroky k rekonstrukci a znovunavrácení mužského pohlaví. Mladý muž si zvolil jméno David, později si našel ženu a oženil se. Po několika letech vztahu mělo dojít k rozchodu, kterého se David nedožil, protože spáchal sebevraždu ve svých 38 letech. Celý jeho příběh je popsán v knize *Jak jej příroda stvořila*, od autora Johna Colapinta (Kohoutek, 2008).

V další kapitole své knihy Oakleyová popisuje procesy, jimiž si dítě od narození osvojuje genderové role. Mezi ně patří například reakce matky na zvuky, které dítě vydává. Oakleyová konstatuje, že matky mnohem častěji reagují a napodobují zvukové projevy u dcer než u synů. Z tohoto faktu vyvozuje často bližší komunikační vztah mezi matkou a dcerou než mezi matkou a synem. Celkově se Oakleyová jasně vyhrazuje k formování genderové role dětí s úzkou souvislostí se sociálními stereotypy a rodičovskými modely. Konstatuje, že gender je velkou částí tvořen kulturou, a naprosto se liší od pohlaví. Jako příklad uvádí asociace mezi maskulinitou a feminitou jedince, dále sociálně determinované normy chování, rolí, očekávání a postojů. Jasně tvrdí, že pokud má gender nějaký biologický původ, v souvislosti s kulturou tento korelát není viditelný. Nakonec kapitoly ještě opakuje, že gender nemá biologický původ a že vztah mezi pohlavím a genderem je nepřirozený (Oakleyová, 2000).

Když porovnám výše popsané teoretické výklady genderu, domnívám se, že gender je do jisté míry vrozený, především díky biologickým a hormonálním odlišnostem, které utváří některé pohlavně specifické vlastnosti a dále dotváří gender roli. Avšak myslím si, že i výchova rodičů, sociální prostředí a kultura, ve které dítě vyrůstá, dále dotváří gender identitu jedince. Vnímám jako důležité upozorňovat na stereotypy, které se ve společnosti v souvislosti s gender rolí vyskytují. Také pociťuji jako důležité, aby se o této problematice hovořilo a abychom si jako společnost dávali pozor na zbytečné předsudky či diskriminační chování například ve školství, v pracovních podmínkách a v dalších sociokulturních vztazích, kde se gender stereotypy a diskriminace mohou objevit.

Novotná ve své práci hovoří o gender stereotypech jako o vzorcích chování a představ, které obsahují typicky ženské či mužské vlastnosti. Dále také tyto stereotypy odlišují mužské a ženské role ve společnosti. Mají mnohdy tradiční a často diskriminační charakter. Tyto stereotypy dále předkládají často zastaralé způsoby, jak by se ženy a muži měli chovat. Ve většině případů jsou automatické, objevují se až na nevědomé úrovni a často ovlivňují naše chování. Mnohdy dochází ke snaze chovat se v souladu s těmito společenskými normami, abychom se vyhnuli možným postihům. Díky tomuto jednání však dále tyto postoje legitimizujeme a dále umocňujeme (Novotná, 2010).

2 ÚVOD DO PROBLEMATIKY DEPRESE

Vzhledem k výzkumnému projektu v mé diplomové práci jsem se rozhodla i do teoretické části zahrnout kapitolu, která se bude zabývat teoretickým výkladem afektivních poruch se zaměřením na depresi. Především její definici, vznik a průběh onemocnění, diagnostiku deprese, popis farmakologické i nefarmakologické léčby atd.

2.1 Definice deprese

Afektivní poruchy se člení na depresivní poruchy a bipolární poruchy. Depresivní poruchy Vágnerová charakterizuje různou mírou depresivity a na základě její intenzity ji dělí na velkou depresivní poruchu, což je samostatná deprese různé závažnosti, která se může opakovat, nebo se může objevit jen ojedinele. A dystymní poruchu, která má nižší intenzitu a u nemocného dochází k dlouhodobé změně nálady. Bipolární poruchy jsou typické ve střídání manických a depresivních projevů u pacienta. Bipolární porucha I je charakteristická měnicími se epizodami mánie a deprese. U bipolární poruchy typu II zaznamenáme střídání epizody deprese a hypomanie. U cyklotymní poruchy se dlouhodobě změnila nálada, ve které se v menší intenzitě proměňuje období deprese a euforie (Vágnerová, 2014).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN 10 je deprese zařazená mezi duševní onemocnění do skupiny afektivní poruchy, které mají v MKN 10 rozpětí F30 – F39. Poruchy nálad jsou typické poruchy afektivity nebo nálad, které směřují k depresi, nebo euforii. Mimo samotné změny nálady se také mění celková aktivita. U těchto poruch dochází k častým recidivám. Nejčastěji má stresová událost či situace vliv na nástup afektivní poruchy (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

Pod kódem F30 je popsána Manická fáze, která se užívá u jediné epizody. V případě opakování manických či hypomanických fází již poruchu klasifikujeme jako bipolární afektivní poruchu. Manická fáze se dále dělí na hypomanií, manii bez psychotických symptomů, manii s psychotickými symptomy, jiné manické fáze a manické fáze NS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

Další porucha popsána v poruchách nálad je Bipolární afektivní porucha (F31), která je charakterizována dvěma či více měnicími se fázemi. Dále se rozlišuje dle projevujících se symptomů na například Bipolární afektivní poruchu, současná fáze lehká nebo střední deprese; Bipolární afektivní poruchu,

současná fáze těžké deprese bez psychotických symptomů; Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese s psychotickými symptomy atd. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

Pod kódovým označením F32 je v MKN 10 popsána Depresivní fáze, která je dále dělena na lehkou, střední nebo těžkou formu. Osoby trpící depresí pociťují zhoršenou náladu, která se v časovém odstupu příliš nemění, vnímají také nižší energii a nejsou příliš aktivní. Proto dochází k rychlé únavnosti po jakékoli aktivitě. Nemocný příliš nevyhledává osobní zájmy, či jakoukoli jinou formu zábavy. Dále je také snížena koncentrace, u pacienta se zhorší kvalita spánku, sníží se chuť k jídlu a dochází ke ztrátě libida. Osoba trpící depresí pociťuje nízkou sebedůvěru, sebevědomí a sebehodnocení, které doprovází časté pocity viny a beznaděje. Nemocný se často budí v dřívějších ranních hodinách, kdy je intenzita deprese také silnější (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

Lehká depresivní fáze (F32.0) je dle MKN 10 charakterizována doprovodem minimálně dvou až tří symptomů, které jsou výše vypsány. Ač nemocní pociťují zhoršenou náladu a cítí se deprimováni, nedochází k omezení jejich zájmů a běžných aktivit (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

Středně těžká depresivní fáze (F32.1) zahrnuje obvykle minimálně čtyři výše vypsané příznaky. Pacient již pociťuje problémy být přítomen na běžných, každodenních aktivitách (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků (F32.2) je typická mnoha symptomy, ztrátou sebehodnocení, dostávají se také pocity beznaděje a viny. U pacienta se začínají objevovat myšlenky na sebevraždu, popřípadě i suicidální pokusy. Pod tuto fázi deprese lze konkrétně zařadit Agitovanou depresi, Velkou depresi a Životní depresi. Avšak vždy se jedná pouze o jednu epizodu bez psychotických symptomů (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

Další fází deprese je Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky (F32.3). Tato fáze se podobá Těžké depresivní fázi bez psychotických příznaků, avšak doprovází ji halucinace, bludy, stupor nebo psychomotorická retardace. Především kvůli těžkým psychotickým příznakům pacient není schopen zvládat obvyklé sociální aktivity, je vysoké riziko sebevražedného chování, nedostatkem přijímání potravin či žízněním. U některých nemocných mohou být halucinace či bludy ovlivňovány náladou (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

Mezi jiné depresivní fáze (F32.8) v MKN 10 jsou zařazeny Atypické deprese a Jediná fáze „maskované“ deprese NS. Poslední podskupinou jsou Depresivní fáze NS (F32.9), mezi které se řadí Deprese NS a Depresivní porucha NS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

Kódové označení v MKN 10 F33 řadíme k Periodické depresivní poruše, která je typická svými opakujícími se fázemi deprese, avšak v anamnéze pacienta nejsou žádné samostatné manické fáze. Onemocnění se může objevit v jakémkoli věku, nástup může být rychlý, nebo pozvolný a jeho trvání je také individuální. Může se pohybovat od několika týdnů až po mnoho měsíců. Periodická depresivní porucha se dále dělí dle její intenzity a zda se vyskytují psychotické příznaky (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

Perzistentní afektivní porucha (F34) je typická kolísající porucha nálady, u které většina jednotlivých fází není dostatečně těžká, abychom je mohli klasifikovat jako hypomanické či lehce depresivní. Většinou trvají mnoho let, často celý život pacienta. Dále se tato porucha dle MKN 10 dělí na Cyklotymii a Dystymii (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

F38 je kód pro skupinu Jiných afektivních poruch, které nelze zařadit do výše zmíněných poruch nálady, protože nejsou dostatečně závažné, či netrvají příliš dlouho. Jako poslední podskupina afektivních poruch osobnosti je skupina F39, která má název Neurčená afektivní porucha. Do této skupiny dle MKN 10

spadá Afektivní psychóza NS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

2.2 Vznik a průběh onemocnění

Deprese patří mezi nejčastěji se vyskytující poruchu nálady v populaci. Svoboda uvádí vyšší procento onemocnění deprese u žen, přibližně kolem 10-25 %, na rozdíl od mužů, u kterých se průměr pohybuje mezi 5-12 %. Příčina afektivních poruch stále není přesně známa (Svoboda, 2012). Avšak lze si všimnout podobných znaků, které se u pacientů trpících depresí často objevují. Mezi ně patří především negativní reagování na okolnosti, jako jsou pesimismus, nepříznivé očekávání, pocit vlastní bezmocnosti a nejistoty, sklon k rezignaci a ulpínavost, kterou dále doprovází nižší flexibilita. Veškeré výše vypsané osobnostní vlastnosti se nejčastěji projevují při reagování na zátěžové situace. Na základě tohoto způsobu jednání se tyto osobnostní vlastnosti stávají nepříznivou predispozicí a premorbidním rysem osobnosti (Vágnerová, 2014).

Také okamžik, který vyvolá první epizodu deprese, není přesně specifikovaný. Pravděpodobně to však je určitý druh zátěže či ztráty, kterou lze pak zpětně označit za spouštěč či příčinu deprese. Na základě určité dispozice jedince v kombinaci s negativním reagováním a se zátěžovou situací dochází k prvnímu propuknutí onemocnění (Vágnerová, 2014).

Dělíme také základní znaky, které se podílejí na vzniku deprese. Mezi ně patří biologické, genetické a psychosociální faktory (Svoboda, 2012).

Mezi hlavní biologické faktory, které hrají roli v rozvoji deprese, patří konkrétně neurotransmitery: noradrenalin, serotonin a dopamin. Rozvojem vědy a zobrazovacích metod mozku byl zájem obrácen také k monoaminovému systému, který se skládá z frontálního kortexu, hipokampusu/amygdaly a bazálních ganglií. Dysfunkční fungování těchto okruhů může mít za následek depresi. Za úspěšnou léčbu lze považovat úpravu této dysfunkce. Mezi další aspekty způsobující depresi patří postsynaptický přenos signálů, endokrinologické poruchy, narušení imunity a narušení cirkadiálních rytmů. Je

zapotřebí si uvědomit, že deprese je komplexní porucha, u které se nelze zaměřovat pouze na jeden aspekt (Svoboda, 2012).

I genetické faktory lze také považovat za významné. Studie dvojčat, rodinné či adopční studie a molekulárněgenetické studie potvrzují korelace mezi dědičností a depresí. Avšak vyšší vliv mají genetické faktory na bipolární poruchu osobnosti než na pacienty trpící depresí (Svoboda, 2012).

Jak jsem již zmínila výše, pro vznik deprese je většinou zapotřebí spouštěče, který se nejčastěji vyskytuje v podobě psychosociálního faktoru. Při opakovaných epizodách již nebývá podíl těžké životní události tak zřejmý (Svoboda, 2012). Nemocný často nemusí negativní prožitky vnímat jako projevy deprese, ale jako své selhání. Vzhledem k tomu může trvat dlouhou dobu, než vyhledá pomoc a uvědomí si, že se nejedná o vlastní neschopnost, ale o poruchu, kterou lze léčit (Vágnerová, 2014).

2.3 Diagnostika deprese

Před samotnou léčbou onemocnění deprese je důležitá včasná diagnostika. Důležité je, aby lékař, ke kterému se nemocný obrátí, uměl rozpoznat, že se jedná o depresivní poruchu. Jak Svoboda popisuje, mnoho praktických lékařů pouze předepíše nevhodná farmaka. Následkem špatné diagnostiky bývá dále přerušení léčby, prohlídky nemocného u mnoha specialistů, kteří však pátrají pouze po somatickém onemocnění. Jak dále Svoboda uvádí, průměrný věk diagnostikování deprese je kolem 27 let, avšak běžně se deprese objevuje již od 15 let.

Když provádí psycholog diagnostiku deprese, může docházet k diferenciální rozvaze mezi schizofrenní poruchou a depresí. Proto je vhodné v diagnostice použít testovou baterii, která bude obsahovat i projektivní techniky. Depresivitu a pocity viny lze dobře odhalit za použití projektivních testů, jako jsou TAT, SCT, MMPI atd. Mimo jiné by testová baterie na diagnostiku deprese měla obsahovat také testy na kognitivní výkonnost respondenta. Dále existují již používané testové soubory, které se aplikují při zkoumání například rozdílů

v kognitivních funkcích u depresivních pacientů a kontrolní skupinou. Zde stojí za zmínku například baterie CANTAB (Svoboda, 2012).

2.4 Léčba deprese

Afektivní poruchy lze léčit, avšak je potřeba počítat s možností obnovení chorobného procesu, nebo převládání některých symptomů. Zvolená léčba musí být komplexní a musí být individuálně nastavená dle individuálních rysů pacienta a průběhu jeho onemocnění. I délka léčby se liší od jednotlivce, také volba ambulantní léčby či hospitalizace je značně individuální (Vágnerová, 2014).

Samotná léčba může zahrnovat psychoterapii, antidepressiva, elektrokonvulzivní terapii a další metody. Aby bylo možné zvolit nejvhodnější formu léčebného procesu, je potřeba zmapovat intenzitu samotné deprese. Když jsou deprese lehké či mírné, lze navrhnout například kognitivně-behaviorální, interpersonální, rogersovskou, popřípadě skupinovou psychoterapii. Pokud se však jedná o těžší deprese, je doporučována biologická léčba, zahrnující antidepressiva, elektrokonvulzivní terapii a další speciální terapeutické přístupy. Mezi ně je zahrnována léčba světlem, nebo například repetitivní transkraniální magnetická stimulace. V případě akutní situace, kdy nemocný vykazuje agitovanost a sklon k sebevražednému chování, je vhodné často i v injekční podobě podat benzodiazepiny či antipsychotika (Svoboda, 2012).

Při zařazení klienta do psychologické léčby je v první řadě potřeba pacientovi vyjádřit podporu a zahrnout psychoedukaci nejen klientovi, ale i rodině a blízkým. Která obsahuje informace o depresivní poruše, následné léčbě, spolupráci a také zajistit pochopení klienta, že výsledky léčby se dostavují později a jaké mohou být její nežádoucí účinky atd. (Svoboda, 2012). Psychoterapie klade důraz na jistou úpravu životního stylu klienta a přijetí léčby. Je důležité s pacientem dosáhnout zklidnění a nastolení stálého denního režimu. Mimo individuální a skupinovou psychoterapii lze dále do léčebného procesu zařadit párovou či rodinnou terapii, která se zaměřuje na zdokonalení společné

komunikace, vyjasnění a odstranění rušivých aspektů. Také terapeutická práce s širší rodinou přináší větší informovanost, uvolnění napětí, porozumění afektivní poruše a ke spolupráci. Také je zapotřebí zvážit vhodnost socioterapie, která může poskytovat klientovi podporu v opětovném pracovním uplatnění. V případě nevhodnosti dřívější práce pacienta lze v rámci socioterapie hledat jiné vhodné formy uplatnění a aktivizace nemocného (Vágnerová, 2014).

Nelze také opomenout farmakologickou léčbu, která slouží především ke zklidnění pacienta a zvládnutí akutní fáze nemoci. Výběr vhodné medikace závisí na správné diagnostice, která nezahrnuje pouze samotnou diagnostiku deprese, ale také její intenzitu a počet prodělaných epizod. Dále také záleží na osobnosti nemocného a dalších faktorech. Při léčbě akutní fáze deprese je hlavním cílem co nejrychlejší odstranění, či zmírnění příznaků deprese, a tím dosáhnout plné remise. Dále je zapotřebí léčbu udržovat a snažit se udržet stav bez příznaků onemocnění. Délka této fáze léčby se odvíjí od průměrného trvání neléčené deprese a v průměru by měla trvat 4-6 měsíců od posledních projevů akutních příznaků deprese. Avšak vše záleží na individuální domluvě s klientem. Poslední fáze léčby je prevence. Jejím cílem je zabránit návratu deprese a její délka může být i celoživotní (Svoboda, 2012; Vágnerová, 2014).

Účinnost léčby za pomoci psychofarmak je značná. Ač lze vnímat některé nežádoucí vedlejší účinky léčby, jsou minimální ve srovnání s těmi pozitivními výsledky. Opět je zapotřebí brát v potaz individuální charakteristiky onemocnění a potřeby pacienta (Vágnerová, 2014). Při volbě psychofarmak je zapotřebí vycházet z předešlých zkušeností, z klinického obrazu pacienta a z vedlejších účinků antidepresiv. Léčbu je zapotřebí vždy individuálně naplánovat za pomoci srovnání znalostí o antidepresivech a o konkrétním klientovi. Vždy je zapotřebí využít širokého spektra psychofarmak, které jsou dle stávajících možností dostupné. Cílem je dosažení remise, dostatečnou dávkou a po dostačující dobu léčby, abychom mohli co nejvíce zabránit relapsu (Svoboda, 2012).

Mezi další mnou nalezené publikace, zabývající se problematikou deprese, patří například tituly jako: Deprese – 8 kroků ke zvládnutí deprese, Jak vyléčit depresi a Deprese – zvládněte ji bez léků a získejte svůj život zpátky. Tyto publikace jsou velice zajímavé, avšak připadají mi zaměřené spíše na osobní rozvoj čtenáře. Popisují nejčastěji základní definice deprese a její léčbu, dále pak postupy jako pochopení, přijetí a překonání deprese. Také čtenáři nabízejí kroky, jak depresi předcházet, jak ji lze popřípadě využít, jak obnovit radost ze života a nalézt sebe sama (Molnárová, 2017). Tyto knihy mi připadají jako dobrý způsob, jak se dozvědět o základních informacích a krocích vedoucích z těžkých životních situací, avšak myslím si, že by člověku trpící například středně těžkou depresí nepomohly. Domnívám se, že by nemocný neměl energii ani chuť dohledávat takové prameny a pokoušet se o životní změnu. Jsem přesvědčena, že by pacient trpící těžkou depresí nezvládl svépomocnou léčbu, bez psychoterapie a farmakoterapie. Proto mě také napadá otázka, zda tyto knihy v některých případech nemohou vést ke zlehčování situace a zanedbání potřebné léčby (Broganová, Lobergová, 2018; Molnárová, 2017; Ilardi, 2015).

2.5 Psychoterapie a farmakoterapie u depresivních pacientů

Jak jsem již výše uváděla, při nefarmakologické léčbě deprese jsou jako nejvhodnější druhy terapie doporučovány kognitivně-behaviorální, interpersonální, rogersovská, případně skupinová psychoterapie.

O kognitivně behaviorální a interpersonální terapii jsem se již zmiňovala u problematiky poruch příjmu potravy. Proto se o těchto terapiích nyní již zmíním pouze krátce.

Kognitivně behaviorální psychoterapie se snaží odstranit projevující se příznaky deprese tím, že hledá a mění dysfunkční, zkreslené či negativně zabarvené myšlení. Objevením a změnou patologických postojů se snaží předejít relapsu či remisi onemocnění. Behaviorální část léčby obsahuje postupy založené na teorii učení. Jedná se tedy o neustálý trénink a nácvik dovedností. Díky tomuto nácviku dochází ke kladnému posilování pozitivního chování a myšlení

pacienta. Dále si klient také nacvičuje plánování svého volného času, zkouší si různé řešení sociálních situací a v neposlední řadě se zaměřuje na zvládání stresu (Hoeksama, 2012; Svoboda, 2012).

Interpersonální terapie vychází z psychodynamické terapie a jejím cílem je nalezení a objasnění problémů pacienta a následná práce na jejich řešení. Terapeut s klientem hledají povahu mezilidského problému, který se dále snaží řešit. Dále pracují s tématy jako sociální izolace, vnímaný zármutek atd.

Mezi další psychoterapie, které se k léčbě deprese často volí, patří například manželská terapie, krátká dynamická psychoterapie, rogersovská psychoterapie, psychoedukace či logoterapie. Rogersovská psychoterapie, nebo také terapie zaměřená na klienta se zejména zaměřuje na vytvoření vřelého a empatického vztahu mezi terapeutem a klientem. Je velice důležité, aby se pacient mohl svobodně a bezpečně vyjadřovat o svých pocitech a problémech. Carl Rogers, který byl zakladatelem tohoto terapeutického směru, věřil, že nejlepším odborníkem na konkrétního člověka je on sám a že konkrétní jedinec dokáže najít řešení svých konkrétních problémů. Celý proces se zakládá na nastavování zrcadla a na samotném terapeutickém vztahu, který již sám o sobě může mít přínosný terapeutický vliv a může znamenat ulehčení celého procesu hledání řešení na daný problém. Rogers dále dodává, že nejdůležitějšími vlastnostmi terapeuta jsou empatie, opravdovost a vřelost. Mimo jiné byl Rogers první, kdo z terapeutů nahrával terapeutická sezení a povolil tyto záznamy dále studovat a analyzovat. Tato terapie je vhodná pro klienty, kteří chtějí o svém problému diskutovat a kterým nedělá problém své pocity vyjádřit a pojmenovat. V závěru ještě uvedu, že v rogersovské terapii se především používá označení klient a terapeut se často nazývá facilitátorem, protože facilituje klientovy pokroky na cestě k sebepoznání (Hoeksama, 2012; Svoboda, 2012).

V závěru celého pojednávání o depresi a její léčbě bych se podrobněji zabývala tématem farmakoterapeutické léčby deprese. Tato část léčby napomáhá ke stabilizaci pacienta a zvládnutí jeho akutních potíží. Volba vhodné medikace závisí na přesné diagnóze a jednotlivém případě, jaká jsou specifika, jak dlouho a

intenzivně se deprese projevuje, kolik pacient zaznamenal prodělaných epizod, jaká byla diagnostikována fáze deprese, je důležité také přihlídnout na osobnost nemocného a na další faktory.

Jak jsem již uváděla výše, léčba má určité specifické fáze: akutní léčbu, léčbu udržovací, léčbu preventivní. Problematika léčby deprese především spočívá v komplianci, neboli dodržování pokynů či snášenlivost léčby. Mezi významné faktory kompliance u depresivní poruchy patří především nemoc, nemocný, lékař či samotné léky. Proto je velice významná komunikace mezi nemocným a lékařem v kontextu s kompliancí. Abychom mohli hovořit o úspěšné léčbě, je potřebné, aby se pacient zaměřil na léčebný proces a jeho striktní dodržování. Je velmi důležité, aby byl mezi lékařem a nemocným nastaven vřelý a otevřený vztah, kde se klient nemusí obávat otevírat témata a doptávat se na další informace ohledně léčby, či nemoci. Důležitá je kvalitní komunikace, kdy lékař pacientovi vše srozumitelně vysvětlí, podrobně popíše léčebný plán, edukuje pacienta a blízkou rodinu o nemoci a možnostech následné léčby. Dále také pacienta obeznámí s přibližným časovým plánem léčby a harmonogram návštěv u terapeuta. Důležitá je také aktivní spolupráce pacienta na léčbě a na některých rozhodnutích. Potřebná je také edukace jak o chorobě, tak o léčbě a vedlejších účincích medikace. Vhodné je neustálé zdůrazňování, že je nutná pravidelnost v užívání léků dle přesně stanovených instrukcí, také že účinky léčby lze zaznamenat 2-4 týdny od začátku užívání. Mezi časté následky zlepšení patří přerušování užívání farmak bez uvědomění, či domluvě s ošetřujícím lékařem. To má za následek opětovné zhoršení zdravotního stavu. Proto i tuto skutečnost je vhodné předem prokonzultovat s pacientem a zdůraznit, ať bez domluvy s lékařem nemění léčebný plán (Svoboda, 2012; Vágnerová, 2014).

Antidepressiva se volí dle formy deprese, převažujících příznaků a komorbidit. Dále také záleží na zkušenostech z předchozí léčby, z klinického obrazu onemocnění a z vedlejších účinků dříve užívaných antidepressiv. Mezi nejčastější první volbu dle Svobody patří inhibitory zpětného vychytávání serotoninu SSRI. Mezi další užívané medikamenty patří dualisticky působící

antidepresiva, kombinace antidepresiv s antipsychotiky, inhibitory monoaminoxydázy atd. V případě farmakorezistentní deprese se strategie léčby orientuje na zvyšování a snižování dávek antidepresiv, dále lze zvolit změnu antidepresiv, augmentaci či přidání druhého antidepresiva (kombinaci). Vágnerová v závěru dodává, že účinnost psychofarmak je zjevná a oproti vedlejším účinkům jsou ty pozitivní značně převládající a neovlivňují osobnost negativním způsobem. Dále konstatuje, že u nejnovějších antidepresiv téměř žádné vedlejší účinky nezaznamenáme (Svoboda, 2012; Vágnerová, 2014).

3. PROTESTANTSKÁ ETIKA

V knize Malá encyklopedie evangelických církví je protestantská etika charakterizována otázkou: „*Zda a jak je lidské mravní myšlení zakotveno s Bohem stanoveném řádu věcí?*“ (Filipi a kol., 2008, s. 114). Podle autorů výše zmiňované encyklopedie, na rozšíření, dnes již hojně užívaného spojení „protestantská etika“, nese velkou zásluhu Max Weber. Právě on ve svém díle *Protestantská etika a duch kapitalismu* vyzdvihuje důležitost předpokladů plynoucích z protestantské etiky pro rozvoj svobodného individuálního podnikání. Avšak existuje ještě mnoho dalších podob úhlů pohledů na mravní otázky, že lze jen těžko dohledat jedno jediné „protestantské“ řešení (Filipi a kol., 2008).

Protestantská etika je v napětí mezi dvěma problémy, a hledá přiměřený poměr mezi Boží láskou k člověku, která platí pro všechny a bezpodmínečně, a nárokem, který je díky poznání kladen na odpovědný lidský život. Podle toho, jak a kam je důraz položen, jsou texty z bible chápány buď jako příkazy, nebo jako příklady postojů, na jejichž základě lze hledat odpověď. Díky těmto postojům může člověk dosáhnout svobodného a odpovědného života (Filipi a kol., 2008).

Abych se vrátila zpět ke dvěma problémům v protestantské etice, které jsem zmiňovala výše. Jedná se o mravní optimismus na jedné straně, a o mravní

pesimismus na straně druhé. Mravní optimismus si vykládám tak, že člověk může být dobrý, a proto od něj dobro musíme požadovat. K mravnímu optimismu se v různé míře připojují ti, kteří člověku přidělují přirozenou, nebo darovanou mravní kvalitu. Mravní pesimismus od člověka žádné dobro nečeká, a proto ho od něj ani nepožaduje. Mravní pesimisti proto spoléhají na Boží milost (Filipi a kol., 2008).

„Dvacáté století pro protestantskou etiku znamená nalezení společného konkrétního názoru v mnoha důležitých problémech, týkajících se války a míru, sociální spravedlivosti, rovnoprávnosti žen, odmítání rasismu, prosazování lidských práv“ (Filipi a kol., 2008, s. 115). V poslední době patří problémy s životním prostředím a proces globalizace k ústředním zájmům protestantské etiky (Filipi a kol., 2008).

3.1 Max Weber

K nastínění myšlenek Maxe Webera jsem si pro tuto kapitolu vybrala jeho díla: *Protestantská etika a duch kapitalismu*, *Sociologie náboženství a Autorita*, *etika a společnost: Pohled sociologa do dějin*. *Protestantská etika* patří ke klíčovému tématu Weberovy práce. Protestanty často porovnává s katolíky. Upozorňuje na jejich odlišnosti ve vzdělání, uvažování a ekonomickém smýšlení. Do popředí také často přichází myšlenka askeze a celkové píle, kterou přisuzuje právě především protestantům. V neposlední řadě Max Weber často prezentuje myšlenku, že existuje souvislost mezi protestantismem a kapitalismem. Zmiňuje „ducha“ kapitalismu jako základní myšlenku, která je specifická pro protestantskou etiku. Rozhodla jsem se především citovat Weberovu práci, která mi připadá jako nejzákladnější a nejdůležitější, k nastudování problematiky protestantské etiky. Následující kapitoly obsahují teoretický výklad myšlenek Maxe Webera, které jsem načerpala z výše uvedených knih.

Weberova práce *Protestantská etika a duch kapitalismu* je dělena do tří částí. První z nich se jmenuje *Konfese a sociální vrstvení*. V této části se Weber zabývá souvislostí mezi náboženským vyznáním, ekonomickou činností

a sociálním postavením. Ze statistických údajů vychází zajímavá věc, že protestanti mají větší podíl v kapitálovém vlastnictví než katolíci. Weber si pokládá otázku, zda je víra následkem nebo příčinou tohoto jevu. Dále se také zaměřuje na vzdělávání katolíků a protestantů. Katolíci volí především humanistické směry a mají častokrát nižší úroveň vzdělání, protestanti volí naopak technické obory a většinou pracují na vyšších pracovních pozicích. Avšak rozdíly v pracovních pozicích lze přisuzovat také zděděným majetkovým rozdílům. Weber se dále také zmiňuje v souvislosti s protestanty o daleko vyšším sklonu podporovat ekonomický racionalismus, než je tomu u katolíků. Katolíky spolu se svým žákem Offenbacherem vnímá jako méně prahnoucí po zisku, kteří upřednostňují klidný život s dlouhodobě zajištěným a stálým příjmem. Právým opakem jsou protestanti, kteří sází na zisk a s ním přicházející slávu. Weber v neposlední řadě v této kapitole zmiňuje protestantskou etiku jako faktor, díky kterému bylo v 16. a 17. století nastartováno podnikání, obchod a kapitalistický rozvoj (Weber, 2009; Loužek, 2010).

V celém textu, který pojednává o „duchu“ kapitalismu, je „duch“ psán v uvozovkách, což naznačuje těžké uchopení a vysvětlení významu tohoto slova, jak zmiňuje Max Weber. Dále hovoří o tom, že pro objasnění tohoto pojmu nelze hned napsat přesnou definici „ducha“, ale že se k němu musí přiřazovat mnoho dalších souvislostí, které bude vysvětlovat v celé kapitole. Pro lepší objasnění slov „duch“ kapitalismu používá Weber věty vyřčené Benjaminem Franklinem. Pro dokreslení tohoto termínu jsem se rozhodla přepsat pár vět z výše zmiňovaného textu B. Franklina: *„Ze šesti liber ročně můžeš mít užitek sta liber za předpokladu, že jsi mužem známým svou rozumností a počestností. Kdo denně bez užitku vydává groš, vydává bez užitku šest liber ročně a to je cena užitku ze sta liber. Kdo denně část svého času promrhá za groš, ten, počítáme-li den za dnem, ztrácí výsadu zužítkovat sto liber ročně.“* (Weber, 2009, s. 195).

Pojem „Duch“ kapitalismu Weber vysvětluje jako základní myšlenku, která je specifická pro protestantskou etiku. Weber nám tedy předkládá myšlenku, že „duch“ kapitalismu je určitý typ etiky, který po člověku vyžaduje

rozšiřování jeho kapitálu a majetku. Avšak potěšení má přicházet z pocitu dobře vykonané práce a naplněného povolání. Do popředí vychází myšlenka, že ctností je to, co je prospěšné, a prospěšné je právě to, co nás dovede k navýšení zisku. Proto vzniká kultura kapitalismu ruku v ruce s „duchem“ kapitalismu, který odůvodňuje vydělávání peněz a rozšiřování majetku (Weber, 2009).

Pro „ducha“ kapitalismu je typická výkonnost, která je založená na racionalitě a odstranění postupů, které jsou založené na tradici. Právě tradicionalismus se jeví jako velký protivník, se kterým musel „duch“ kapitalismu bojovat. Tradicionalismus znamená svazující život, který dává člověku své místo. Z tohoto místa člověk nemá možnost vystoupit a svobodně rozvíjet osobní životní plány, má omezenou možnost obchodovat, podnikat a vydělávat. A podle Webera právě katolicismus podporuje tradicionalismus, na rozdíl od protestantismu. Protestanti podle Webera chápou práci jako povolání, které bylo jedinci předurčeno Bohem. Proto je práce protestanty vnímaná jako účel sám o sobě, a není vnímána jako prostředek pro udržení si stejné životní úrovně (Weber, 2009; Loužek, 2010).

V neposlední řadě se Weber v této kapitole zabývá významem racionalismu v souvislosti s „duchem“ kapitalismu. Hovoří o racionalismu jako o světě protikladů, ve kterém se musíme zorientovat, a najít, odkud vznikla myšlenka povolání, a tak iracionální domněnka o odevzdanosti práci v povolání. Právě tuto iracionální myšlenku Weber vnímá jako jednu z nejcharakterističtějších součástí kapitalistické kultury. Iracionalitu v tomto jevu vidí právě v tom, že povolání (jako být povolán Bohem k něčemu) za účelem peněžního zisku, je z hlediska náboženství naprosto nemístné (Weber, 2009).

Dalším důležitým pojmem Weberova výkladu je askeze. Asketický postoj Max Weber charakterizuje jako „...specifické nadání jednat aktivně eticky s vědomím, že jednání řídí Bůh: že je člověk božím nástrojem“ (Weber, 1998, 278). Askezi dále dělí na mimosvětskou a světskou. Jako mimosvětskou askezi vnímá odloučenost od světa, která zahrnuje vzdání se všech pozemských zájmů, jako například odloučení od rodiny, majetku, erotických, politických,

ekonomických zájmů aj. Sociální vztahy mimosvětská askeze vnímá jako pokušení, především protože odvádí člověka od jednání vedoucího ke spáse k plnění běžných povinností průměrného člověka.

Světská askeze je Weberem popisována jako opak mimosvětské. Je charakterizována jako setrvávající a věnovaná tomuto světu. Jedinec je vyvoleným božím nástrojem, který má svaté myšlení a je zde, aby jednal pro svět. Svět je jeho „uloženou povinností“ (Weber, 1998, s. 279), a jeho úkolem je ho přetvářet podle asketického ideálu. Weber označuje světského asketu jako racionalistu a reformátora, který se ve světě, jenž je plný hříchů a pokušení, obětuje a pokud je to možné, tak proti nim také bojuje. Řád světa se pro asketu stává povoláním, které musí racionálně naplnit. S naplňujícím povoláním je asketa obdařen ziskem, který je známkou Božího požehnání. Avšak není přípustné, aby se jím kochal, a proto jej musí dále racionálně využít. Stejně tak se má střízlivě a racionálně nakládat s erotikou, vášní, světskou mocí... Proto je velice důležité, aby člověk měl jasný cíl: „*bděle metodicky ovládat svůj způsob života*“ (Weber, 1998, s. 280).

K světské askezi se také řadí asketické protestantství, které vnímá jako důkaz náboženské kvalifikace osvědčení člověka v řádu světa (Weber, 1998). Asketický protestantismus dále také formuluje koncepci povolání. Tato teorie přikládá důležitost pevnému povolání. Díky němu pracovník vykoná svou práci řádně, kdežto člověk bez pevného povolání utrací více času lenošením, a od své práce odbíhá. Weber hovoří o životě bez povolání jako o nesystematickém, který ztrácí metodičnost. Skrze svědomitost dochází k osvědčení spásy a procvičování ctnosti. Právě racionální práci v povolání žádá Bůh. Užitečnost a bohulibost povolání se určuje mravním měřítkem, důležitostí produkovaných statků pro celek a soukromohospodářskou výnosností. Pokud bez úhony pro duši a zákonným způsobem člověk může přijít k zisku, je potřeba ho přijmout jako Boží dar, se kterým je potřeba dále racionálně pracovat a využít ho, protože to je jeho povolání. Pouze tehdy, kdyby bohatství člověka svádělo k lenosti a hříšným prožitkům, je potřeba jej odmítnout a vnímat ho jako nepravost (Weber, 1997).

Vnímám důležitost této kapitoly především v objasnění vnímání světa očima asketů, protože obezita na protestanty může působit jako neasketická, naprosto nemolární a odsouzeníhodná.

3.2 Peter L. Berger

Ráda bych se v této kapitole věnovala představení teorie Petera Ludwiga Bergera, který je považován za jednoho z nejznámějších sociologů 20. století v Americe. Zvolila jsem tohoto autora k rozšíření teorie o protestantské etice, protože kromě klasických sociologických otázek, které zodpovídá ve svých publikacích, se dále věnuje podobně jako Max Weber moderní společnosti jako takové a jaký na ni mají vliv náboženské víry. V kapitole se budu věnovat objasnění Bergerovy teorie, dále pak odlišnostmi výkladu pojmů kapitalismus, duchovní kapitalismus, společnost a náboženství mezi Weberovou a Bergerovou teorií.

Peter L. Berger byl ovlivněn učením Maxe Webera, jeho výkladem protestantské etiky a jeho vnímáním moderní společnosti. Jak lze z Bergerovy teorie pochopit, oslovilo ho především Weberovo pojetí sociologie náboženství a vliv víry na celkové sociální postavení ve společnosti. Značný vliv Maxe Webera na Petera L. Bergera lze objevit v jeho teoriích, kde pojmy, které Peter L. Berger popisuje, se v mnohém podobají názvoslovím i výkladem právě pojmům Maxe Webera. Jako příklad lze uvést Bergerův „duchovní kapitál“ oproti Weberovým „duchem kapitalismu“ atd.

Bergerův výklad kapitalismu byl také v mnohém ovlivněn právě Maxem Weberem, který zdůrazňoval, že ještě mnohem dříve před samotným kapitalismem se samostatně vyskytovalo podnikání, které bylo součástí celkové ekonomiky státu. Jak se zmiňuji již v samostatné kapitole o Maxu Weberovi, nejdříve lidé dosahovali zisku za pomoci směny. Kdybychom již směnou zboží měli hovořit o vzniku samostatného podnikání, lze říci, že se vyskytovalo skoro v celé historii lidstva (Weber, 2009).

Před samotným výkladem kapitalismu, jak jej chápal Peter L. Berger, vnímám jako podstatné objasnit Bergerův pojem ekonomická kultura. Tento pojem je totiž nedílnou součástí celého výkladu teorie kapitalismu dle Bergera. Ekonomická kultura mimo jiné do značné míry vychází z Weberova pojmu „duch kapitalismu“. Tento pojem se věnuje kulturnímu, sociálnímu a politickému odvětví, ve kterém probíhají ekonomické procesy. Avšak jak sám Berger upozorňuje, kultura dle jeho teorie neovlivňuje ekonomiku, či naopak (Berger, 1993).

Nyní zpět k pojmu kapitalismu. Berger nabízí více variant výkladu kapitalismu, jedna z nich je jeho definování pomocí ekonomické kultury. V tomto případě bychom kapitalismus chápali jako druh ekonomického systému, který má určité empirické a společenské projevy. Berger dále kapitalismus dává do souvislosti s technikou a dalšími změnami ve společnosti, které moderní doba přináší. Berger spojuje ekonomickou kulturu se změnami techniky a společnosti, a tím zakončuje jeho teorii kapitalismu (Berger, 1993).

Stejně jako Max Weber, tak i Peter L. Berger se zabývá společností jako takovou. Avšak ji popisuje jako: „*Společnost je dialektickým jevem v tom smyslu, že je lidským výtvorem a ničím jiným než lidským výtvorem, který ovšem na svého tvůrce bez přestání zpětně působí... Lze však zároveň tvrdit, že člověk je výtvorem společnosti... Člověk nemůže existovat mimo společnost*“ (Berger, 2018, s. 19). Právě v této vztahovosti vnímám výše zmiňovanou dialektickou povahu společnosti. Berger dále uvádí, že dialektický vývoj společnosti se skládá ze tří kroků: externalizace, objektivizace a internalizace. U externalizace je zapotřebí antropologické nutnosti, která člověka nutí k projevení sebe sama do svého okolí a k utváření své reality. Další fází dialektického vývoje společnosti je objektivizace, která je dle Bergera naprosto klíčová. Zde se veškeré projevy člověka do okolí během období externalizace stávají objektivní skutečností a již nejsou na člověku závislé. Jako příklad procesu objektivizace lze uvést jazyk, který dává sociálnímu světu logiku. Díky němu lze předávat osobní, či kolektivní zkušenosti a ty dále objektivovat. Posledním krokem je internalizace, která

nastává v okamžiku, kdy je jednatel subjektivně i objektivně samostatnou identitou. Jednatel dále pokračuje v rozhovoru, aby byl udržován jako osoba v jejím budoucím životě. Na základě internalizace dochází ke konstruování sociálního světa, a tím i sebe sama (Berger, 2018).

Dalším zajímavým pojmem Bergerovy teorie je duchovní kapitál. Je velice zajímavé, jak i pojmenováním jevu, tak i jeho výkladem se opět hodně přibližuje Weberovým pojmům duch kapitalismu, který je součástí celého výkladu protestantské etiky. Takový pojem prvně Berger přednesl na konferenci v roce 2003 v Metanexus k plánovanému výzkumnému programu „Spiritual Capital Research Program“. K této příležitosti byly Bergerem a dalšími jeho spolupracovníky vypracovány odborné materiály, které blíže vyjasňovaly teoretické vymezení pojmu duchovní kapitál. V některých oblastech se tyto výklady u různých spolupracovníků lišily, avšak Berger a Hefner opět vztahují termín duchovní kapitál k duchu kapitalismu, jak jej vysvětluje Max Weber (Vobořilová, 2010).

Dále bych se ještě zmínila o celkovém pojetí protestantské etiky u Petera L. Bergera. S Maxem Weberem souhlasí a tvrdí, že je protestantská etika stále aktuální a živé téma. Berger poukazuje na mnoho vyvstávajících otázek z Weberovy teorie protestantské etiky. Dále shrnuje teoretické zázemí do čtyř hlavních okruhů. Jedním z nich je otázka, zda Weberův duch kapitalismu opravdu stál za zrodem moderního kapitalismu. Dalším tématem, který Berger otevírá, je otázka, do jaké míry je role idejí důležitá pro sociální změnu. Pokládá také dotaz k zamyšlení, zda lze vnímat protestantskou etiku jako nástroj k rozkódování historie. Pro Bergera je však nejdůležitější myšlenka, zda protestantskou etiku můžeme vnímat jako klíč pro pochopení dnešní doby, popřípadě do jaké míry. Berger tuto myšlenku rozšiřuje, protože Max Weber opomíjí ve své teorii aspekty vzdělání dětí a k zvýšenému úsilí vytvářet neelitní seskupení (Vobořilová, 2010).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE

Pro svůj výzkumný záměr jsem zvolila kvantitativní metodu, která přináší číselná data měřením proměnných. Tento druh šetření se zabývá vztahy mezi proměnnými, proto je jeho cílem zkoumání vztahu proměnných mezi sebou (Punch, 2008).

Podobný výzkum jsem již aplikovala ve své bakalářské práci, ve které jsem použila papírovou formu dotazníku a předkládala jsem ho ženám starším osmnácti let. Bohužel se mi vrátilo pouze čtyřicet dva dotazníků, a proto jsem celý projekt vnímala především jako výzkumnou sondu, která by mohla předcházet výzkumnému záměru v diplomové práci. Dále byl tento dotazník nepatrně obecnější, protože jsem hledala korelace mezi protestantskou etikou, anti-obézními názory a celkovou životní spokojeností respondentek. Reichel o dotazníkové metodě, spolu s rozhovorem, hovoří jako o velice rozšířené, tradiční technice sociálního výzkumu. (Reichel, 2009, 118). Jednalo se o strukturovaný dotazník, kde jsou otázky seřazeny v určitém pořadí, na které má respondent odpovědět (Reichel, 2009).

Nyní jsem k realizaci výzkumu použila online dotazníkové šetření, které bylo zveřejněno na webových stránkách www.vyplnto.cz. Díky sdílení na sociálních sítích a oslovení kamarádů, rodiny, širšího příbuzenstva, ale i náhodných potenciálních respondentů v mnoha různorodých online skupinách se mi podařilo získat větší kvantum vyplněných dotazníků, které se nakonec zastavilo na 432 respondentech. Bohužel jsem musela necelých 100 vyplněných dotazníků vyřadit kvůli stanovené minimální věkové hranici. Do svého výzkumu jsem mohla použít 348 dotazníků dle stanovených kritérií. Vztah plynoucí z dotazníkového průzkumu mezi protestantskou etikou, depresivitou a vnímáním obezity u žen a mužů, byl zjišťován pomocí korelační studie.

4.1 Cíle výzkumu

Vzhledem k zajímavým korelacím z předchozího výzkumu, který jsem provedla ve své bakalářské práci, jsem se rozhodla svůj záměr opakovat s drobnými úpravami i nyní. Především jsem zvolila online podobu dotazníkového šetření, dále jsem průzkum rozšířila o respondenty mužského pohlaví, plně anonymizovala a zkonkretizovala jednu subtestovou část v dotazníkové baterii. V bakalářské práci jsem měla zařazený obecný sub-dotazník na životní spokojenost, ten jsem vyřadila a místo něj jsem zvolila konkrétnější, který se zabývá měřením intenzity deprese.

Jak jsem se již zmínila výše, vzhledem k zajímavým korelacím jsem se rozhodla pro porovnání dat bakalářské a diplomové práce. Sběr dat byl nyní rozšířen o větší spektrum respondentů a měl poupravenou dotazníkovou baterii. Ve výzkumu jsem se proto snažila objasnit otázku, zda se liší sebehodnocení žen a mužů s normální váhou a nadváhou, v souvislosti s protestantskou etikou a intenzitou deprese. Snažila jsem se objasnit, zda má míra vyznávání protestantské etiky vliv na intenzitu sebehodnocené deprese u žen a mužů, kteří působí dojmem, že nejsou asketičtí. Člověk, který je asketický, je ochoten vzdát se vlastního komfortu, aby pokročil, či dosáhl svého stanoveného životního cíle.

Především jsem se zaměřila na to, zda souvisí intenzita vnímané deprese u respondentů s jejich BMI, konkrétně jestli respondenti s nadváhou mají nižší míru deprese než ti s normální váhou. A dále, zda vnímaná deprese závisí na míře vyznání protestantské etiky.

Normální tělesnou hmotnost vnímám v rozmezí BMI od 18,50 do 24,99. Nadváha je dle WHO charakterizovaná BMI od 25 a výše. Více se nadváhou a obezitou zabývám v první kapitole diplomové práce (WHO, 2016).

Hlavním cílem výzkumu proto bylo zmapovat míru deprese a vnímání obezity u žen a mužů ve věku starších osmnácti let. Nedílnou součástí bylo zaměření se na protestantskou etiku, konkrétně do jaké míry každý z respondentů s protestantskou etikou sympatizuje.

4.2 Výzkumné hypotézy

Jako vstupní hypotézy výzkumu jsem zvolila:

H1: „Zvyšující BMI u mužů i žen bude kladně korelovat se zintenzivňující se mírou deprese.“

H2: „Čím silnější bude sympatizace respondentů s protestantskou etikou, tím se bude zvyšovat vztah mezi BMI a mírou pocíťované deprese.“

H3: „U žen budou korelace mezi BMI, depresí a anti-obézními názory silnější než u mužů.“

Tyto hypotézy mají podobný záměr, jako výzkumná hypotéza v mé bakalářské práci, která zněla H: „Ženy s nadváhou a sympatizující s protestantskou etikou pocíťují větší zklamání ze sebe samých a méně si váží sebe samých než ženy s normální váhou nebo než ženy s nadváhou, které nevyznávají protestantskou etiku.“

4.3 Výzkumný soubor

Výzkumný vzorek se skládá z žen a mužů, kteří jsou starší osmnácti let. Stejně jako v bakalářské práci jsem měla mnoho důvodů, proč stanovit minimální věk respondentů. Rozhodla jsem se především proto, že věk osmnáct let je v České republice důležitým mezníkem, který přináší větší zodpovědnost za sebe sama jak ze společenského, tak i právního hlediska. Dále je toto období charakteristické uvažováním a vytvářením si subjektivního názoru na sebe sama a na nynější i budoucí život. I názory na vzhled, image a své tělo, motivaci a preferenci budoucího povolání jsou již u adolescenta v tomto věku stálejší.

Horní hranice, ani žádná další kritéria pro můj výzkumný soubor nebyla stanovena. Naopak mým cílem bylo získat respondenty, kteří se liší věkem, váhou, vzděláním, sociálním a finančním zázemím.

Zpočátku jsem zpět získala 432 dotazníků, avšak jsem musela necelých 100 vyřadit kvůli stanovené minimální věkové hranici. Proto jsem nakonec, jak

jsem již uvedla výše, celkem sesbírala 348 dotazníků, z toho je vyplnilo 328 žen a 20 mužů s věkovým rozpětím od 18 do 65 let (M=21; SD 3,91). Návratnost dotazníku se pohybovala kolem 60 %.

4.4 Etika výzkumu

Sběr dotazníků probíhal v anonymitě. Při vyhodnocování se jednotliví respondenti odlišovali náhodně vygenerovanými číselnými kódy a také QR kódy z webových stránek, kde dotazníky byly vyplňovány. Úplná anonymizace byla jedna z věcí, kterou jsem přepracovala oproti sběru dat v bakalářské práci. Tam měli respondenti uvádět svá křestní jména pro mou následnou lepší orientaci a práci s daty. Avšak získala jsem zpětnou vazbu, že takto osobní dotazníky respondentky nechtěly vyplňovat ze strachu z odhalení jejich identity. Proto jsem se nyní rozhodla zvolit raději neosobní formu online dotazníků s naprostou anonymitou respondentů.

Na začátku dotazníkové baterie byl přiložen průvodní dopis, který přikládám níže.

„Dobrý den,

ráda bych Vás poprosila o vyplnění následující sady dotazníků. Výsledky budou zpracované a využité v mé diplomové práci na Pražské vysoké škole psychosociálních studií.

Vaše odpovědi pro mě budou důležitou informací a přispějí mi k hlubšímu poznání problematiky, kterou se v diplomové práci zabývám.

Dotazník může vyplnit každý, jediné omezení je věk, respondent musí být starší osmnácti let.

*Formulář představuje sadu dotazníků. U jednotlivých dotazníků jsou vždy uvedeny přesné instrukce, jak jednotlivý dotazník vyplnit. Většinou jde o výběr jedné z několika možných odpovědí. Pokud si nebudete s odpovědí jistí, zvolte prosím možnost, která se nejvíce blíží Vašemu názoru. **Prosím Vás o vyplnění všech dotazníků a zodpovězení každé otázky.***

Vaše odpovědi budou zpracovány zcela anonymně. Údaje, které mi poskytnete, nezpřístupním žádné třetí osobě, ani je nikdy nezveřejním způsobem, který by umožňoval Vaši identifikaci.

Prosím Vás o úplné a pravdivé vyplnění všech dotazníků. Na otázky neexistují dobré ani špatné odpovědi, vždy záleží pouze na Vašem subjektivním názoru a postoji.

Děkuji Vám za pomoc a účast na výzkumu.“

5 REALIZACE VÝZKUMU

Ve své bakalářské práci jsem se k realizaci takového výzkumu inspirovala ze dvou výzkumů, které byly podobně zpracované a realizované v Americe. Zaměřují se na vztah mezi protestantskou etikou a psychickou pohodou ve vnímání obezity a normální váhy u žen. Tento výzkum byl aplikován na 400 studentkách, studujících v Americe univerzitu (Quinn a Crocker, 1999) [překlad autorkou této práce].

Vzhledem k tomu, že v bakalářské práci se mi nepodařilo získat potřebný počet respondentů, aby výsledky měly širší vypovídající hodnotu, rozhodla jsem se ve výzkumu pokračovat i ve své diplomové práci a dále ho rozšířit.

5.1 Sběr dat

Data jsem sbírala pomocí online dotazníkové studie. Odkaz na svůj výzkum jsem vkládala na sociální sítě, do online skupin na facebookových stránkách, dále jsem požádala o šíření odkazu a vyplnění rodinu, kamarády, kolegy z práce a další blízké osoby. Vždy jsem prosila o co nejrůznorodější respondenty. Využila jsem i velkého počtu „followerů“ jedné mé kamarádky na sociální síti Instagram, kde mým jménem žádala své odběratele o vyplnění dotazníků. Kdybych to měla srovnat s předchozím papírovým dotazníkem, online forma šetření byla mnohem snadněji šířitelná a celkově ji považuji za zajímavější pro mé respondenty než papírovou podobu. Přisuzuji to rychlejšímu, snadnějšímu a širšímu dosahu na respondenty a také možná větší anonymitě respondentů.

Svůj výzkum jsem zveřejnila na webových stránkách 25. listopadu 2017 a ukončila 31. května 2018. Celkem jsem sesbírala 432 a z toho využila 348 dotazníků.

Dotazníkovou studii jsem zhodnotila jako nejvhodnější, vzhledem ke kvantitativnímu výzkumu a dále jsem chtěla použít stejný způsob sběru dat jako u mého předešlého výzkumu.

Stejně jako v předchozím průvodním dopise, i v tomto jsem uvedla pouze velice obecné informace k tématu výzkumu, aby respondenti nebyli ovlivněni záměrem a celkovým konceptem mé diplomové práce.

Dotazníková baterie se skládala ze tří samostatně používaných dotazníků: Protestant ethic scale (PES), Antifat attitudes scale (AFAS) a Beckova sebeposuzovací škála deprese pro dospělé (BDI II).

Dotazník Antifat attitudes scale jsem musela již ke svému předchozímu výzkumu překládat z anglického jazyka, protože není normován do českého jazyka. Informace o tomto dotazníku jsem si již dříve nastudovala v knize Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight-Related Problems. Zde jsem především hledala informace o jeho možnostech využití, dále jsem se zde dočetla, že reliabilita tohoto dotazníku se na Cronbachově škále pohybuje od 0,7 do 0,77. (Allison a Baskin, 2009) [překlad autorkou této práce].

5.2 Zpracování dat a jejich analýza

Získaná data z dotazníkové studie jsem převedla do číselné podoby podle předem zvoleného kódu v programu Microsoft Excel.

Dále následovalo statistické vyhodnocení dat v programu SPSS. Realizovala jsem především korelační a regresní analýzu. Ze získaných tabulek s korelacemi mezi jednotlivými odpověďmi jsem vzájemně srovnávala znaky, které by se shodovaly, a vyplývaly z hypotéz. Dále jsem analyzovala a interpretovala získané grafy. Pearsonův korelační koeficient, který jsem v mém výzkumu použila, by měl dosáhnout hodnot od 0,3 do 0,4, aby mohla být

korelace považována za přínosnou a zajímavou (Hendl, 2015, s. 253). Dle předem zvolených hypotéz jsem porovnávala vztahy mezi BMI a PES s BDI II.

6 POUŽITÉ METODY A JEJICH CHARAKTERISTIKY

6.1 BMI

Abych byla schopna každého respondenta zařadit do kategorie tělesné hmotnosti, použila jsem index BMI. Tento index klasifikuje podváhu, nadváhu a obezitu u dospělých. K výpočtu BMI je potřeba váha v kilogramech a výška v metrech. Výpočet se poté provádí kg/m^2 (WHO, 2016).

Dle WHO je podváha charakterizovaná v BMI pod 18,5. Normální váha se pohybuje v rozmezí BMI od 18,5 do 24,99; nadváha BMI od 25 do 30; a obezita je v BMI vyšší než 30.

Domnívám se, že BMI je celosvětově nejznámější klasifikací váhové kategorie. Mezi její další výhody patří jednoduchý a rychlý výpočet, který nám během chvíle ukáže, kde se naše hmotnost k naší výšce pohybuje.

Jedinou nevýhodu, kterou v této metodě sledávám, je dost velká obecnost, především v nerozlišování pohlaví ve výpočtu. Myslím si, že je rozdíl, když muž a žena váží ve stejné výšce stejnou hmotnost. Ale díky četnosti používání BMI jsem i přes některé jeho nevýhody tento vzorec použila.

Abych byla schopna vypočítat BMI, v dotazníku jsou jedny z prvních otázek na výšku a váhu.

Ještě bych v závěru pro upřesnění ráda zmínila, že v bakalářské práci jsem porovnávala odlišnost vnímání všech proměnných na základě podprůměrného, či nadprůměrného BMI. V diplomové práci jsem BMI zařadila mezi proměnné, u kterých jsem hledala korelace na základě odlišnosti pohlaví.

6.2 PES

Protestant ethic scale je škála, která se zaměřuje na otázky životního postoje k výkonu, penězům a dalším otázkám, kterými se protestantská etika zabývá. Při využití této škály vyjdou výsledky, které hodnotí náklonnost respondenta k protestantské etice. Autory této škály jsou Mirels a Garrett (1971) [překlad autorkou této práce].

Dotazník se skládá z osmnácti výroků, ke každému má respondent přiřadit číslo od jedničky do sedmičky, kdy jedna znamená silný nesouhlas, a sedm silný souhlas. Po sečtení odpovědí, a velikosti výsledku se určuje, do jaké míry respondent sympatizuje s protestantskou etikou.

V diplomové práci jsem překódovala vyhodnocovaná data ze subtestu PES tak, abych získala lepší přehlednost ve výsledných skórech. Proto je nyní zapotřebí výsledným datům rozumět tak, že čím vyšší skóre získal respondent v tomto dotazníku, tím vykazuje vyšší náklonnost k protestantské etice.

Pro úplnost v závěru příkládám reliabilitu tohoto subtestu, která vyplývá z výzkumu v diplomové práci. PES získal celkem vysokou reliabilitu, kdy Cronbachova alfa dosáhla hodnoty 0,734. Ještě pro srovnání uvádím data z výzkumu z bakalářské práce, kde u totožného testu na protestantskou etiku dosáhla Cronbachova alfa hodnoty 0,694.

6.3 AFAS

Tímto dotazníkem jsem se inspirovala ze zahraničních studií. Našla jsem ho pouze v anglickém znění a překládala jsem ho do českého jazyka. Jeho autory jsou Morrison a O'Connor (1999) [překlad autorkou této práce].

V knize Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight-Related Problems jsem našla zbylé informace k použití tohoto dotazníku (Allison a Baskin, 2009) [překlad autorkou této práce].

Tento dotazník se skládá z pěti tvrzení, které lze ohodnotit od A do E, kdy odpověď A znamená, že proband s výrokem silně nesouhlasí a odpověď E znamená silný souhlas.

Opět se odpovědi bodují způsobem, že odpověď A značí jeden bod, a odpověď E znázorňuje pět bodů. Dále to znamená, že čím vyšší skóre, tím silnější souhlas s protiobězními postoji.

Dotazník Antifat attitudes scale (AFAS) má v mém provedeném diplomovém výzkumu nejnižší reliabilitu ze všech použitých subtestů, a to 0,548. V porovnání s obdrženými výsledky z bakalářského průzkumu, kdy AFAS získal na Cronbachově alfě skóre 0,553, lze zaznamenat, že u dotazníku AFAS zůstává reliabilita stále skoro totožná.

6.4 BDI II

Tento test ukončoval celou sadu dotazníků v mém šetření a byl do výzkumu nově zařazen. BDI II neboli Beckova sebeuposuzovací škála deprese pro dospělé je hojně používaný psychodiagnostický nástroj ke zjišťování přítomnosti a intenzity deprese. Tento subtest sestává z 21 položek, které se vyplňují formou tužka-papír. Každá položka ověřuje jeden z typických syndromů deprese. Respondent má vždy označit tu možnost, která nejlépe charakterizuje jeho pocity. Odpověď respondent vyznačuje na čtyřbodové škále, dle vnímané intenzity dotazovaného jevu od 0 do 3. Čím vyšší číslo je ve škále respondentem vybráno, tím vyšší je přítomnost daného symptomu. Při vyhodnocování testu administrátor sečte všechny získané skóre a dle norem srovnává intenzitu deprese respondenta (Gottfried, 2014).

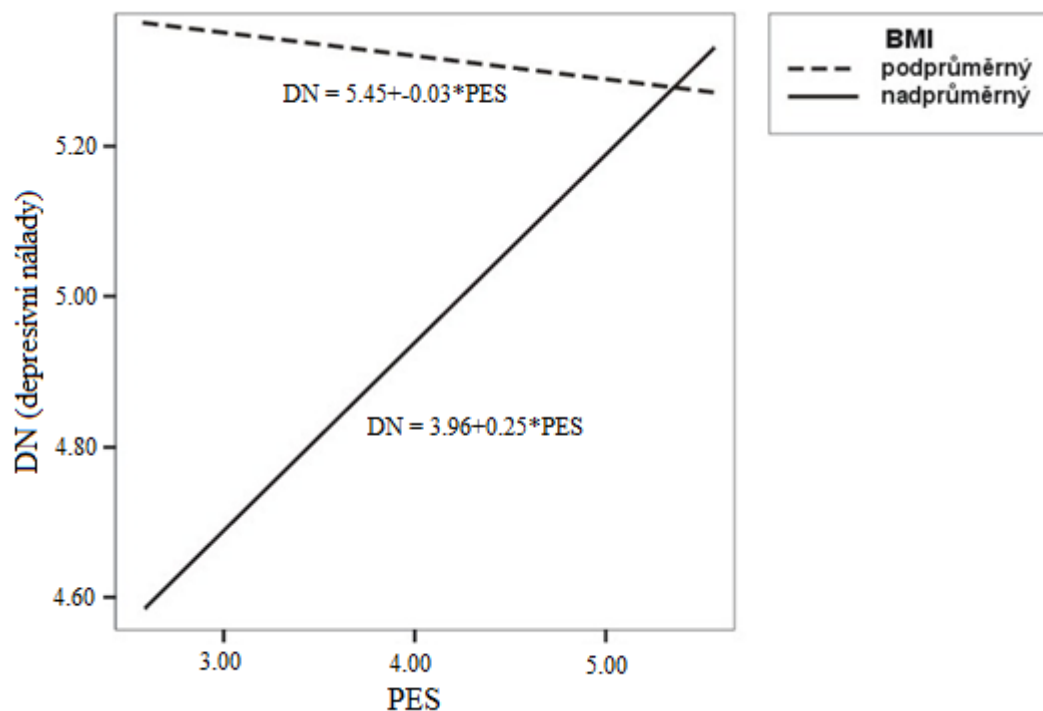
Normy, dle kterých se vyhodnocují výsledky testu, mají tato bodová odlišení: 0-13 bodů získaných v testu značí minimální, nebo žádnou depresi; 14-19 bodů pro mírnou depresi, 20-28 bodů pro střední a 29-63 pro těžkou depresi (Gottfried, 2014).

Ve většině studií sebeposuzovací dotazník BDI-II dosáhl hranice alespoň 0,7 v senzitivitě, avšak nejčastější její hodnoty se pohybovaly v rozsahu 0,8-0,9 (Wang a Gorenstein, 2013).

Beckova sebeposuzovací škála deprese pro dospělé (BDI II) byl závěrečný subtest, který ukončoval moji testovou baterii. Tento subtest získal celkově nejvyšší reliabilitu ze všech subtestů, a to 0,901.

Tuto sebeposuzovací škálu jsem nepoužila v mém výzkumném šetření v bakalářské práci, a proto dosažené výsledky nemůžu přesně porovnat. Avšak součástí výzkumu, který jsem provedla před dvěma lety, byl dotazník BSW-A, který se zaměřoval na celkovou životní spokojenost respondentek. Ten však nevyšel zdaleka s dostatečně silnou reliabilitou, a proto jsem v bakalářské práci interpretovala pouze jeho jednotlivé subškály, s jednotlivými hodnotami Cronbachovy alfy. Zde uvedu pouze reliabilitu subškály E, která se zabývala depresivními náladami respondentek, a proto souvisí s aktuálním výzkumem. Zde reliabilita vyšla 0,473, avšak při bližším vyhodnocování vztahu mezi BMI a depresivní náladou se ukázalo, že v případě podprůměrného BMI byl vztah mezi depresivní náladou a protestantskou etikou téměř lineární. Respondentky s BMI do 22,73 se zvyšující protestantskou etikou pociťovaly mírné snižování depresivních nálad. Naopak při nadprůměrném BMI respondentek byla přímka v grafu mnohem strmější a korelace mezi depresivní náladou a sympatizací s protestantskou etikou výraznější. Respondentkám s BMI nad 22,74 se proto depresivní nálada zvyšovala s narůstající protestantskou etikou.

Graf č. 1: Srovnání protestantské etiky a depresivní nálady



Z této komparace lze zaznamenat, že u dotazníku PES se reliabilita v diplomové práci zvýšila díky rozšíření výzkumného vzorku. Zaměněním obecného dotazníku na životní spokojenost (BSW-A) za konkrétní Beckovu sebeposuzovací škálu deprese (BDI II) byla zvýšena reliabilita subtestu z 0,473 na 0,901.

7 VÝSLEDKY

Výsledky jsem získala z programu SPSS v podobě tabulek a grafů, které jsem dále analyzovala a interpretovala.

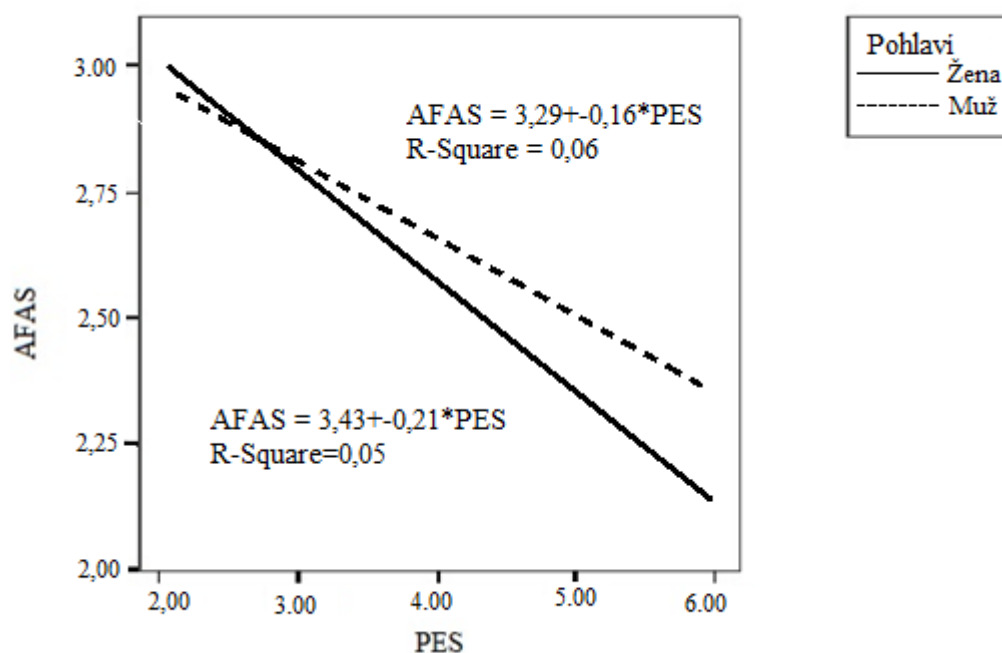
7.1 Interpretace výsledků

Nyní bych ráda uvedla zajímavé výsledky, které vyplývají z mého diplomového výzkumu. Na základě analýzy dat jsem dospěla k názoru, že veškeré pracovní hypotézy výzkum zamítá a korelační analýza nepotvrdila sílu jejich vztahu. To znamená, že intenzita vnímané deprese u respondentů nekoreluje s jejich BMI. Dále také musím konstatovat, že na základě mého

výzkumu nelze vyvozovat žádný vztah mezi mírou náklonnosti respondentů k protestantské etice a silou vztahu mezi pocíťovanou depresí a BMI. V neposlední řadě musím zamítnout mé předpokládané tvrzení, že ženy budou silněji ovlivňovány protestantskou etikou než muži.

Kdybych se měla zaměřit na jednotlivé korelace ve výzkumu, mezi statisticky významnější lze zařadit souvislost, že zvýšená sympatizace s protestantskou etikou (PES) zvyšuje anti-obézní názory respondentů (AFAS). Korelační analýza mezi těmito dvěma proměnnými ukazuje zápornou korelaci o síle -0,226. Na grafu číslo dva vidíme, že čím se zvyšuje sympatizace respondentů s protestantskou etikou, tím se zvyšují anti-obézní názory. Jak lze v grafu vidět, velké odlišnosti mezi ženským a mužským pohlavím nelze konstatovat.

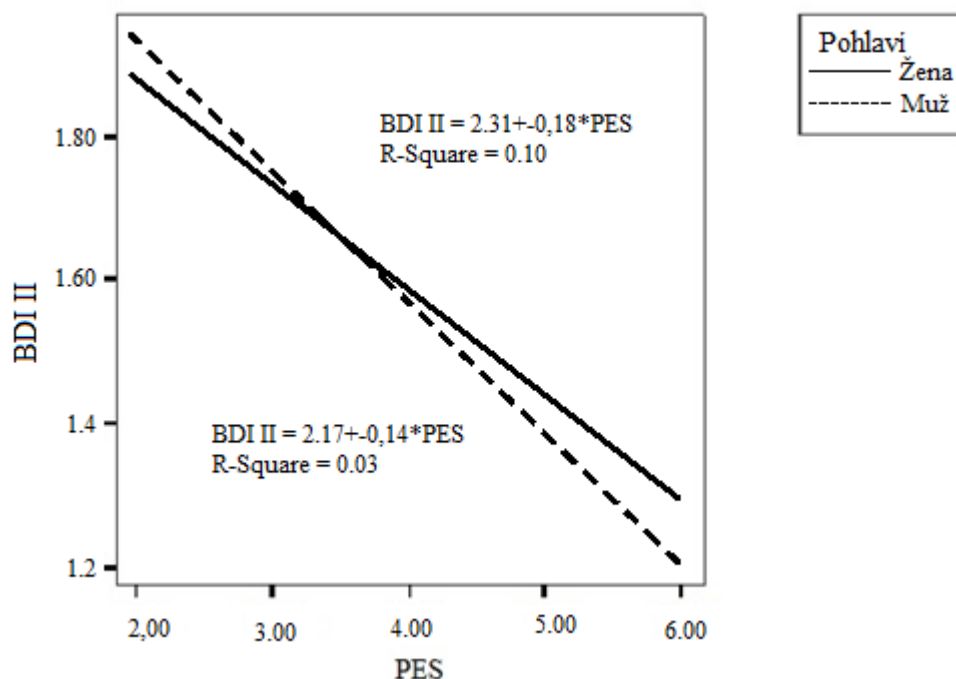
Graf č. 2: Srovnání protestantské etiky a anti-obézních názorů



Další korelace, která vyplývá z mého výzkumu, ukazuje, že vyšší náklonnost respondentů k protestantské etice (PES) zvyšuje subjektivně vnímanou intenzitu deprese (BDI II). Pearsonův korelační koeficient při použití korelační analýzy nabývá záporné statistické významnosti -0,179. Na grafu číslo

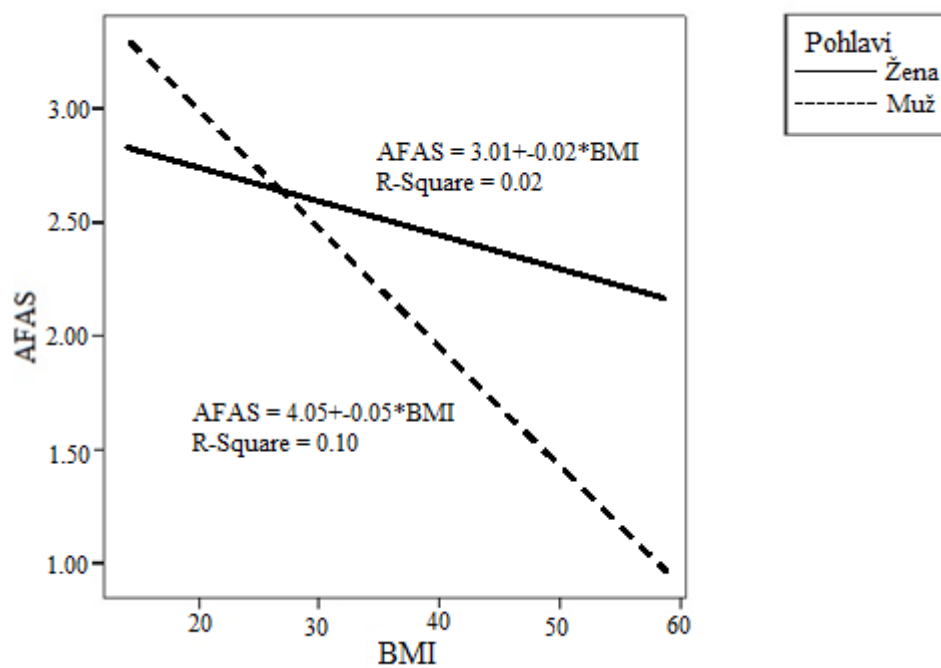
tři lze vidět srovnání dotazníku PES, který se zabývá sympatizací s protestantskou etikou a testu BDI II, který zjišťuje úroveň deprese. Z grafu vyplývá, že zvyšující náklonností respondentů k protestantské etice se také zvyšuje vnímaná deprese. Opět nelze zaznamenat výrazný rozdíl mezi pohlavím.

Graf č. 3: Srovnání protestantské etiky a míry deprese



Poslední významná korelace ve výzkumu vyšla mezi vztahem dotazníku AFAS, který se zabývá protiobézními názory a BMI. Zde vyšla kladná korelace v Pearsonovém korelačním koeficientu o síle 0,154. Jak lze vyčíst z grafu, s narůstajícím tělesným indexem BMI se snižují anti-obézní názory. Zde je vhodné ještě podotknout, že pouze u této korelace lze zaznamenat nejvýraznější rozdíl mezi muži a ženami. Ženy mají přímku více lineární, takže korelace plynoucí z tohoto vztahu není tak významná jako u mužů, kde je přímka mnohem strmější. Z toho vyplývá, že korelace je u mužů významnější.

Graf č. 4: Srovnání indexu tělesné hmotnosti a anti-oběžných názorů



Pro úplnost jsem chtěla nově získané výsledky srovnat s těmi z bakalářské práce. Jak jsem již uváděla výše, Pearsonův korelační koeficient mezi dotazníkem PES a AFAS se nyní rovnal -0,226 a v bakalářské práci vyšel -0,048. Tak, že nárůstem respondentů se síla korelace zvýšila. Subtesty PES a BDI II v diplomové práci vyšly s korelací ve výši -0,179. V bakalářské práci lze porovnat subtest PES a subškálu na depresivní nálady v subtestu BSW-A, kde korelace byly téměř nulové, o síle 0,016. Poslední srovnání, které provedu, je mezi dotazníkem AFAS a BMI, kdy v diplomové práci korelace vyšla o síle 0,154 a v bakalářské práci 0,169. Toto porovnání je zajímavé, že se lehce korelace snížila s přidáním vyššího počtu respondentů a mužského pohlaví.

Dále jsem ve výzkumu provedla regresní analýzu, kde jsem se snažila objasnit vztah mezi proměnnými PES a BMI, který byl v korelační analýze skoro nulový, s Pearsonovým korelačním koeficientem ve výši 0,021. Avšak i když je korelace mezi těmito dvěma proměnnými nezávislá, zde se ukázalo, že obě

nezávisle predikují postoj k obezitě, o síle: $R=0,271$. Ještě bych ráda poukázala na fakt, že tato predikce je nejvýznamnější, ve srovnání s ostatními korelacemi popsány výše.

8 DISKUZE

Praktická část diplomové práce vychází z výzkumného záměru z bakalářské práce. Díky navázání tématu jsem měla možnost výzkumný záměr rozšířit a předejít veškerým nedostatkům, které jsem objevila v bakalářském výzkumu. Konkrétně jsem rozšířila počet respondentů, do výzkumu jsem zahrнула i respondenty mužského pohlaví a dále jsem vyplňované dotazníky zcela anonymizovala, díky vyřazení dotazu na jméno, ale také online variantou účasti na výzkumu, kterou jsem nahradila místo dřívější formy tužka-papír.

Díky předchozí výzkumné práci jsem získala cenné orientační závěry, které mě obohatily mnoha zkušenostmi, a které jsem mohla dále využít v tomto výzkumném záměru. Domnívám se, že jsem již datům a statistice lépe rozuměla a na základě lepšího pochopení jsem mohla dojít ke kvalitnějším a propracovanějším závěrům. Práce s daty pro mě již byla srozumitelnější a rychleji pochopitelná.

Došla jsem k novým, zajímavým zjištěním, která jsou přesnější na základě vyššího počtu dat a širšího spektra respondentů.

Hlavní nedostatek výzkumu pocítuji v malém počtu respondentů mužského pohlaví v porovnání s ženským. Lze si pokládat otázku, zda by se lišily závěry ohledně odlišnosti názoru mezi pohlavími, v případě většího počtu zúčastněných mužů. Dále bych také uvítala různorodější respondenty v oblasti jejich věku a váhy. K úplnosti bych ráda uvedla, že tento výzkum slouží čistě k teoretickým závěrům, které lze velice těžko aplikovat do praktické oblasti psychologie. I tento fakt lze vnímat za nedostatek.

ZÁVĚR

Hlavním záměrem diplomové práce bylo navázání na téma bakalářské práce a další jeho rozpracování. K převzatým a dále rozvinutým tématům patří oblast protestantské etiky, obezity, ideálu krásy a hodnocení těla. Díky dalšímu studiu těchto teoretických oborů jsem je mohla dále rozšířit a obohatit o další poznatky. Dále jsem také vycházela z posudků, které jsem obdržela k mé bakalářské práci a nedostatky či postřehy v nich popisované mi byly inspirací pro zlepšení kvality mé diplomové práce.

Dále jsem do teoretické části práce přidala i další kapitoly, o kterých jsem se v bakalářské práci nezmiňovala, a které mi pro diplomovou práci připadají přínosné a potřebné. Mezi tato témata patří například psychologické aspekty obezity, gender, celá kapitola deprese, rozvinutí kapitoly protestantské etiky o myšlenky Petera L. Bergera a například filozofické a estetické zázemí a výklad pojmu krásy. Kapitola týkající se deprese, která uzavírá celou teoretickou část diplomové práce, přidává teoretický rámec praktické části diplomové práce.

Experimentální část se zaměřuje na provedení kvantitativní výzkum. Ten se zaměřoval na sběr dat od respondentů mužského a ženského pohlaví, starších osmnácti let. Také navazoval na bakalářský výzkum a dále jej rozvíjel. Položila jsem si otázku, zda síla náklonnosti respondentů k protestantské etice ovlivňuje jejich anti-obézní názory a míru deprese. Dále jsem předpokládala, že tento vztah bude umocňován pohlavím a to tak, že ženy budou pocítovat ještě silněji anti-obézní názory a depresi než muži s narůstající sympatizací s protestantskou etikou.

Mé hypotézy zněly:

H1: „Zvyšující BMI u mužů i žen bude kladně korelovat se zintenzivňující se mírou deprese“

H2: „Čím silnější bude sympatizace respondentů s protestantskou etikou, tím se bude zvyšovat vztah mezi BMI a mírou pocítované deprese“

H3: „U žen budou korelace mezi BMI, depresí a anti-obézními názory silnější než u mužů.“

Ani jednu z těchto hypotéz výzkum nepotvrdil. Za hlavní zjištění celého výzkumného záměru považuji fakt, že provedená regresní analýza objasňující vztah mezi nezávislými proměnnými PES a BMI vyvozuje, že obě tyto proměnné predikují postoj k obezitě o síle: $R=0,271$. Tato predikce také vyšla jako nejvýznamnější v porovnání s ostatními korelacemi, které jsou popsány výše.

Za hlavní nedostatek výzkumu považuji především nesouměrné zastoupení ženského a mužského pohlaví respondentů. Z celkového zkoumaného počtu, čítajícího 348 respondentů, bylo 328 žen a pouze 20 mužů. Také by bylo přínosné získat pro tento typ studie různorodější respondenty co se věku, ale především váhy týče. Bylo by zajímavé požádat o účast například kliniky, které se zaměřují na poruchy příjmu potravy, či obezitologická střediska, která se například zabývají chirurgickými zákroky souvisejícími s obezitou, jako je třeba bandáž žaludku atd.

Hlavní přínos spatřuji podobně jako v bakalářské práci v zaměření se na problematiku obezity, která je pro dnešní dobu velmi aktuální, v rozvinutí problematiky deprese a psychologických aspektů a léčby obezity. Dále také v rozsáhlejší výzkumu, který pro mě byl přínosný především v ověření si teoretických znalostí statistiky a metodologie v praktické sféře a také v pokračování ve výzkumné myšlence a získání dalších zajímavých závěrů v této problematice.

Seznam použité literatury

- ALLISON, David B. a Monica L. BASKIN. 2009. *Handbook and Weight-Related Problems: Measures, Theory, and Research*. 2. rozš. vyd. USA: Sage. ISBN 978-1-4129-5135-7.
- BAŠEK, Lukáš. *Kantova teorie estetiky*. Bakalářská práce. Pardubice, 2013. Univerzita Pardubice. Filosofická fakulta. Vedoucí: PhDr. Vlastimil Zátka, CSc.
- BERGER, Peter L. 1993. *Kapitalistická revoluce*. Bratislava: Archa. ISBN 80-7115-042-8.
- BERGER, Peter L. 2018. *Posvátný baldachýn. Základy sociologické teorie náboženství*. Brno: Barrister&Principal. ISBN 978-80-7364-059-0.
- BROGANOVÁ, Kelly a Kristina LOBERGOVÁ. 2018. *Deprese: zvládněte ji bez léků a získajte svůj život zpátky*. Praha: Albatros Media. ISBN 978-80-265-0727-7.
- BUZKOVÁ, Hana. *Schopenhauerova vize umění jako popření Kantovy „věci o sobě“*. Bakalářská práce. Brno, 2009. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Filozofická fakulta. Ústav estetiky a dějin umění. Vedoucí: Prof. PhDr. Aleš Haman, DrSc.
- CROOK, Marion. 1995. *V zajetí image těla*. Přeložila Dana Gajdová. Ostrava: OLDAG. ISBN 80-85954-02-8.
- ECO, Umberto. 2005. *Dějiny krásy*. Přeložila Gabriela CHALUPSKÁ. Praha: Argo. ISBN 80-7203-677-7.
- ECO, Umberto. 2007. *Umění a krása ve středověké estetice*. 2. vyd. Praha: Argo. ISBN 978-80-7203-892-3.
- FIALOVÁ, Ludmila. 2001. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0173-7.

FIALOVÁ, Ludmila. 2006. *Moderní body image: Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1350-0.

FILIPI, Pavel a kolektiv. 2008. *Malá encyklopedie evangelických církví*. Přeložil M. W. KALICH. Praha: Libri. ISBN 978-80-7277-378-7.

GOTTFRIED, Jaroslav. 2014. *Beckova sebezposuzovací škála pro dospělé (BDI-II) – recenze* [online]. [cit. 2018-06-18]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1423/podzim2014/PSY402/51480429/BDI_-_Gottfried_Jaroslav.pdf

GROGAN, Sarah. 2000. *Body image*. Přeložila Jana KRCHOVÁ. Praha: Grada. ISBN 80-7169-907-1.

HAINER, Vojtěch a kolektiv. 2011. *Základy klinické obezitologie*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3252-7.

HAINER, Vojtěch a Marie KUNEŠOVÁ. 1997. *Obezita*. Praha: Galén. ISBN 80-85824-67-1.

HAMMERMEISTER, Kai. 2002. *The German Aesthetic Tradition* [online]. Cambridge: University Press. ISBN 978-0521785549. [cit. 2018-07-05]. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=J5WZ3IE-UfEC&pg=PA3&hl=cs&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false

HAVLÍČEK, Aleš a JINEK, Jakub. 2012. *Platónův dialog Hippias Větší*. Praha: Oikoymenh. ISBN 978-80-7298-475-6.

HENDL, Jan. 2015. *Přehled statistických metod: Analýza a meta analýza dat*. 5. rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0981-2.

HOEKSEMA, Susan Nolen, FREDRICKSON, Barbara L., LOFTUS, Geoff R. a WAGENAAR, Cillem A. 2012. *Psychologie: Atkinsonové a Hilgarda*. Přeložila Hana ANTONÍNOVÁ. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0083-3.

ILARDI, Stephen S. 2015. *Jak vyléčit depresi: aneb šest kroků k zdravému životnímu stylu*. Praha: Leda. ISBN 978-80-7335-418-3.

KANT, Immanuel. 2015. *Kritika soudnosti*. 2. vyd. Praha: Oikoymenh. ISBN 978-80-7298-500-5.

KOHOUTEK, Rudolf. 2008. Genderové vlastnosti osobnosti. In: *Psychologie v teorii a praxi* [online]. Brno: Prof. PhDr. Rudolf Kohoutek, CSc. [cit. 2018-07-03]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0812/genderove-vlastnosti-osobnosti>

KRCH, František David. 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0840-X.

LOUŽEK, Marek. 2010 *Protestantská etika a duch kapitalismu* [online]. Praha. [cit. 2016-07-16]. Dostupné z: <https://www.vse.cz/polek/download.php?jnl=polek&pdf=755.pdf>. Filozofická fakulta UK a Vysoká škola ekonomická v Praze.

MIRELS, H. L., GARRETT, J. B. 1971. The Protestant Ethic as a personality variable. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 36(1), 40-44.

MOLNÁROVÁ, Ivana. 2017. *Deprese: 8 kroků ke zvládnutí deprese*. Bratislava: Arimes. ISBN 978-80-8100-494-0.

NOVOTNÁ, Marie. *Genderové stereotypy v časopisech pro ženy a pro muže*. Bakalářská práce. Olomouc, 2010. Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci. Katedra žurnalistiky. Vedoucí: Mgr. Petra Chvojková.

OAKLEYOVÁ, Ann. 2000. *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-403-6.

PAPEŽOVÁ, Hana. 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Havlíčkův Brod: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6.

PUNCH, Keith. 2008. *Základy kvantitativního šetření: Praktická příručka pro studenty*. Přeložil Jan HENDL. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-381-9.

QUINN, Diane a CROCKER, Jennifer. 1999. When Ideology Hurts: Effects of Belief in the Protestant Ethic and Feeling Overweight on the Psychological Well-Being of Women. *Journal of Personality and Social Psychology*. (2), 402-414.

REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Havlíčkův Brod: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.

STOLLER, Robert J. 1968. *Sex and gender: The Development of Masculinity and Femininity* [online]. London: London Karnac Books. [cit. 2018-07-03]. ISBN 0-946439-03-6. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=N20pcltSHUGC&pg=PA17&hl=cs&source=gb_s_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false

SULLIVAT, M., KARLSSON, J., SJÖSTRÖM, L., BACKMAN, L., BENGTSSON, C., BOUCHARD a LINDSTEDT, S. 1993. Swedish obese subjects (SOS)--an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*. 17(9), 503-512.

SVOBODA, Mojmír, ČEŠKOVÁ, Eva a KUČEROVÁ, Hana. 2012. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0216-5.

ŠTĚPÁNOVÁ, Petra. *Antické a biblické pojetí krásna jako základ evropské kultury*. Diplomová práce. Brno, 2009. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Katedra občanské výchovy. Vedoucí: PhDr. Radovan Rybář, PhD.

STÖRIG, Hans Joachim. 2007. *Malé dějiny filozofie*. 8. vyd. Český Těšín: Studium. ISBN 978-80-7195-206-0.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2018. Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Praha: ÚZIS ČR. [cit. 2018-06-20]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>

VÁGNEROVÁ, Marie. 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VOBOŘILOVÁ, Michaela. 2010. *K otázce formování ekonomické kultury kapitalismu: Od Maxe Webera k Peterovi L. Bergerovi* [online]. Bakalářská práce. Praha [cit. 2018-06-18]. Karlova univerzita. Filozofická fakulta. Vedoucí: Doc. PhDr. Jiří Šubrt, CSc. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/30992/BPTX_2009_2_113_10_0_199853_0_95735.pdf?sequence=1

WANG, Y.P., Gorenstein, C. 2013. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **35**, 416-431.

WEBER, Max. 2009. *Metodologie, sociologie a politika*. Přeložil Miloš HAVELKA. Praha: Oikoy menh. ISBN 978-80-7298-389-6.

WEBER, Max. 1997. *Autorita, etika a společnost: Pohled sociologa do dějin*. Přeložil Jan ŠKODA. Havlíčkův Brod: Mladá fronta. ISBN 80-204-0611-5.

WEBER, Max. 1998. *Sociologie náboženství*. Přeložil Jan ŠKODA. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-7021-240-3.

PŘÍLOHA 1

Dobrý den,

ráda bych Vás poprosila o vyplnění následující sady dotazníků. Výsledky budou zpracované a využité v mé diplomové práci na pražské Vysoké škole psychosociálních studií.

Vaše odpovědi pro mě budou důležitou informací a přispějí mi k hlubšímu poznání problematiky, kterou se v diplomové práci zabývám.

Formulář, který držíte v ruce, představuje sadu dotazníků. U jednotlivých dotazníků jsou vždy uvedeny přesné instrukce, jak jednotlivý dotazník vyplnit. Většinou jde o výběr jedné z několika možných odpovědí. Pokud si nebudete s odpovědí jistí, zvolte prosím možnost, která se nejvíce blíží Vašemu názoru.

Prosím Vás o vyplnění všech dotazníků a zodpovězení každé otázky.

Vaše odpovědi budou zpracovány zcela anonymně. Údaje, které mi poskytnete, nezpřístupním žádné třetí osobě, ani je nikdy nezveřejním způsobem, který by umožňoval Vaši identifikaci.

Prosím Vás o úplné a pravdivé vyplnění všech dotazníků. Na otázky neexistují dobré ani špatné odpovědi, vždy záleží pouze na Vašem subjektivním názoru a postoji.

Děkuji Vám za pomoc a účast na výzkumu.

S pozdravem

Lucie Vechová

Úvodní dotazník

Prosím o co nejpřesnější vyplnění těchto údajů

Pohlaví:

Rodinný stav:

Zaměstnání:

Vzdělání:

Věk:

Aktuální váha:

Vaše výška:

I. část

Níže je několik vět, s nimiž můžete souhlasit, nebo nesouhlasit. Pomocí čísel 1 až 7 vyjádřete stupeň svého souhlasu, nebo nesouhlasu s každým tvrzením. Buďte, prosím, otevření a upřímní. Sedmibodová stupnice je následující:

- 1 rozhodně nesouhlasím
- 2 nesouhlasím
- 3 spíše nesouhlasím
- 4 nemohu se rozhodnout
- 5 spíše souhlasím
- 6 souhlasím
- 7 rozhodně souhlasím

1. Každý, kdo je schopný a ochotný tvrdě pracovat, bude velmi pravděpodobně úspěšný.	
2. Pracuje-li člověk dostatečně tvrdě, bude mít pravděpodobně dobrý život.	
3. Tvrdá práce je chabou zárukou úspěchu.	
4. Většina lidí, kteří v životě neuspějí, je prostě jenom líná.	
5. Úspěšným člověkem je ten, kdo se dokáže pustit do obtížného úkolu s nadšením.	
6. Často mám pocit, že bych mohla být úspěšnější, kdybych si odepřela některé radosti.	
7. Lidé, kteří v práci neuspěli, obvykle pouze nevynaložili dostatečné úsilí.	
8. Člověk, který se všeho domohl vlastní pílí, bude pravděpodobně morálnější než ten, který se narodil do bohatých poměrů.	
9. Život by měl jen málo smyslu, kdybychom v něm nikdy nemuseli strádat.	
10. Nechuť k tvrdé práci obvykle prozrazuje slabost charakteru.	
11. Život by byl smysluplnější, kdybychom měli více volného času.	
12. Lidé by měli mít více volného času, ve kterém by mohli relaxovat.	
13. Naše společnost by měla méně problémů, kdyby měli lidé méně volného času.	
14. Kreditní karta je vstupenkou do světa nezodpovědného utrácení.	
15. Peníze, ke kterým člověk přišel snadno (například ve hře nebo díky spekulacím), obvykle utrácí nerozumně.	
16. Většina lidí stráví příliš času neužitečnou zábavou.	
17. Cítím se nesvá, když nemám, co na práci.	
18. Jen máloco se vyrovná pocitu uspokojení, který člověku přináší vědomí, že svou práci udělal, jak nejlépe mohl.	

II. část

Prosím, v níže vloženém dotazníku zakroužkujte jednu z možností, jak moc souhlasíte, nebo nesouhlasíte, s každým z následujících tvrzení. Buďte, prosím, co nejupřímnější:

- 1) Obézní lidé jsou méně fyzicky atraktivní než hubení lidé
 - a) Silně nesouhlasím
 - b) Nesouhlasím
 - c) Ani nesouhlasím, ani souhlasím
 - d) Souhlasím
 - e) Silně souhlasím

- 2) Nikdy bych nešla na rande s obézním člověkem
 - a) Silně nesouhlasím
 - b) Nesouhlasím
 - c) Ani nesouhlasím, ani souhlasím
 - d) Souhlasím
 - e) Silně souhlasím

- 3) Obézní lidé bývají línější než hubení
 - a) Silně nesouhlasím
 - b) Nesouhlasím
 - c) Ani nesouhlasím, ani souhlasím
 - d) Souhlasím
 - e) Silně souhlasím

- 4) Obézní lidé pouze obviňují sami sebe ze svojí váhy
 - a) Silně nesouhlasím
 - b) Nesouhlasím
 - c) Ani nesouhlasím, ani souhlasím
 - d) Souhlasím
 - e) Silně souhlasím

- 5) Je odporné, když obézní člověk nosí plavky na pláži
 - a) Silně nesouhlasím
 - b) Nesouhlasím
 - c) Ani nesouhlasím, ani souhlasím
 - d) Souhlasím
 - e) Silně souhlasím

III. část

Dotazník se skládá z 21 výroků, ke každému výroku zakroužkujte prosím jednu odpověď, která nejlépe popisuje Vaše pocity během posledních 14 dnů, včetně dneška. Pokud výroku odpovídá více možností, zvolte, prosím, tu s nejvyšším číslem.

1. Smutek

0. Nejsem smutný/á
1. Většinou jsem smutný/á
2. Pořád jsem smutný/á
3. Jsem tak smutný/á, že se to nedá vydržet

2. Pesimismus

0. O svou budoucnost nemám obavy
1. O svou budoucnost se obávám víc než dříve
2. Myslím, že se mi nebude dařit
3. Moje budoucnost je beznadějná a bude ještě horší

3. Minulá selhání

0. Nemám dojem, že selhávám
1. Selhal/a jsem častěji, než bych měla
2. Když se dívám do minulosti, vidím spoustu selhání
3. Jako člověk jsem úplně selhal/a

4. Ztráta radosti

0. Raduji se stejně jako dříve
1. Neraduji se stejně jako dříve
2. Téměř nemám potěšení z věcí, které jsem měl/a rád/a
3. Vůbec nemám potěšení z věcí, které jsem měl/a rád/a

5. Pocit viny

0. Nemívám nijak zvláštní pocit viny
1. Cítím vinu za řadu věcí, které jsem udělal/a, nebo měl/a udělat
2. Mívám často pocity viny
3. Pořád mám pocity viny

6. Pocit trestání

0. Nemyslím, že mě život trestá
1. Myslím, že by mě život mohl potrestat
2. Očekávám trest
3. Myslím, že jsem životem trestán/a

7. Znechucení sám ze sebe

0. Myslím si o sobě pořád to samé
1. Ztratil/a jsem důvěru sám/sama v sebe
2. Jsem ze sebe zklamán/a
3. Sám/Sama sebou jsem znechucen/a

8. Sebekritika

0. Nekritizuji, nebo neobviňuji sám/sama sebe více než obvykle
1. Jsem sám/sama k sobě více kritický/á než dříve
2. Kritizuji se za všechny svoje chyby
3. Obviňuji se za všechno špatné, co se přihodí

9. Sebevražedné myšlenky nebo přání
0. Nepřemýšlím o tom, že bych se zabil/a
 1. Mám myšlenky o sebevraždě, ale neudělal/a bych to
 2. Chtěl/a bych se zabít
 3. Kdybych měl/a možnost, tak bych se zabil/a
10. Plačtivost
0. Nepláču více než dříve
 1. Pláču více než dříve
 2. Pláču kvůli každé maličkosti
 3. Je mi do pláče, ale nejsem toho schopna
11. Agitovanost
0. Nejsem více neklidný/á nebo napjatý/á než obvykle
 1. Cítím se více neklidný/á nebo napjatý/á než obvykle
 2. Jsem tak neklidný/á nebo rozrušený/á, že je těžké to vydržet
 3. Jsem tak neklidný/á nebo rozrušený/á, že nemohu zůstat v nečinnosti
12. Ztráta zájmu
0. O jiné lidi nebo věci jsem zájem neztratil/a
 1. Méně se zajímám o jiné lidi nebo věci
 2. Mnohem méně se zajímám o jiné lidi nebo věci
 3. Je těžké se zajímat o cokoli
13. Nerozhodnost
0. Rozhoduji se stejně dobře jako dříve
 1. Rozhodovat se je obtížnější než obvykle
 2. Rozhoduji se mnohem obtížněji než dříve
 3. Mám problém udělat jakékoliv rozhodnutí
14. Pocit bezcennosti
0. Necítím se bezcenný/á
 1. Nemyslím si, že mám pro lidi stejnou cenu, jakou jsem míval/a
 2. Ve srovnání s jinými lidmi se cítím více bezcenný/á
 3. Cítím se úplně bezcenný/á
15. Ztráta energie
0. Mám stejně energie jako vždy
 1. Mám méně energie, než jsem míval/a
 2. Nemám dost energie, abych toho hodně udělal/a
 3. Vůbec na nic nemám energii
16. Změna spánku
0. Nevšiml/a jsem si žádných změn u svého spánku
 - 1a Spím trochu více než obvykle
 - 1b Spím trochu méně než obvykle
 - 2a Spím mnohem více než obvykle
 - 2b Spím mnohem méně než obvykle
 - 3a Většinu dne prospím
 - 3b Probouzím se o 1-2 hodiny dříve a už nemohu usnout
17. Podrážděnost
0. Nejsem podrážděný/á více než obvykle
 1. Jsem více podrážděný/á než obvykle
 2. Jsem mnohem více podrážděný/á než obvykle
 3. Bývám pořád podrážděný/á

18. Změny v chuti k jídlu

- 0. Necítím žádné změny v chuti k jídlu
- 1a Mám trochu menší chuť k jídlu než obvykle
- 2a Mám trochu větší chuť k jídlu než obvykle
- 3a Vůbec nemám chuť k jídlu
- 3b Jíst mohu pořád

19. Koncentrace

- 0. Mohu se soustředit jako vždycky
- 1. Nejsem schopný/á se soustředit jako obvykle
- 2. Je těžké se na cokoliv delší dobu soustředit
- 3. Nejsem schopný/á se soustředit na nic

20. Únava

- 0. Nejsem unavený/á více než obvykle
- 1. Unavím se snadněji než obvykle
- 2. Jsem příliš unavený/á, než abych dělala tolik věcí, jako jsem dělával/a
- 3. Jsem tak unavený/á, že nedokážu dělat skoro nic

21. Ztráta zájmu o sex

- 0. V současnosti jsem nezaznamenal/a změnu zájmu o sex
- 1. Mám menší zájem o sex než obvykle
- 2. Mám nyní mnohem menší zájem o sex
- 3. Úplně jsem ztratil/a zájem o sex

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Lucie Vechová

Studijní program: Psychologie

Název práce: Odlišnosti dopadu protestantské etiky na depresivitu a vnímání obezity u mužů a žen

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc.

Rok dokončení práce: 2018

Počet znaků hlavního textu práce (včetně literatury bez příloh)

Přímé citace: 2 217

Ostatní text: 121 714

Celkový počet znaků: 123 931

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD

Text práce ve formátu PDF: DP_Vechova_Protestantska_etika

EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY

Souhlasím s tím, aby má diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:

Lucie Vechová

Uživatel/ka potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využije ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, Příjmení	Adresa	Datum	Podpis

Pražská vysoká škola psychosociálních studií
Posudek vedoucího diplomové práce

Autor práce **Lucie Vechová**
 Název práce **Odlíšnosti dopadu protestantské etiky na depresivitu a vnímání obezity u mužů a žen**
 Obor studia psychologie
 Vedoucí práce doc. Karel Hnilica

stupnice**

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

Práce s odbornou literaturou

Využití relevantních odborných časopiseckých zdrojů (množství)
 Využití relevantních recentních pramenů (z posledních 2-5 let)
 Využití původních pramenů (nikoli sekundární literatury)

	X				
	X				
	X				

Teoretická část

Členění, návaznost částí, rozvržení témat atp.
 Jasné směřování k hypotézám výzkumu
 Jsou definovány všechny konstrukty vyskytující se v hypotézách?
 Je vymezení klíčových témat a pojmů založeno na studiu více nezávislých zdrojů?
 Původnost zpracování odborné literatury, elaborace hypotéz
 Rozsah textu nesouvisejícího bezprostředně s hypotézami výzkumu („vata“)
 Odborný styl psaní, absence gramatických chyb, srozumitelnost, ...
Mohla by být teoretická část časopisecky publikována jako původní odborný text?

X					
X					
X					
X					
	X				
X					
X					
	X				

Problém, cíle, otázky a hypotézy

Jasnost a srozumitelnost stanovení cíle výzkumu
 Výzkumné otázky (originalita, zajímavost, závažnost...)
 Hypotézy (srozumitelnost, vnitřní konzistence, specifikace vztahů, ...)
 Teoretická / praktická relevantnost hypotéz
 Operacionalizace hypotéz (testovatelnost, falzifikovatelnost)

X					
X	X				
X					
X					
X					

Výzkumná strategie, design, soubor, techniky sběru dat

Předvýzkum: předběžné ověření psychometrických vlastností nástrojů
 Předvýzkum: předběžné ověření dostupnosti a vhodnosti souboru
 Výběrový soubor (vhodnost, složení, velikost, apriorní síla testů)
 Vhodnost použité výzkumné strategie pro test výzkumných hypotéz
 Popis použitých technik sběru dat (operacionalizace proměnných)
 Uvedení psychometrických vlastností použitých technik: reliabilita
 Jsou uvedeny potřebné údaje, aby bylo možno výzkum replikovat?

X					
					X
	X				
X					
X					
X					
X					

Prezentace dat a jejich analýzy

Jsou uvedeny základní deskriptivní údaje (N, M, SD, %, r, ...)?
 Jsou tabulky a grafy správně vytvořeny a popsány?
 Nejsou v textu údaje a data, která jsou irelevantní k testu hypotéz („vata“)?
 Byly adekvátně testovány všechny hypotézy (správná volba testů)?
 Jsou uvedeny velikosti účinku (r, d, η^2 , ...) a pravděpodobnosti?
 Jsou výsledky testů prezentovány správně, přehledně a srozumitelně?
 Jsou výsledky statistických testů správně interpretovány?
 Jsou v textu uvedeny pouze relevantní údaje, tabulky a grafy?
 Byly testovány všechny apriorní hypotézy a pouze ony?
 Jsou poskytnuta data a kódy umožňující nezávislou re-analýzu dat?

	X				
	X				
X					
X					
	X				
	X				
X					
X					
X					
X					

Diskuse výsledků šetření a celkové zhodnocení výzkumu

Je uvedeno stručné a srozumitelné shrnutí hlavních výsledků výzkumu?
 Je provedena diskuse výsledků vzhledem k relevantní literatuře?
 Jsou vyvozeny – je-li to relevantní – přiměřené závěry týkající se důsledků zjištění?
Mohla by být výzkumná část časopisecky publikována jako původní odborný text?

X					
	X				
					X
					X

** 1 – výborně/ANO; 2 – velmi dobře /SPÍŠE ANO; 3 – dobře/STŘEDNĚ; 4 – velmi špatně/SPÍŠE NE; 5 – nedostatečně/NE; 0 – nehodnoceno, nehodí se atp.

Dodržování citačních a etických norem APA

Citace pramenů v textu (odkazy)

Citace textu (správnost, počet citací a parafrází, ...)

Citace jednotlivých pramenů v seznamu literatury (bibliografické citace)

Vytvoření seznamu literatury (formát, abecední řazení, shoda s citacemi v textu, ...)

Etické normy 1: informovaný souhlas, anonymizace, debriefing, ...

Etické normy 2: FFP (plagiátorství, fabrikace dat, falzifikace)

Etické normy 3: QRP (formulování hypotéz na datech, vylučování případů, ...)

	X				
					X
					X
					X
X					
X					
X					

Spolupráce vedoucího práce se studentem, samostatnost a nezávislost studenta

Samostatnost a inovativnost při formulování hypotéz (vlastní přínos studenta)

Samostatnost a metodologická kompetence při realizaci výzkumu

Samostatnost a kompetence při práci s daty, při jejich analýzách a interpretaci

X					
X					
	X				

Hodnocení

Jde o práci, která navazuje na práci bakalářskou.

Hlavním účelem bylo jednak provést replikaci bakalářské práce, v níž se výzkumu zúčastnil pouze menší soubor žen, jednak porovnat soubory žen a mužů. Nepodařilo se však získat dostatečně velký soubor mužů.

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Předpokládala jste, že u žen budou souvislosti mezi mírami protestantské etiky, BMI a negativními postoji k obezitě silnější než u mužů. Proč?

Práce splňuje podmínky kladené na diplomovou práci a **doporučuji ji k obhajobě.**

Navrhovaná klasifikace: 1-2

Datum, podpis: 13. 8. 2018

Karel Hnilica

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Lucie Vechová

Obor studia: Jednooborová psychologie

Název práce: Odlišnosti dopadu protestantské etiky na depresivitu a vnímání obezity u mužů a žen

Oponent* práce: Mgr. Tomáš Nikolai, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 76

Počet stránek příloh: 9

Počet titulů v seznamu literatury: 44

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

			X	
--	--	--	---	--

Oborová příléhavost tématu

			X	
--	--	--	---	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

			X	
--	--	--	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

			X	
--	--	--	---	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

			X	
--	--	--	---	--

Využití výzkumných empirických metod

			X	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

		X		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	X			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

			X	
--	--	--	---	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			X	
--	--	--	---	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

			X	
--	--	--	---	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			X	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

			X	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké jsou v současnosti socioekonomické teorie o vzniku obezity v různých částech světa? Prosím studentku, aby dále rozvinula svou základní myšlenku o souvislosti protestantské etiky, depresivity a vnímání obezity u mužů a žen. Tedy jaký mechanismus zde přesně funguje?

Jaký bude rozdíl oproti vlivu individuálně vytvořených hodnot, které hodnoty mají jasnou souvislost s vnímáním obezity, najdeme je i u jiných sociokulturních skupin?

Byly nalezeny obdobné korelace s podobnými sociokulturními či socioekonomickými charakteristikami u obezity i deprese v historii či v současnosti?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Předkládaná práce se věnuje vztahu protestantské etiky na depresivitu a vnímání obezity u mužů a žen. Práce je psána přiléhavým, srozumitelným jazykem, bez významnějších formálních nedostatků a věnuje se závažnému tématu obezity, kde přináší originální pohled na možné souvislosti obezity s demografickými faktory. K obsahu práce mám několik připomínek. Teoretická část je členěna do několika zcela odlišných celků, zabývá se poměrně odlehlými jevy jako je léčba a diagnostika obezity, estetika, gender, deprese a další. Každá tato část je ovšem pojednána relativně povrchně a není zcela jasné, jakou má souvislost s hypotézami výzkumu. Zcela pak chybí detailní teoretické zdůvodnění hypotéz výzkumu, tedy důkladné vysvětlení, jakým způsobem souvisí protestantská etika s obezitou na kulturní, psychologické i případně neurobiologické úrovni včetně citací případných výzkumů věnujících se podobnému či shodnému tématu. Takto se jedná spíše o obecný referát a zamyšlení, hledající souvislosti. Dalším významným problémem je dle mého názoru fakt, že autorka používá zejména sekundární citace, kapitoly se pak mnohdy jeví jen jako obecný výtah z českých učebnic. Při vědecké práci je nutné vycházet z původních zdrojů a věnovat se pouze některým, vybraným tématům, ale do významnější hloubky. Formální aspekty praktické části práce bohužel hodnotím jako nedostatečné. Zejména část diskuse, která by měla být stěžejní částí předkládané práce, je pojata jako zamyšlení nad výzkumem v bakalářské a diplomové práci, zcela chybí porovnání s jinými tematicky obdobnými výzkumy. Výsledky výzkumu jsou založeny především na korelacích dotazníkových metod, opět chybí jasné teoretické zdůvodnění, jak a proč by zvolené metody měly korelovat a co znamenají negativní či pozitivní výsledky. Celkově doporučuji s výhradami práci k obhajobě, domnívám se, že studentka práci věnovala velké úsilí, bohužel však teoretická část neposkytuje vodítka, která by vysvětlovala mechanismy souvislosti výzkumných témat (ačkoliv na obecné úrovni je možné o nich spekulovat, není jasné popsán mechanismus). Praktická část je pak pojednána formálně nesprávně, zejména zcela chybí část diskuse, která by se věnovala zarámování dosažených výsledků do již existujících vědeckých studií a skutečně tedy „diskutovala“ výsledky práce.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: dobře

Datum, podpis:

14.9.2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Pavel Kříž", followed by a horizontal line.