

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



FILOZOFICKÁ FAKULTA
UNIVERZITY KARLOVY
V PRAZE

Diplomová práce

Bc. Kateřina Vávrová

**Souvislost mezi absolvováním redukčního kurzu a vnímanou
osobní účinností u osob s obezitou**

**Connection between completion of weight loss program and self-
efficacy in obese people**

Poděkování

Ráda bych poděkovala především vedoucí mé diplomové práce PhDr. Tamaře Hrachovinové CSc. za obrovskou trpělivost, podporu a velké množství podnětů, které mi byli inspirací a pomohli mi tuto práci vytvořit.

Dále bych chtěla poděkovat lektorkám a účastníkům redukčních kurzů organizace STOP za umožnění sběru dat.

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

V Praze dne 15.4.2019

.....

Kateřina Vávrová

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá souvislostí mezi absolvováním redukčního kurzu a vnímanou osobní účinností u osob s obezitou. Teoretická část práce zabývá tématem obezity, jejího výskytu a oblastí spojených s její léčbou. Dále je popsán koncept vnímané osobní účinnosti, jeho kontexty s obezitou a pohybovou aktivností a koncept obecné vnímané účinnosti.

Empirická část práce se zabývá popsáním pohybové aktivity u respondentů s obezitou a změnami vnímané osobní účinnosti v oblasti pohybu a obecné vnímané účinnosti v kontextu absolvování redukčního kurzu u respondentů s obezitou. Pro zmapování pohybové aktivity a ověření souvislosti mezi vnímanou osobní účinností v oblasti pohybových aktivit a absolvování redukčního kurzu byly vytvořeny vlastní dotazníky. Pro zkoumání souvislosti mezi obecnou vnímanou účinností a absolvováním redukčního kurzu byl použit inventář Obecné vlastní efektivity. Data byla sbírána v redukčních kurzech pořádaných organizací STOB. Sběr dat proběhl vždy na začátku a na konci jednotlivých kurzů. K ověření hypotéz byl použit párový t-test. U respondentů byla zjištěna nedostatečná frekvence pohybových aktivit. Mezi obecnou vnímanou účinností a absolvováním redukčního kurzu byl signifikantně významný rozdíl. Naopak nebyl nalezen signifikantně významný rozdíl mezi absolvováním kurzu a vnímanou osobní účinností v oblasti pohybových aktivit.

Klíčová slova:

obezita, vnímaná osobní účinnost, obecná vnímaná osobní účinnost v oblasti pohybových aktivit, obecná vnímaná osobní účinnost, pohybová aktivnost

Abstract:

The thesis deals with connections between completion of reduced course and self-efficacy of obese people. The theoretical part deals with definition of obesity, its prevalence and aspects of its treatment. A chapter of the theoretical part focuses on self-efficacy and its connections to obesity and physical activity. The last part is about general self-efficacy.

The empirical part describes physical activity of obese respondents, changes in their physical activity self-efficacy and their general self-efficacy after completion of reduced course. The questionnaires about the level of physical activity and physical activity self-efficacy were created by author of the thesis. General self-efficacy was measured by General self-efficacy scale. Data were obtained in the first and last lesson of reduced courses. A paired-samples t-test was conducted to compare changes in both areas of self-efficacy.

It has been found that frequency of respondents physical activity was insufficient. The results suggest that connection between completion of reduced course and general self-efficacy exist. On the other hand there was not significant difference between individual's physical self-efficacy before reduced course and after its completion.

Keywords:

obesity, self-efficacy, physical activity self-efficacy, general self-efficacy, physical activity

Obsah

Seznam použitých zkratk	9
Úvod	10
1 Obezita	12
1.2 Vnímání obezity jako onemocnění u běžné populace	12
1.2 Definice obezity	13
1.3 Vybrané způsoby měření obezity	13
1.3.1 BMI index	14
1.3.2 Antropometrické stanovení obsahu tuku	14
1.3.3 Zobrazovací metody	15
1.3.4 Bioelektrická impedance	15
1.4 Prevalence obezity	16
1.5 Etiopatogeneze obezity	16
1.5.1. Dědičnost	16
1.5.2 Energetická bilance	17
1.6 Zdravotní komplikace spojené s obezitou	17
1.6.1 Zvýšená mortalita	18
1.6.2 Pohybové komplikace	18
1.6.3 Gravidita	19
1.7 Psychické aspekty obezity	19
1.7.1 Deprese	19
1.8 Motivace k redukci hmotnosti u obézních osob	20
1.9 Vybrané přístupy k léčbě obezity	22
1.9.1 Kognitivně-behaviorální přístup k léčbě obezity	23
1.9.2 Pohybová aktivnost	24
2 Vnímaná osobní účinnost	26
2.1 Používané překlady pojmu vnímaná osobní účinnost	26
2.2 Definice vnímané osobní účinnosti	26
2.3 Zdroje vnímané osobní účinnosti	28
2.3.1 Zážitek zvládnutí úkolu	28
2.3.2 Zástupná zkušenost	29
2.3.3 Přesvědčování druhými	30
2.3.4 Fyzický a emoční stav	30
2.4 Vysoká vnímaná osobní účinnost	31

2.5 Nízká vnímaná osobní účinnost.....	32
2.6 Vnímaná osobní účinnost a obezita	33
2.6.1 Souvislosti mezi vnímanou osobní účinností a obezitou.....	34
2.6.2 Intervence vycházející z teorie vnímané osobní účinnosti.....	36
2.7 Obecná vnímaná osobní účinnost	38
II. Empirická část.....	40
3.1 Cíle	40
3.2 Hypotézy a předpoklady.....	40
4 Design výzkumu.....	41
4.1 Výběr respondentů.....	41
4.2 Výběr metod.....	43
4.2.1 Demografická část	43
4.2.2 Dotazník pohybové aktivity	43
4.2.3 inventář mapující osobní vnímanou účinnost v oblasti pohybových aktivit	44
4.2.4 Inventář obecné vlastní efektivity	44
5 průběh výzkumu	45
5.1 Změny v designu výzkumu.....	45
5.2 Základy metodiky kurzů organizace STOB.....	46
5.3 Popis jednotlivých specifikací redukčních kurzů	47
6 Popis výzkumného vzorku	48
7 Výsledky výzkumu	50
7.1 Popis pohybové aktivity respondentů.....	50
7.1.1 Údaje o délce a frekvenci pohybové aktivity.....	51
7.1.2 Výčet uvedených druhů pohybových aktivit a zdravotních omezení souvisejících s pohybovými aktivitami.....	51
7.1.3 Délka období popsané pohybové aktivity	52
7.1.4 Shrnutí výsledků pohybové aktivity před účastí v redukčním kurzu	52
7.2 Změny v pohybové aktivitě v průběhu kurzu	53
7.3 Testování hypotéz	53
7.3.1 Vnímaná osobní účinnost v oblasti pohybových aktivit	53
7.3.2 Obecná vnímaná osobní účinnost	54
8 Diskuze.....	55
Závěr	61
Seznam použité literatury:	63

Seznam použitých zkratk

BIA - bioelektrická impedance

BMI – „body mass index“, podíl váhy v kilogramech a druhé mocniny výšky v metrech

CT – computerová tomografie

DEXA – duální rentgenová absorpciometrie

H.E.A.T. – High energy aerobic training – program kondiční chůze

KBT – kognitivně-behaviorální terapie

NMR – nukleární magnetická rezonance

SMART cíl – zkratka označující metodu stanovování cílů, které by měly být specifické, měřitelné, dosažitelné, realistické a časově ohraničené („specific, measurable, achievable, realistic“)

STOB – organizace Stop obezitě

WHO – World health organization

Úvod

Tématem této diplomové práce bylo vybráno zkoumání souvislosti mezi absolvováním redukčního kurzu a vnímanou osobní účinností u obézní části populace. Jak bude přiblíženo v teoretické části práce, jedná se o nesmírně zajímavé spojení dvou oblastí, z nichž obě mají podle současných výzkumů přesah do nespočtu aspektů života jedince, včetně toho, jak jej vnímá okolí i jak se požívá on sám.

První touto oblastí je obezita, o níž se v současnosti hovoří jako o epidemii třetího tisíciletí díky její neustále se zvyšující prevalenci v populaci. Avšak přestože se jedná velmi běžné onemocnění, kterým trpí řada lidí v okolí snad každého jednotlivce, je spojené s množstvím negativních konotací a lidé trpící obezitou se mnohdy setkávají s diskriminací a šikanou. Zároveň bývá onemocnění spojeno i s některými psychickými a zdravotními komplikacemi, které leckdy výrazným způsobem ovlivňují kvalitu života jedince.

Obezita zahrnuje široké spektrum oblastí a její pochopení vyžaduje multidisciplinární přístup. V teoretické části této práce bude nejprve obezita vymezena pomocí definice a způsobů měření obezity, pak bude následovat část popisující konkrétní údaje o její prevalenci v populaci, komplikací s ní spojených, motivaci k redukci hmotnosti a poslední část se bude věnovat vybraným přístupům k léčbě obezity v souvislosti se zaměřením práce. Nicméně vzhledem k širší tématu půjde vždy spíše o vybrané aspekty než ucelený přehled poznatků.

Druhou oblastí teoretické části bude koncept vnímané osobní účinnosti. Tento termín je poměrně obtížné vysvětlit, dokonce pro odborníky je poměrně těžký i samotný jeho překlad do českého jazyka. Vnímaná osobní účinnost označuje přesvědčení jedince vztahující se k jeho schopnostem, víru, že dokáže zvládnout určitý úkol. Vnímaná osobní účinnost však nebyla vymezena jako jednotná vlastnost individua, ale naopak byla požívána vždy v kontextu konkrétní činnosti, schopnosti či dovednosti. Teoreticky tedy existuje nepřehledné množství variant vnímané osobní účinnosti.

Ukazuje se, že úroveň víry ve vlastní schopnosti může mít nečekaný přesah v řadě oblastí. Jednou z nich je například úspěch. Podle poznatků vědeckých studií zabývajících se vnímanou osobní účinností totiž lidé, kteří věří, že jsou schopni dosáhnout vytyčeného cíle, vynakládají větší úsilí k jeho dosažení.

Aby situace nebyla tak jednoduchá, v návaznosti na množství výzkumů různých aspektů vnímané osobní účinnosti byl posléze vytvořen koncept obecné vnímané účinnosti, jenž představuje obecnou víru ve své schopnosti zvládat náročné situace a cíle.

V této práci bude krátce představen koncept vnímané osobní účinnosti, jeho zdroje a možné souvislosti s oblastmi pojíci se k obezitě, fyzické aktivitě a jídelnímu režimu. Závěr teoretické části bude věnován právě konceptu obecné vnímané osobní účinnosti.

Empirická část bude sledovat čtyři cíle. Prvním z nich je popsání pohybové aktivity respondentů trpících obezitou. Mapování pohybové aktivity a celkové zaměření diplomové práce na oblast pohybu souvisí s několika důvody. Udává se, že obézní lidé mívají k pohybovým aktivitám negativní vztah a mnohdy si nevěří, že jsou vůbec schopni absolvovat nějakou aktivitu. Ačkoliv právě pohybová aktivita ve spojitosti s zdravou stravou v přiměřeném množství patří mezi dva hlavní faktory, jimiž lze korigovat tělesnou hmotnost. Zároveň vhodný pohyb přináší zdravotní i psychické benefity.

Navíc autorka této diplomové práce si právě díky projevu jedné instruktorky během velmi namáhavého posilovacího cvičení zvolila toto téma. Instruktorka mluvila o překonávání komfortní zóny a svých vlastních limitů v oblasti pohybových aktivit, a tom, jak se toto překonávání se ve sportu transformuje i do dalších oblastí.

S tím souvisí i další cíle empirické části práce. První z nich se bude zaměřovat na ověření souvislosti mezi absolvováním redukčního kurzu a změnami vnímané osobní účinnosti v oblasti pohybových aktivit. U druhého pak půjde rovněž o srovnání redukčního kurzu, ale s obecnou vnímanou osobní účinností.

1 Obezita

Obezita je v současné době velmi běžně se vyskytující onemocnění, nicméně i jen samotný popis aspektů pojících se s tímto onemocněním přesahuje rámec této práce a vyžaduje multidisciplinární pohled. Proto tato práce obsahuje pouze zlomek informací a oblastí souvisejících s obezitou. Vzhledem k tématu práce je na začátku uvedeno vnímání obezity běžnou populací, následuje její definice společně s uvedením způsobů určených k jejímu měření, údaje o prevalenci, etiopatogenezi, zdravotních komplikací spojených s obezitou, psychických aspektech, motivaci a léčbě obezity.

1.2 Vnímání obezity jako onemocnění u běžné populace

Obezita je v současné době nejčastějším metabolickým onemocněním na světě, jež sebou přináší nejen řadu zdravotních rizik, ale výrazným způsobem ovlivňuje i psychiku a životní styl jedince i způsob, jakým jej vnímá okolí. Přesto bývá obezita společností podceňována (Hainer, 1997).

Například v průzkumu ověřujícím vnímání obezity 57% nesouhlasilo s tvrzením, že obezita je nemoc (36% mužů označilo odpověď nesouhlasím a 21% spíše nesouhlasím). Dalších 7% mužů pak uvedlo, že neví. U žen byla situace méně dramatická, nicméně i tak 6% žen s tvrzením nesouhlasilo vůbec, 11% spíše nesouhlasilo a 13% značilo možnost neví. Výzkumný vzorek tvořilo 276 respondentů (Švecová, Langmajerová, & Müllerová, 2014). Obdobně obezitu vnímali respondenti z norské studie, kdy obezitu považovalo za nemoc méně než 10% dotázaných z celkového počtu 1019 dotázaných. Zajímavá je i skutečnost, že žádný z respondentů sám sebe neoznačil za obézního (Tonstad, Anderssen, Khoury, Ose, Reseland, & Retterstøl, 2006).

Zároveň si je však řada respondentů vědoma řady zdravotních důsledků souvisejících s obezitou. Spojitosti mezi obezitou a kardiovaskulárními onemocněními si je vědomo 80% mužů a dokonce 88% žen. Více než polovina respondentů u obou pohlaví rovněž ví o zvýšeném riziku diabetu a ortopedických obtížích u obézních osob. Nadpoloviční většina žen také zná rizika spojená s respiračními a psychickými obtížemi (Švecová & et al., 2014).

Je otázkou, čím je způsobená výše uvedená disproporce u vnímání obezity, kdy se dá říci, že řada lidí v České republice obezitu jako onemocnění nevnímá, ačkoliv jsou si vědomi

spojitosti s řadou dalších onemocnění, mnohdy vedoucích k velmi závažným zdravotním komplikacím či dokonce k úmrtí.

1.2 Definice obezity

Obezita je onemocnění definované množstvím tuku v těle. Tento podíl je ovlivňován řadou faktorů, kupříkladu u mužů je fyziologicky podíl tuků v těle nižší než u žen, podíl tuků v těle se rovněž zvyšuje s věkem a souvisí i s etnickou příslušností. Nicméně za optimální se obvykle považuje podíl tuku do 28-30% u žen a do 23-25% u mužů (Hainer, 1997).

Poměrně často se rovněž používá definice pracující s BMI index, kdy je za obezitu pokládáno $BMI > 30$. Přičemž BMI od 30 do 34,9 se nazývá obezitou 1.stupně, BMI od 35 do 39,9 je pokládáno za tzv. obezitu 2.stupně a u $BMI > 40$ se jedná o obezitu 3.stupně, neboli těžkou či morbidní obezitu. Nicméně tento index má řadu omezení, které budou popsány níže (tamtéž).

Důležité je i rozlišení obezity podle místa, kde se tuk ukládá, protože množství útrobního tuku vede k rozvoji metabolických a kardiovaskulárních komplikací. Z tohoto hlediska pak hovoříme o obezitě viscerální, kdy se tuk nejvíce hromadí v oblasti břicha, tento typ takový bývá označován jako androidní či obezita tvaru jablka. Druhý typ pak bývá označován jako typ gynoidní či obezita tvaru hrušku, kdy se tuk nejvíce ukládá v oblasti hýždí a stehen, a bývá v menší míře spojen s kardiovaskulárními a dalšími metabolickými komplikacemi (tamtéž).

1.3 Vybrané způsoby měření obezity

Jak je patrné z předchozího textu, definování obezity je podmíněno nástroji použitými k jejímu měření, dokonce může nastat situace, kdy na základě použití určitého způsobu měření dotyčný náleží do jiné kategorie. Existuje mnoho způsobů měření stupně obezity, které se od sebe liší svou přesností, zaměřením i dostupností. Následující text obsahuje nejčastěji používané metody.

1.3.1 BMI index

V současné době je poměrně často využíván tzv. BMI index. Dokonce Světová zdravotnická organizace (WHO) používá tento index pro samotné vymezení definice obezity (World health organization, 2018). BMI neboli Queteletův index tělesné hmotnosti vychází z jednoduchého výpočtu (váha (kg) / výška (m)²). Právě pro jeho jednoduchost a dostupnost bývá jedním z nejčastěji používaných kritérií obezity. BMI index je rovněž znám širokou veřejností a mnohdy bývá lidmi používán jako jakási první zpětná vazba, jak jsou na tom ve srovnání normami (Kunešová, 1997).

Pro jeho použití jsou stanoveny i standardní podmínky, kdy by se jedinec měl vážit nalačno, ráno, měl by stát v klidu, být oděn jen ve spodním prádle a bez bot. Obdobně by se měla měřit i výška – tedy ráno, bez bot a dotyčný by měl stát na ploše kolmé k metru (Kunešová, 2004).

Nicméně tento index má řadu limitů a omezení. Velkým nedostatkem bývá vnímáno nerozlišování tukové a svalové hmoty, tudíž lidem s vyšším podílem svalové hmoty může podle BMI indexu vycházet, že trpí nadváhou. Obdobně nezohledňuje rozložení tuku v těle, tedy zda se tuk ukládá v oblasti kolem pasu a břicha, která je nejvíce riziková (Kunešová, 1997).

1.3.2 Antropometrické stanovení obsahu tuku

Při lékařském vyšetření se používá různých metod antropometrického měření tuku, kdy se pomocí kaliperu měří obvod a tloušťka podkožních řas, na jejichž základě je pak vypočten obsah tuku v těle. V České republice je obvykle používána metoda podle Pařízkové s použitím Bestovakaliperu s modifikací pro obézní pacienty. Jedná se o poměrně přesné měření, k jehož výpočtu je zahrnuto měření 10 podkožních řas (Kunešová, 1997).

Antropometrické měření je rovněž nejsnazší způsob zjišťování distribuce tuku v těle. Jedná se o údaj, který reflektuje tzv. viscerální obezitu, tedy množství tuku v oblasti kolem vnitřních orgánů, jak již bylo vysvětleno výše. Přičemž bez ohledu na celkové množství tuku v těle, zvýšené množství viscerálního tuku představuje zvýšené riziko výskytu aterosklerózy a její komplikace (tamtéž).

Hromadění tuku uvnitř břicha lze možné poměrně jednoduše zjistit pomocí změření obvodu pasu například krejčovským metrem. Za zvýšené riziko kardiovaskulárních obtíží se

pokládá délka nad 94 cm u mužů a nad 80 cm u žen, za vysoké riziko z hlediska kardiovaskulárních potíží se pak udává délka nad 102 cm u mužů a 88 u žen (Adámková, 2009).

Přesnější metodou je měření sagitálního abdominálního rozměru pomocí pelvimetru, které dobře koreluje s exaktními přístrojovými metodami, například s počítačovou tomografií (CT). Díky čemuž v současné době toto měření nahradilo dříve používaný poměr pas a boky, které koreluje s výsledky z CT v mnohem nižší míře (Kunešová, 1997).

1.3.3 Zobrazovací metody

Mezi zobrazovací metody patří například CT, nukleární magnetická rezonance (NMR) či duální rentgenová absorpciometrie (DEXA). Výše uvedené přístroje jsou používány jako referenční metody, nicméně v běžné praxi se jedná o málo využívané metody především kvůli jejich vysoké ceně a s tím související i nízké dostupnosti. U CT hraje roli i iradiace pacienta (Kunešová, 2004).

1.3.4 Bioelektrická impedance

Naopak v současné době roste dostupnost metod založených na principu bioelektrické impedance (BIA). BIA vyhodnocuje procenta tuku, beztukové tkáně a vody v těle. Výhodami BIA je nízká cena a pohodlné a rychlé vyšetření. Avšak BIA je snadno ovlivnitelná hydratací, tudíž se nedoporučuje využití této metody u pacientů s otoky či při krátkých redukčních režimech, kde dochází ke zvýšeným ztrátám vody (Kunešová, 1997).

V současné době jsou na trhu běžně dostupné i osobní váhy vycházející z metody BIA, je tedy možné sledovat během redukčního režimu změny přímo u tukové či aktivní hmoty, což může být motivující, obzvláště pokud se celková váha těla nemění či roste. Na druhé straně běžně dostupné osobní váhy nedosahují spolehlivosti profesionálních přístrojů, jako je například Tanita či Bodystat.

1.4 Prevalence obezity

Ve výzkumech se nejčastěji vychází z definice obezity pomocí BMI indexu, jímž je obezita vymezena hodnotami BMI indexu vyššími než 30. Podle šetření Českého statistického úřadu (ČSÚ) je podle tohoto kritéria v České republice téměř 20% mužů starších 15 let obézních, u žen se jedná o 18% (Český statistický úřad, 2018). Zatímco ještě v roce 2002 splňovalo kritérium obezity podle BMI indexu pouze 13,4% mužů a 16,1% žen (Organization for Economic Co-operation and Development, 2007). Zároveň stojí za povšimnutí i fakt, že průměrná hodnota BMI v České republice odpovídá kritériu pro nadváhu, konkrétněji BMI 25,2 (Český statistický úřad, 2018).

Obdobný trend popisuje i Světová zdravotnická organizace. V roce 2016 mělo podle jejích údajů nadváhu či obezitu 39% světové dospělé populace, u žen se jedná dokonce o 40%. O obezitu se jednalo u 13% populace, u žen bylo opět procento ještě vyšší, tedy 15%. Od roku 1975 se výskyt obezity téměř ztrojnásobil (World health organization, 2017).

1.5 Etiopatogeneze obezity

Obezita je komplexní porucha, která vzniká na multifaktoriálním podkladě. Největší podíl však tvoří genetická výbava jedince a energetická bilance, jež budou blíže popsány v následujícím textu, přičemž s ohledem na zaměření práce bude větší část věnována energetické bilanci, protože cílem redukčních kurzů je vést účastníky k jejímu snížení. Mezi další faktory patří též hormonální regulace energetické rovnováhy, farmakoterapie, virové infekce, socioekonomický status, psychická alterace a v neposlední řadě i některá vývojová období (Bendlová, & Hainer, 2004).

1.5.1. Dědičnost

Udává, že genetika by se mohla na rozvoji obezity podílet ze 40 až 70%. Předpokládá se, že dědičná je nejen samotná regulace hmotnosti, ale i výživové a pohybové tendence jedince a poměr složení tkání. Nicméně existuje i tzv. monogenní forma obezity, čistě geneticky podmíněná forma obezity, souvisí s některými syndromy a její výskyt je poměrně ojedinělý (Bendlová et al., 2004).

1.5.2 Energetická bilance

Dalším důležitým faktorem sehrávajícím stěžejní roli při vzniku obezity je vysoký energetický příjem. Co se týče jednotlivých makroživin, na vzniku pozitivní energetické bilance se podílí především tuky. Tuky mají nízký sytící efekt, proto jedinci konzumující tučnou stravu snědí větší množství potravy. Nicméně i dlouhodobá nadměrná konzumace jednoduchých sacharidů vede k vytváření tukových zásob. Obrovský podíl na zvyšování kalorické příjmu jedince mají alkoholické nápoje, které jsou velmi kalorické a zároveň tělu nedodávají potřebné živiny (Bendlová et al., 2004).

Druhou složku energetické bilance tvoří energetický výdej. Tvoří jej tři komponenty, a to termogeneze potravy, klidový energetický výdej a energetický výdej při pohybových aktivitách. Termogeneze potravy se podílí na celkovém energetickém výdeji z 8-12% a její výše se dá ovlivnit složením potravin, kdy bílkoviny mají nejvyšší termogenický efekt a naopak tuky nejnižší. Nejmarkantnější složkou energetického výdeje je klidový energetický výdej tvořící 55-70% výdeje celkového. Klidový energetický výdej se dá mírně zvýšit pohybovými aktivitami, protože svalové hmota spaluje více energie než tuková. Poslední je energetický výdej při pohybových aktivitách, měl by tvořit 20-40% celkového výdeje jedince, nicméně rozdíly v jeho výši jsou velmi individuální a souvisí s pohybovou aktivností jedince. Právě v souvislosti se v současným trendem sedavého způsobu života jeho hodnota klesá, následkem čehož narůstá prevalence obezity (Bendlová et al., 2004)

1.6 Zdravotní komplikace spojené s obezitou

Obezita bývá spojována s celou řadou dalších onemocnění. Je možné je vymezit následujícími skupinami: metabolické, endokrinní, gynekologické, ortopedické, gynekologické nádory, gastrointestinální nádory, urologické nádory, kardiovaskulární, respirační gastrointestinální a hepatobiliární, kožní, psychosociální, chirurgická a anesteziologická rizika latrogenní a jiné (Janco, & Hainer, 1997).

S ohledem na záměr této práce se další text bude věnovat pouze třem těmto rizikům, a to mortalitě, pohybovým komplikacím a graviditě.

1.6.1 Zvýšená mortalita

Při výčtu zdravotních komplikací souvisejících s obezitou jistě nelze vynechat právě vyšší riziko úmrtí ve srovnání s normosteniky, jež zajisté patří k nejzávažnějšímu důsledku obezity. Největší ohrožení pak představuje především těžká obezita v nižším a středním věku. Například úmrtnost těžce obézních mladých mužů je 12x vyšší ve srovnání s normální populací (Hainer, 2004).

Konkrétnější představu o počtu úmrtí spojených s obezitou lze získat rozsáhlé analýzy pěti prospektivních studií, jejíž výsledky naznačují, že v americké populaci lze přičíst obezitě 280 184 úmrtí ročně (Allison, Fontaine, Manson, Stevens, & VanItallie, 1999). V současné době však vzhledem k neustále rostoucí prevalenci obezity mohou čísla dosahovat ještě vyšších počtů.

Ačkoliv podle analýzy dat z amerických výzkumů Národního zdraví a výživy z let 1988 až 2010 zaměřující se právě na zkoumání souvislosti mezi indexem BMI, mortalitou a chybami ve studiích, jež se touto spojitostí zabývají, počet úmrtí spojených s obezitou I. a II. stupně ve stáří klesá. Analýza zahrnovala data o 34 253 respondentech ve věku od 25 do 84 let (Zheng, & Dirlam, 2016).

Mortalita u obézních jedinců z největší míry souvisí s diabetem, kardiovaskulárními onemocněními, některými typy nádorů a onemocnění žlučníku (Hainer, 2004).

1.6.2 Pohybové komplikace

Komplikace s pohybovým aparátem bývají zmiňovány jako jeden z motivů lidí trpících obezitou k redukci hmotnosti (Ogden, & Clementi, 2010). Zároveň však mnohdy omezují postiženým jedincům snižování hmotnosti pomocí cvičení, protože u obezity dochází k přetížení pohybového aparátu a to, jak složky kosterního systému, tak svalového. Dochází k různým degenerativním onemocněním, zánětům a ve zvýšené míře také k úrazům, v důsledku čehož obézní jedinec často stále více omezuje pohybové aktivity (Janco et al., 1997). Čímž se mnohdy vytvoří jakýsi bludný kruh, ze kterého množství lidí trpících obezitou nevidí cestu ven.

1.6.3 Gravidita

Komplikace spojené s otěhotněním jsme se rozhodli zařadit, protože sehrávají stěžejní roli v motivaci ke snížení hmotnosti u žen, protože u žen trpících obezitou jsou velmi časté poruchy menstruačního cyklu, amenorea a mnohdy infertilita (Janco et al., 1997).

Komplikace a vyšší zdravotní rizika přetrvávají, i pokud k otěhotnění dojde, a to jak pro budoucí matku, tak pro dítě. Odhadem 11% potratů všech může být způsobeno důsledky spojenými s obezitou. Rizika se zvyšují lineárně s rostoucí váhou, udává se, že každých 10% hmotnosti navíc před otěhotněním, téměř 10% zvyšuje riziko těhotenské cukrovky a preeklampsie (Stubert, Reister, Hartmann, & Janni, 2018).

1.7 Psychické aspekty obezity

Pro osoby trpící obezitou bývají překvapivě mnohdy zásadní spíše psychické a sociální aspekty spojené s onemocněním. Rand a McGregor ve své studii dokonce uváděli, že někteří respondenti, kteří docílili snížení hmotnosti pomocí bypasu žaludku uváděli, že raději byli hluchí, trpěli diabetem či dyslexií, měli akné či onemocněli srdeční chorobou, než aby znovu měli původní váhu jako před operací (1991). Je tedy vidět, jak velkým hendikepem může obezita pro dotyčné jedince být.

V literatuře orientované na problematiku obezity bývá onemocnění spojováno se značným množstvím nejrůznějších psychických onemocnění, poruch, negativních psychických vlastností a prožitých traumat. Ve výčtu se nejčastěji objevuje souvislost s vyšším výskytem deprese, úzkostí, zhoršenými copingovými strategiemi, úzkostlivostí, impulzivitou, zkrácením body image, nízkou sebedůvěrou, záchvatovitým přejídáním a poruchami v oblasti sexuality. Mezi prožitými traumatickými situacemi zaznívá šikana, sexuální zneužívání, zhoršené vztahy s blízkými osobami, diskriminace a další (Hlúbik, & Vosečková, 2002; Herlesová, 2017).

Už jen samotné přiblížení jednotlivých oblastí by vydalo na samostatnou práci, proto se bude následující text orientovat pouze na depresi a její souvislosti s obezitou.

1.7.1 Deprese

U osob trpících obezitou se deprese vyskytuje velmi často. Onemocnění se nejčastěji projevuje nedostatkem energie, pasivitou, abulií a skleslou náladou. Logicky pak lidé

s depresí obtížněji hledají motivaci a energii i k malé změně životního stylu. Navíc se deprese často pojí i s poruchami spánku, s nimi související únava mnohdy vede k potřebě doplnit energii kalorickými potravinami, v důsledku čehož pak jedinec přibývá na hmotnosti. S depresí souvisí i rychlá unavitelnost, rozvoj pocitu viny a bezcennosti a pesimistický pohled na budoucnost. U některých jedinců se projevuje i tendence k zajídání negativních pocitů (Slabá, 2013).

Autoři studie zabývající se problémy s přejídáním a depresí u lidí s nadváhou taktéž uvádějí, že mezi stupněm deprese jedince a záchvatovitým přejídáním byla signifikantně významná pozitivní korelace. U žen se náchylnost k depresi a úzkostným stavům projevovala ve větší míře než u mužů. Počet respondentů byl 1632 (Linde, Jeffery, Levy, Sherwood, Utter, Pronk, & Boyle, 2004).

Rovněž výsledky poměrně nedávné studie ukazují na pozitivní korelaci mezi stupněm obezity a depresí. Studie zahrnovala 90 studentek ve věku 17 až 20 let (Rathee, 2017).

Další výzkum se pokusil osvětlit, proč někteří obézní jedinci trpí i depresí, zatímco jiní nikoliv. Autoři uvádí, že častější výskyt deprese se projevilo u obézních osob, které měli sklony k ruminaci a perfekcionismu. Výzkumu se účastnilo 254 lidí s obezitou (Minkwitz et al., 2019).

Nicméně příčin výskytu deprese u obézních osob může být celá řada, stejně jako u normosteniků. K rozvoji onemocnění může přispět i diskriminace, sociální stigmatizace, zhoršená kvalita života i zdravotní onemocnění, jenž se s obezitou pojí. Deprese může souviset s neúspěchy o redukci hmotnosti, ale také může být naopak následkem neúspěšných pokusů o snížení hmotnosti. Na druhé straně rozvoj deprese může následně zapříčinit přibývání na váze a vést k obezitě (Hlúbik et al., 2002).

1.8 Motivace k redukci hmotnosti u obézních osob

V následující části budou popsány výzkumy popisující motivaci k redukci hmotnosti. Několik z nich je kvalitativních a zabývá se specifickým okruhem respondentů. Zajisté se nejedná o úplný výčet možných motivů, ale spíše ilustraci různorodých pohledů a motivů.

Důležitým faktorem při každé změně je zajisté motivace jedince. Vzhledem k nespočetným zdravotním komplikacím spojeným s obezitou, mezi kterými se objevují i život ohrožující onemocnění, by se dalo předpokládat, že zdravotní stav bude převládat jako dominující motiv.

Avšak v rozsáhlé studii zpracovávající data od 784 respondentů, kteří úspěšně zhubli v průměru o 30 kg a udrželi si tuto váhu minimálně po dobu 5 let, se tento předpoklad nepotvrdil (Klem, Wing, McGuire, Seagle & Hill, 1997).

Ačkoliv 77% respondentů uvedlo, že jejich úspěšnému zhubnutí předcházely nějaké spouštěče, překvapivě častěji byly uváděny spíše momenty, kdy se viděli na fotce, v zrcadle nebo se účastnili nějakého shledání po letech (např. školního srazu). Je možné, že celkový výsledek je ovlivněn převahou žen ve vzorku (629 žen), protože u žen převládaly právě spouštěče, jež by se daly shrnout pod označení emočně zabarvené momenty související s jejich hmotností. U mužů naopak převládaly zdravotní důvody, jako například spánková apnoe či bolest zad (tamtéž).

Analogické výsledky přináší norská studie zkoumající obavy a představy asociované s obezitou, u mužů byl nejčastěji uváděným motivem snížení hmotnosti zdravotní stav, u žen naopak zvýšení well-beingu. Studie se zúčastnilo 1019 respondentů, nicméně všichni respondenti sami sebe hodnotili jako normosteniky či osoby s nadváhou (Tonstad et al., 2006).

Možným vysvětlením, proč by mohl být ve výše uvedených studiích zdravotní stav až druhořadým motivem, by mohla být nedostatečná informovanost o zdravotních dopadech obezity nebo podceňování rizik.

Podstatným faktorem v motivaci k redukci hmotnosti je i znalost účinných postupů, jak redukce docílit, avšak v záplavě postupů a doporučení je mnohdy pro jedince trpící obezitou obtížné se zorientovat a vybrat si. Z toho důvodu velmi podstatnou roli mohou sehrávat rady odborníků. Avšak ačkoliv ve studii zahrnující 370 respondentů, jež v minulosti dosáhli úspěšné redukce tělesné hmotnosti v rámci redukčního skupinového kurzu, bylo naprostě většině z nich (80%) lékařem doporučeno snížit svou hmotnost, pouze zlomek z nich (22%) obdrželo k doporučení i nějakou radu, jak s redukcí začít. Přesto však 23% respondentů, kterým bylo doporučeno snížení tělesné hmotnosti, označilo doporučení od lékaře jako nepřímou odpovědnost za redukci jejich tělesné hmotnosti (Evans, 1999).

Naopak odborníci v jiné studii vnímali nízký zájem o jejich doporučení k redukci hmotnosti a informace o možných zdravotních komplikacích spojených s obezitou. Mezi odborníky také panovala shoda, že zájem o redukci hmotnosti a zdravý životní styl pacientům obvykle dlouhodobě nevydrží. I mezi jejich názory ohledně motivace u osob z obezitou uváděli nejčastěji strach z propuknutí diabetického onemocnění a nutnosti užívat intravenózně inzulin (Woodruff, Schauer, Addison, Gehlot, & Kegler, 2016).

Jiné motivy byly rovněž uváděny u obézních osob, které se rozhodly podstoupit bariatrickou operaci. U 6 z 9 respondentů zazněl jako motiv strach ze smrti. Z nemocí pak byly uvedeny právě diabetes, kardiovaskulární onemocnění a vysoký krevní tlak, tedy ty, které ve vysoké míře souvisí s mortalitou (Meza Peña, Pompa Guajardo, & García Cantú, 2017).

V jiné kvalitativní studii zaměřující se na zkušenosti obézních jedinců z jejich každodenního života jedna respondentka popisovala snížení hmotnosti jako návrat svobody, možnosti sejít a vyjít schody, uklízet domov bez funění a bolesti či si dojít nakoupit. Vnímala svou hmotnost, jakoby jí někdo sebral část jí samotné, jakoby jí byl ukraden její život (Ogden & Clementi, 2010). Výše uvedené popis poměrně výstižně ilustrují pocity, jež se mohou pojit právě s omezením hybnosti u těžkých stupňů obezity.

Pro řadu jedinců dosahujících nejvyšších stupňů obezity pak bývají motivačním momentem ke změně a vyhledání odborné pomoci různé reportáže v médiích, jež ukazují případy obézních jedinců, k jejichž převozu do nemocnice bylo potřebné zavolat hasiče či museli s ohledem na svou váhu použít ke zdravotnímu vyšetření přístroje v zoologické zahradě, které mají vyšší nosnost. Dotyční se pak více obávají, že v důsledku akutních zdravotních obtíží budou vystaveni obdobné situaci (Herlesová, 2017).

Z výše uvedeného se dá usuzovat, že právě v oblasti pohybových komplikací by mohla být vhodnou oblastí, na niž se zaměřovat při motivaci a edukaci obézních jedinců ke změně. Patrně jsou rovněž odlišnosti v motivaci podle stupně obezity a zdravotních komplikací jedince. Otázkou tak zůstává, do jaké míry informace o zdravotních rizicích spojených s obezitou skutečně motivují jedince trpícího obezitou ke změně u nižších stupňů obezity, ještě předtím, než se začnou projevovat závažné a mnohdy doživotní zdravotní onemocnění, a jakým způsobem tedy předcházet rozvoji morbidní obezity a dalším zdravotním komplikacím.

1.9 Vybrané přístupy k léčbě obezity

Existuje vícero postupů a přístupů k léčbě obezity. Dali by shrnout do následujících kategorií: behaviorálně zaměřené přístupy, přístupy založené na pohybové aktivitě, diety, farmakoterapie, chirurgická léčba, léčba pomocí bylinek a alternativní léčba (Bray & Bouchard, 2004). Následující kapitola se bude věnovat kognitivně behaviorálnímu přístupu a redukci prostřednictvím fyzické aktivity.

1.9.1 Kognitivně-behaviorální přístup k léčbě obezity

Redukční programy organizace STOB vycházejí z teoretického rámce kognitivně-behaviorální terapie, proto bude následující část věnována jejímu bližšímu představení.

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) patří mezi nejefektivnější způsoby léčby návykových problémů, mezi něž se řadí i obezita (Málková, 2004). K léčbě obezity byl KBT přístup použit již mezi lety 1960 a 1970 (Stuart, 1967 podle Bray & Bouchard, 2004). Přístup KBT vychází z předpokladu, že obezitu způsobují především nevhodné stravovací a pohybové návyky a s nimi spojené způsoby myšlení. Přičemž cílem terapie je navození žádoucích změn v těchto oblastech prostřednictvím poznatků vycházejících z teorie učení (Málková, 2004).

Na základě aplikace poznatků z teorie klasického podmiňování se v rámci terapie klienti učí identifikovat podněty, jež v jejich případě spouští hlad či chutě na konkrétní potraviny. Může se jednat o nejrůznější druhy podnětů z oblastí environmentální, společenské, fyziologické, kognitivní či emocionální. Po identifikaci podnětu je dalším krokem naplánování možných jiných variant jednání nahrazující původní reakci (jedení). Důležitou složkou terapie je i přerámování přístupu k dodržování režimu, kdy jsou klienti v souladu s poznatky z teorie operantního podmiňování vedeni k odměňování se, pokud se jim daří dodržovat nastavený režim (tamtéž).

Zároveň jsou klienti seznámeni s mechanismem relapsu podle modelu stádií změny, kdy je vysvětleno, že selhání v nastaveném režimu tzv. relaps je přirozenou součástí změny životního stylu, dochází k němu mnohdy v momentech, jež jsou pro dotyčného nějakým způsobem náročné, a pokud se tak stane, je důležité si to nevyčítat, ale přijmout jej jako součást procesu a pokračovat v nastaveném režimu. Navíc je klientům vysvětleno, že vyčítání si a obviňování se z nedodržení režimu je častým spouštěčem dalšího selhání (Miller & Rollnick, 2004).

S tímto souvisí i poznatky z kognitivní teorie tedy, že není důležitý pouze podnět či spouštěč, ale především význam, kterým mu jedinec přisoudí. Vezmeme-li mechanismus selhání v redukčním režimu, může se například jednat o myšlenku přisuzující selhání význam ve smyslu dehonestace sebe samého (např. „Jsem k ničemu.“) či schopnosti zvládnout změnu („Nikdy to nezvládnou.“). Nebo naopak reklama na nový druh sušenky, jež automaticky vyvolá libé pocity a nutkání zkonzumovat sladký pokrm (Málková, 2004).

Výše zmíněné principy se dají rovněž shrnout základní teorií KBT A, B, C. Kdy A označuje tzv. antecedent neboli spouštěč, B je zkratka slova „behavior“, anglický výraz pro

chování, C pak „consequent“ tedy konsekvence, důsledky. Důsledkem je míněno posílení nového návyku či snížení frekvence nežádoucího chování. Stěžejním bod terapie je však i důraz na to, aby změny životního stylu byly pro jedince pozitivní, aby zvyšovaly jeho kvalitu života a ne naopak. KBT volí cestu postupných dlouhodobě udržitelných změn, je-li například pro jedince nepředstavitelný život bez čokolády, je vhodné vést dotyčného například ke snižování množství jednotlivé dávky, prodlužování frekvence mezi jednotlivými konzumacemi či volbě kvalitnějších výrobků intenzivnější chuti (tamtéž).

Celkově se KBT cílí nejen na změnu jídelníčku, ale záměrně se snaží ovlivňovat i myšlení a emoce vedoucí k nežádoucímu chování. Vede klienty k aktivnímu přístupu, učí je přesvědčení, že chování, myšlení i emoce lze předvídat, usměrňovat a kontrolovat, k čemuž jim poskytuje konkrétní návody a techniky (tamtéž).

Obecnost zaměření KBT potvrzuje i výsledek studie srovnávající dva terapeutické přístupy k léčbě morbidně obézních jedinců, kteří se zároveň i záchvatovitě přejídají. Po roce od ukončení terapie bylo u respondentů patrné znatelné snížení hmotnosti a snížení míry distresu. Nicméně ve zlepšení záchvatovitého přejídání byla signifikantně významně efektivnější tzv. brief strategic therapy. Vzorek respondentů byl 60 osob, KBT podstoupilo 30 nich (Jackson, Pietrabissa, Rossi, Manzoni, & Castelnuovo, 2018).

1.9.2 Pohybová aktivnost

Snižování hmotnosti bývá ve většině případů asociováno s účelovým a velmi často namáhavým tělesným cvičením s cílem navýšení tělesné zdatnosti jedince. Naproti tomu pod pojmem pohybová aktivnost se ukrývá v podstatě jakýkoliv tělesný pohyb vyžadující vyšší kalorický výdej. Patří sem procházky, nordic walking, golf, turistika, ale i běžné aktivity jako uklízení, hrabání listí, chůze do schodů či nakupování. Pro jedince se sedavým způsobem života se jedná o přijatelnější variantu pohybu než účelová cvičení (Marcus, & Forsyth, 2010).

Výhodou konceptu pohybové aktivity je eliminace negativní pocitů a situací spojených se cvičením. Nepříjemnou situací pro osoby trpící obezitou už může být samotný nákup sportovního oblečení či samotný vstup do sportovního zařízení. Takto koncipované pohybové aktivity nabízejí nepřebornou škálu možností, jak během dne navyšovat svou pohybovou aktivnost (tamtéž).

Nejčastějším uváděným významem pohybových aktivit ve vztah k redukci hmotnosti je zvýšení energetického výdeje. Ke spalování energie dochází u jakékoliv pohybové aktivity,

ačkoliv u aktivit intenzivnějšího rázu dochází pochopitelně k vyššímu výdeji. Zvýšením energetického výdeje prostřednictvím pohybové aktivity se dá do určité míry kompenzovat vyšší kalorický příjem ve stravě, i když tento efekt bývá poměrně často přeceňován.

Pohybová aktivita může mírně navýšit i klidový výdej prostřednictvím svalové hmoty, jak již bylo popsáno v části o energetické bilanci (Bendlová et al., 2004).

Neméně důležité jsou však zdravotní benefity spojené s pohybovou aktivností, mezi něž patří snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění, vysokého krevního tlaku, cukrovky, rakoviny tlustého střeva, nachlazení a naopak zlepšení kvality spánku a well-beingu (Dobrá, & Čechovská, 2011).

Snížení rizika kardiovaskulárního onemocnění u pohybově aktivních obézních lidí potvrzují i výsledky studie s celkovým vzorkem respondentů 5344 starších 55 let. Riziko kardiovaskulárních onemocnění u velmi pohybově aktivních obézních jedinců dokonce nebylo vyšší než u jedinců s normální hmotností. V průběhu 15 let průběhu studie se kardiovaskulární potíže objevily u 866 respondentů (Koolhaas, Dhana, Schoufour, Ikram, Kavousi, & Franco, 2017).

Autoři metaanalýza 36 studií zkoumajících souvislost mezi pohybovou aktivitou a well-beingem uvádí, že nejvíce benefitů bylo spojeno s aerobním cvičením, hned za ním následovalo posilování. Celkově se v zahrnutých studiích objevila korelace pohybové aktivity se snižováním úzkosti, zvyšováním well-beingu a vnímané osobní účinnosti. Nejmenší dopad byl u souvislosti se životní spokojeností. Respondenti zahrnuti v této metaanalýze byli starší než 55 let (Netz, Wu, Becker, & Tenenbaum, 2005).

2 Vnímaná osobní účinnost

Tato část se nejprve bude věnovat samotnému překladu původního anglického termínu, definici konstruktů a zdrojům určujícím úroveň vnímané osobní účinnosti jedince. Následně budou uvedeny souvislosti s nízkou a vysokou úrovní vnímané osobní účinnosti, především v oblasti pohybové aktivity, spojitosti koncepce s obezitou a závěr této části bude věnován obecné vnímané účinnosti.

2.1 Používané překlady pojmu vnímaná osobní účinnost

Koncept vnímané osobní účinnosti poprvé popsal americko-kanadský psycholog Bandura pod názvem self-efficacy. Česká odborná veřejnost zatím není zcela jednotná v používané terminologii, protože je poměrně obtížné najít český ekvivalent, jenž by v plné míře vystihoval celý koncept self-efficacy. Janoušek používá termín sebeuplatnění (1992), který stylisticky velmi dobře zní, nicméně má širší konotace a je poměrně zavádějící, proto Janoušek navrhuje ještě další termín percipovaná autoefektivnost (2006).

Rovněž je možné narazit na termíny očekávání sebe-účinnosti, vnímaná sebevýkonnost (Nakonečný, 1996), důvěra ve vlastní schopnosti (Hayesová, 1998), vnímaná sebeúčinnost (Poledňová, 2006) či vědomí vlastní účinnosti (Macek, 2003). Někteří autoři pojem nepřekládají a používají přímo anglický termín self-efficacy (Balaščíková, Blatný, & Kohoutek, 2004). Křivohlavý hovoří o obecné vlastní efektivitě, jak je ostatně nazván i inventář použitý v empirické části práce (Křivohlavý, Schwarzer, & Jeruzalem, 1993). Hoskocová používá termín vnímaná osobní účinnost (2006). Termín vnímaná osobní účinnost je dále používán i v této práci.

2.2 Definice vnímané osobní účinnosti

Vnímaná osobní účinnost hraje stěžejní roli v Bandurově sociálně kognitivní teorii, nicméně se jedná o samostatný koncept. Bandura vychází z předpokladu, že člověk je z velké míry ovlivňován nejen svým prostředím a vnitřními impulzy, ale především vnímáním sebe samého. Je tedy schopen sebereflexe a následně i seberegulace a sebeorganizace (1986).

Vnímaná osobní účinnost je definována jako důvěra jedince ve svou schopnost svým chováním produkovat požadovaný efekt. Jedná se o klíčový faktor, protože pokud člověk nevěří, že je schopen daného cíle dosáhnout, pak ani nevyvine potřebné úsilí k jeho dosažení. Zatímco lidé s vysokou úrovní vnímané osobní účinnosti mnohdy zvládnou splnit i velmi obtížné úkoly. K tomuto dochází už prostřednictvím samotného způsobu utváření kognitivních, afektivních, motivačních a selektivních procesů, protože lidé s vysokou úrovní vnímané účinnosti přistupují k úkolům jako k výzvám určeným k překonávání, namísto jako k hrozbám, kterým je nejlépe se vyhnout. Úroveň vnímané osobní účinnosti člověka tedy z velké části určuje, jakým způsobem lidé myslí, prožívají, jak se chovají i jak motivují sami sebe ke zvládnání i vytyčování svých cílů (Bandura, 1994 podle Ramachaudran, 1998).

Klíčové je i Bandurovo zaměření konceptu osobní vnímané účinnosti ke konkrétním oblastem a situacím. V Bandurově pojetí se tedy nejedná o obecnou vlastnost jedince postihující všechny oblasti, ale právě naopak v podstatě může být vymezeno nekonečné množství specifických situací a u každé z nich může daný jedinec dosahovat jiné úrovně osobní vnímané účinnosti (Bandura, 1997). Například v oblasti pohybové aktivity může jedinec dosahovat vysoké úrovně osobní vnímané účinnosti u své schopnosti věnovat se pravidelně cvičení za běžných podmínek, ale naopak nízké úrovně pokud jde o zvládnutí tohoto cíle během dovolené, když je člověk smutný, nebo pokud má zrovna hodně pracovních povinností. Z toho důvodu bývá někdy Bandurovo pojetí označováno jako specifická vnímaná osobní účinnost.

Podle Bandury se navíc lidé liší, jak v oblastech, v nichž vnímanou osobní účinnost kultivují, tak v úrovni, jaké v ní dosahují. Konkrétní oblasti a úrovně osobní vnímané účinnosti jednotlivce jsou produktem genetiky, sociokulturních zkušeností a náhodných událostí, jež zasahují do vývoje dané osobnosti (Bandura, 1997).

V návaznosti na to Zimmerman rozlišuje u osobní vnímané účinnosti její úroveň, sílu a obecnost. Dimenzí obecnosti míní počet oblastí, ve kterých jedinec uplatňuje určitý stupeň vnímané osobní účinnosti. Úroveň je míněna především náročností vytyčeného úkolu. Třetí dimenze síly označuje pevnost přesvědčení jedince o své schopnosti ve zvládnutí úkolu (Zimmerman, 2000).

2.3 Zdroje vnímané osobní účinnosti

Bandura dále vymezuje tyto čtyři zdroje vnímané osobní účinnosti: zážitek zvládnutí úkolu (mastery experience), zástupná zkušenost (vicarious experience), přesvědčování druhými (verbal persuasion) a fyzický a emoční stav jedince (physiological and affective states).

2.3.1 Zážitek zvládnutí úkolu

Nejdůležitějším ze zdrojů vnímané osobní účinnosti je zkušenost jedince se zvládnutím úkolu, protože poskytuje nejvěrohodnější důkaz, zda je dotyčný schopen uspět. Úspěchy tedy ve značné míře podporují nárůst vnímané osobní účinnosti jedince. Na druhou stranu Bandura upozorňuje, že pokud jedinec zažívá pouze snadné úspěchy, může se stát, že bude očekávat rychlé dosažení výsledků a snadno jej může odradit neúspěch. Neúspěchy obecně fungují na opačném principu, tedy snižují vnímanou osobní účinnost, obzvláště v případě, kdy ještě není vnímaná osobní účinnost v dané oblasti pevně utvořena (Bandura, 1997).

Najít tuto hranici však mnohdy není snadné, obzvláště při snaze posílit vnímanou osobní účinnost u skupiny lidí. Například při analýze dat z programu Mezinárodního studentského shromáždění výzkumníci zjistili, že u výborně hodnocených studentů byl rozvoj vnímané osobní účinnosti spojen spíše s počítáním konkrétních a snazších příkladů. Zatímco u dívek rozvoj vnímané osobní účinnosti souvisel naopak se zabýváním se čistou matematikou (pure mathematics problems). Nicméně obecně platilo, že studenti, kteří častěji počítali konkrétní příklady, dosahovali vyšší úrovně vnímané osobní účinnosti (Borgonovi & Pokropek, 2019).

Rovněž se ukazuje, že podstatnou roli sehrává i jedincovo přesvědčení, že úspěchu dosáhl vlastními silami. Například ve studii zabývající se zkoumáním souvislost mezi očekáváním, vnímanou osobní účinností a placebo efektem falešného suplementu podporujícímu hubnutí, se u respondentů, kteří během redukčního režimu užívali placebo, snížila osobní vnímaná účinnost v oblasti redukce váhy a naopak se zvýšila jejich víra v účinnost pilulek na hubnutí. A to i přesto, že jedné skupině respondentů bylo sděleno, že polovina z nich bude užívat pilulky, jež nemají žádný efekt při hubnutí. Naopak u skupiny respondentů, již nebyly podávány žádné pilulky, došlo k navýšení osobní vnímané účinnosti

v oblasti redukce váhy. Ačkoliv se na závěr výzkumu výsledky jednotlivých skupin signifikantně nelišily ani u váhového úbytku, ani u metabolického syndromu, u respondentů s vysokou vírou v účinnost tablet na hubnutí napříč jednotlivými skupinami došlo k nižšímu úbytku váhy než u ostatních. Výzkum zahrnoval 114 dospělých respondentů trpících obezitou a metabolickým syndromem. Všichni respondenti obdrželi rady ohledně zdravého životního stylu a byli náhodně rozděleni do třech skupin (Tippens, Purnell, Gregory, Connelly, Hanes, Oken, & Calabrese, 2014).

Zdá se, že řada lidí dokonce intuitivně vnímá důležitost zážitku zvládnutí. Kupříkladu ve studii zkoumající efektivitu intervence podporující vnímanou osobní účinnost u adolescentů po prohraném sportovním zápase bylo sportovcům prezentováno 6 výroků zaměřených na posílení vnímané osobní účinnosti. Výroky byly zaměřeny právě na posílení zážitku zvládnutí, zástupné zkušenosti nebo verbální podpory. Přičemž nejvíce sportovců si vybralo právě představování zážitku zvládnutí (Brown, Malouff, & Schutte, 2005).

Studie zahrnovala 111 hráčů fotbalu nebo netballu (převážně ženský sport, podobný basketballu), průměrný věk zúčastněných byl 14 let. Ve výsledcích nebyl signifikantní rozdíl u výběru představy zdroje mezi dívkami a chlapci. První nabízenou možností z oblasti zvládnutí bylo představení si něčeho, co dotyčný hráč během hry velmi dobře zvládnul. Druhou byla představa výhry v budoucnosti a pocity s tím spojené (tamtéž).

2.3.2 Zástupná zkušenost

Druhým významným zdrojem pro vytváření i posilování vnímané osobní účinnosti je zástupná zkušenost skrze zvládnutí vytyčeného cíle jinou osobou, tzv. sociálním modelem. A naopak i zprostředkovaný zážitek neúspěchu u jedince snižuje úroveň jeho vnímané osobní účinnosti v dané oblasti. Přičemž platí, že čím vyšší je míra ztotožnění jedince se sociálním modelem, tím vyšší bude posílení víry ve zvládnutí daného úkolu, nebo naopak v případě neúspěchu sílí přesvědčení, že by jedinec rovněž selhal. Navíc kromě posouzení vlastní schopnosti úkol zvládnout poskytují často sociální modely i znalosti, dovednosti a strategie k dosažení požadovaného cíle (Bandura, 1997).

2.3.3 Přesvědčování druhými

Třetím faktorem ovlivňujícím vnímanou osobní účinnost je přesvědčování druhými. Lidé, již jsou povzbuzováni tvrzeními, že mají schopnosti dosáhnout vytyčeného cíle, vyvíjejí k jeho dosažení více snahy a déle si snahu udrží, než lidé, kteří jsou zakotveni pochybách a vrtají se ve svých nedostacích, když se objeví problém (Bandura, 1997).

Avšak pouze pomocí verbálního přesvědčování je mnohem obtížnější posílit něčí důvěru ve svou schopnost dosáhnout cíle, než naopak jeho víru podkopat. Lidé, kteří často slychali, že nemají potřebné kapacity, mají tendenci vyhýbat se výzvám, a když se objeví nějaké potíže, tak se rychle vzdávají. Na druhou stranu nerealistická podpora může také uškodit. Hrozí totiž riziko toho, že člověk velice rychle narazí a následně zklamání zneváží původní podpůrné tvrzení. Jako ideální se ukazuje podpora při strukturování jednotlivých kroků tak, aby si jedinec často zažíval úspěch a nevrhal se předčasně do úkolů, na které ještě není připravený (tamtéž).

Ukazuje se, že větší dopad na vnímanou osobní účinnost mívají tvrzení cílené na schopnosti, a to i v situacích prohry. Například ve studii zkoumající efektivitu intervence podporující vnímanou osobní účinnost u adolescentů po prohraném sportovním zápase měli hráči, kteří po prohře od trenéra slyšeli, že prohráli, protože potřebují ještě trénovat, mnohem vyšší vnímanou osobní účinnost, než hráči, jež od trenéra slyšeli, že prohráli, protože jsou špatní hráči (Brown et al., 2005).

2.3.4 Fyzický a emoční stav

V neposlední řadě jistě záleží i na fyzickém a emočním stavu jedince. Přičemž Bandura upozorňuje na to, že lidé mnohdy zaměňují aktuální stavy za své vlastnosti. Často stres či úzkost bývají interpretovány jako znaky vulnerability či nízké výkonnosti. V situacích vyžadujících výdrž a sílu pak únavu či bolest vykládají jako projev své fyzické slabosti. Celkově se dá říct, že dobrá nálada zvyšuje úroveň vnímané osobní účinnosti a špatná nálada ji naopak snižuje. Čtvrtou cestou, jak zlepšit osobní vnímanou účinnost, je tedy pracovat na snížení úrovně stresu a změně negativních myšlenek či zkresleného vnímání fyzických stavů (Bandura, 1997).

Podle výsledků výše popsané studie se zdá, že intervence vycházející na posilování zdrojů vnímané osobní účinnosti působí protektivně i po prohraném zápase, protože

k signifikantně většímu poklesu vnímané osobní účinnosti došlo u hráčů z kontrolní skupiny, tedy těch, kteří se nezúčastnili žádné intervence na posílení vnímané osobní účinnosti. Účinnost intervence mezi jednotlivými zdroji nebyla srovnávána vzhledem k tomu, že si hráči měli sami vybrat, jakou představu použijí. Proto taktéž byl velký početní nepoměr mezi použitím jednotlivých zdrojů. Navíc hráči mohli vyzkoušet i vícero představ (Brown et al., 2005).

2.4 Vysoká vnímaná osobní účinnost

Vysoká vnímaná účinnost souvisí s řadou oblastí. Jednou z nich je zvyšování výkonnosti jedince, a to prostřednictvím hned několika způsobů. Lidé s vysokou vnímanou osobní účinností mají vyšší aspirace, stanovují si tedy náročnější cíle a očekávají od sebe, že je dokážou zvládnout. Navíc na stanovených úkolech pracují důkladněji, s čímž souvisí už i samotný přístup k nim, úkoly totiž vnímají jako výzvu určenou k překonávání. Vzniká u nich také silnější pocit závazku, díky čemuž jim snažení vydrží delší dobu a vyvíjejí větší úsilí při dosahování svého cíle (Bandura, 1997).

Tato houževnatost se projevuje i v oblasti zdravého životního stylu, kdy ve studii zabývající se vlivem vnímané osobní účinnosti na zdravý životní styl u lidí s nízkými příjmy se ukázala jako velmi silným prediktorem zdravého stravování vnímaná účinnost v oblasti čtení nutričních informací na etiketách potravin. Výzkum zahrnoval 720 respondentů, 68% z nich mělo buď nadváhu, nebo obezitu. Výsledek nebyl ovlivněn úrovní vzdělání ani ostatními proměnnými (Robles, Smith, Ponce, Piron, & Kuo, 2014).

V další studii zase studenti s vyšší vnímanou osobní účinností lépe zvládali dodržovat své předsevzetí cvičit i během zkouškového období. Celkový počet respondentů byl 233 studentů vyšších ročníků, 80% vzorku bylo tvořeno ženami a průměrný věk byl 20 let. Z dobrovolníků přihlášených do výzkumu byli vybráni pouze respondenti, jež během předchozího měsíce cvičili alespoň jednou týdně a plánovali se věnovat cvičení i během zkouškového období (Strachan, Perras, Brawley, & Spink, 2016).

Výsledky obou studií potvrzují Bandurův předpoklad, že vnímaná osobní účinnost se projevuje zejména ve zvládnání specifických náročných situacích, kam jistě lze zařadit zkouškové období u studentů a taktéž naučit se porozumět složení výrobků bývá lidmi snažícími se o redukci hmotnosti vnímáno jako velmi obtížné (Bandura, 1997).

Během dosahování svého cíle lidé s vysokou úrovní osobní vnímané účinnosti také v mnohem větší míře zažívají pocit osobní pohody (well-being). Díky víře ve svou schopnost úkol zvládnout zažívají během práce na něm méně stresu a umí se lépe zbavit negativních myšlenek. Při práci zažívají hluboké zaujetí činností a pocity naplnění. V neposlední řadě také více využívají zdroje pro obnovení sil jako je odpočinek, setkání s přáteli či prosba o pomoc (tamtéž).

To dokládá i výše zmíněná studie, kdy se studenti s vyšší vnímanou osobní účinností signifikantně častěji během zkouškového věnovali cvičení (Strachan et al., 2016).

I metaanalýza studií zabývajících se fyzickou aktivností, kdy dokonce vysoká vnímaná účinnost u dospělých respondentů pozitivně korelovala s fyzickou aktivitou u 4 ze 7 studií. U jedné studie byla vnímaná osobní účinnost společně se zdravotním stavem určena jako determinanta pohybové aktivity. Konzistentní pozitivní korelace vnímané osobní účinnosti s fyzickou aktivitou se objevila i u studií zahrnující děti a adolescenty, determinantou byla rovněž určena v jednom případě. Metaanalýza se týkala výzkumů publikovaných do dubna 2012 zaměřujících se na fyzickou aktivnost či naopak neaktivnost. Většina studií se orientovala na volnočasové a reakční aktivity (Bauman, Reis, Sallis, Wells, Loos, & Martin, 2012).

Neúspěch přičítají nedostatečnému úsilí, znalostem nebo dovednostem, tedy věcem, jež se dají změnit. Při nezdaru se u nich vnímaná osobní účinnost rychle obnovuje (Bandura, 1997). Dá se tedy usuzovat, že lidé s vysokou vnímanou účinností si ze svých nezdarů odnáší poučení pro příště a zkouší svého cíle dosáhnout znovu.

2.5 Nízká vnímaná osobní účinnost

Naopak lidé s nízkou vnímanou osobní účinností si stanovují nižší cíle, při jejich plnění se soustředí spíše na obtíže s nimi spojené, nejrůznější překážky a katastrofické scénáře. Svou energii pak věnují vymýšlení, jak se jim vyhnout na úkor energie vkládané do činností vedoucích ke splnění cíle. Při střetu s neshodami se také snadněji vzdávají. Své nezdary připisují nedostatku talentu či dovedností a mnohdy pochybují sami o sobě. Jelikož mají často pocit, že situaci nejsou schopni ovlivnit či změnit, se o změnu ani nepokusí, ačkoliv jim k tomu prostředí nabízí příležitosti (Bandura, 1997).

To se bohužel někdy projevuje i ve využívání lékařské péče. V průřezové studii zabývající se bariérami v přístupu ke zdravotnické péči u Portoričanů s diabetem typu 2 byla

nízká vnímaná účinnost spojena s vnímáním bariér v přístupu k lékaři. Naproti tomu diabetici s vyšší vnímanou účinností zvládali bariéry překonat a využívat zdravotnickou péči. Studie se zúčastnilo 211 Latinoameričanů převážně portorikánského původu. Rozhovory probíhali v domově respondentů (Kollanoor-Samuel, Vega-López, Chhabra, Segura-Pérez, Damio, & Pérez-Escamilla, 2012).

Lidé s nízkou vnímanou účinností taktéž častěji trpí depresí, negativními dopady stresu a stávají se jeho oběťmi (Bandura, 1997).

Nízká vnímaná osobní účinnost by dokonce podle výzkumu zaměřujícího se na zkoumání vztahu mezi osobností typu D a fyzickou neaktivností mohla být mediátorem mezi oběma proměnnými. Respondenti s osobností typu D, tedy lidé se sklonem více prožívat negativní emoce a stres a se sklony ke kardiovaskulárním chorobám, mají také častěji nízkou vnímanou osobní účinnost než ostatní typy (non-Type D's). Výzkum zahrnoval 189 respondentů (Wiencierz & Williams, 2017).

V další studii byla nízká vnímaná účinnost v oblasti zdravého stravování spolu s podporou vrstevníků spojena s konzumací nezdravého jídla. Překvapivě naopak pro zdravé stravování se ukázala signifikantně významná pouze proměnná vysoké vnímané účinnosti. Studie se zabývala souvislostmi mezi způsobem stravování dospívajících a vnímanou osobní účinností, podporou od vrstevníků a rodičů v oblasti zdravého či nezdravého stravování. Počet respondentů byl 483 (264 chlapců, 219 dívek) ve věku od 13 do 18 let (Fitzgerald, Heary, Kelly, Nixon & Shevlin, 2013).

2.6 Vnímaná osobní účinnost a obezita

Jak vyplývá z předchozího textu, vnímaná osobní účinnost v mnoha aspektech souvisí se zdravým životním stylem. V následujícím textu bude popsáno několik výzkumů zaměřujících se na souvislosti vnímané osobní účinnosti s obezitou a intervencí spojených s redukcí hmotnosti. S ohledem na zaměření této diplomové práce jsou prezentovány především studie zaměřující se na pohybovou aktivnost. Bohužel některé uvedené výzkumy nezahrnují pouze respondenty s obezitou, sama tato skutečnost je u studií vždy uvedena.

2.6.1 Souvislosti mezi vnímanou osobní účinností a obezitou

Podstatným faktorem ohledně snižování hmotnosti a dodržování doporučení ohledně zdravého životního stylu se jeví už samotné přesvědčení ohledně příčin obezity a možnosti jejího ovlivnění.

Ve studii zaměřující se právě na zkoumání těchto přesvědčení se ukázalo, že u respondentů, jež věří v genetickou podmíněnost obezity a s tím spojenou omezenou možnost ovlivnění váhy prostřednictvím zdravého životního stylu, došlo během dietního režimu k nižšímu snížení hmotnosti. Po provedení regresní analýzy se právě vnímaná osobní účinnost ukázala jako signifikantní prediktivní faktor váhového úbytku. Výzkumu se účastnilo 48 žen a 18 mužů trpících obezitou (BMI 30-50). Průměrný věk byl 45 let. Váhový úbytek byl měřen po absolvování 8 týdenního nízkokalorického režimu (Wamsteker, Geenen, Iestra, Larsen, Zelissen, & Vanstaveren, 2005).

Obdobné výsledky přináší i další studie zabývající se přesvědčeními spojenými s obezitou a vnímanou osobní účinností u žen. Předně respondentky, u nichž převažovalo přesvědčení, že obezita je ovlivněna stravou, konzumovaly více ovoce a zeleniny. Tyto respondentky rovněž dosahovaly vyšší vnímané osobní účinnosti v oblasti kontroly hmotnosti. Rovněž přesvědčení, že pomocí pohybu lze ovlivnit svou váhu, bylo spojeno s vyšší pohybovou aktivností a vyšší vnímanou osobní účinností v oblasti kontroly hmotnosti. Avšak vyšší vnímaná osobní účinnost v oblasti kontroly váhy byla spojena s vyšší pohybovou aktivností pouze u respondentek, jenž netrpěly obezitou (Knerr, Bowen, Beresford, & Wang, 2016).

Právě pohybová aktivnost byla zcela pochopitelně další důležitou proměnnou. Vyšší vnímaná osobní účinnost v oblasti kontroly váhy a vyšší pohybová aktivnost se u respondentek lišila podle BMI indexu. Platilo, že čím vyšší byly hodnoty BMI indexu, tím nižší byla pohybová aktivnost a vnímaná osobní účinnost v oblasti kontroly hmotnosti. Naopak negativní korelace byla mezi indexem BMI a přesvědčením o genetické podmíněnosti obezity. Výzkumný soubor zahrnoval data o 487 respondentek, z nichž 106 mělo nadváhu a 198 bylo obézních či dokonce morbidně obézních (Knerr, Bowen, Beresford, & Wang, 2016).

Signifikantně nižší pohybová vnímaná osobní účinnost u lidí s nadváhou a obezitou než u lidí s normální hmotností vyšla i v další studii, kde respondenti byli vysokoškolští studenti. Přičemž muži se celkově věnovali fyzickým aktivitám ve větší míře než ženy. Počet respondentů byl 220 a 35% z nich bylo zařazeno do skupiny s nadváhou a obezitou (Ha, Lee, Kim, Seo, Sohn, Park, & Kim, 2016).

Překvapivě mezi skupinami s normální váhou a nadváhou/obezitou nebyl signifikantní významný rozdíl mezi vnímanou osobní účinností v oblasti stravovacích návyků (tamtéž).

Během procesu změny chování jsou běžné tzv. relapsy, tedy selhání v novém režimu. Pro zdárné pokračování ve změně bývá zásadní, jaký postoj k relapsům jedinec zaujme (Miller, & Rollnick, 2004).

A právě zda postoje a vnímaná osobní účinnost po nedodržení dietního režimu u osob s obezitou souvisí s frekvencí relapsů, se rozhodli zkoumat výzkumníci v dále blíže uváděné studii. Respondenti měli na začátku programu zaměřeného na změnu životního stylu každý den zaznamenávat, zda porušili nově nastavený režim, a pokud ano, tak měli uvést i své postoje k relapsu. Respondenti taktéž denně zapisovali i vnímanou osobní účinnost spojenou se změnami životního stylu. Celkově vyplnilo tyto záznamy 91 respondentů, z toho 72% tvořily ženy. Samotné vyplňování záznamů zúčastněnými probíhalo po dobu první 14 dnů. Na základě těchto výsledků výzkumníci pracovali s tzv. typickou vnímanou osobní účinností, ta označovala jakýsi průměr vnímané osobní účinnosti za dané období a momentální, tedy úroveň vnímané osobní účinnosti v onen den. S častějšími relapsy v dietním režimu byla spojena nižší typická vnímaná osobní účinnost a zaujímání negativních postojů. Sebeobviňování po porušení režimu bylo spojeno s vyšší pravděpodobností, že v ten den dojde k dalšímu relapsu (Schumacher, Martin, Goldstein, Manasse, Crosby, Butryn, & ... Forman, 2018).

V souladu s teoretickými poznatky o vnímané osobní účinnosti výsledky výše zmíněných studií naznačují, že existuje souvislost mezi jedincovým přesvědčením o tom, zda obezitu obecně lze ovlivnit stravou či cvičením, jeho úrovní vnímané osobní účinnosti v této oblasti, tedy důvěrou ve svou schopnost, že on sám je schopen to dokázat, a zdravým stravováním jedince či množstvím fyzické aktivity. Nicméně na základě současných poznatků je obtížné říci, jakým způsobem na sebe tyto proměnné přesně působí.

Rovněž závěry studie zkoumající dietní selhání odpovídají Bandurově teorii vnímané osobní účinnosti. Jak bylo popsáno v předchozí části práce, lidé s nižší úrovní vnímané osobní účinnosti se snadněji a častěji vzdávají, což lze připodobnit k relapsu. Selhání bývají spojena se sebeobviňováním ze svých nedostatků spíše než s názorem, že k relapsu někdy dochází a je třeba více času na vytvoření nových návyků v oblasti zdravého životního stylu. Navíc jedincům s nízkou úrovní vnímané osobní účinnosti trvá delší čas, než dojde k obnově důvěry ve své schopnosti, a to by mohlo vést právě k vyšší pravděpodobnosti selhání v tentýž den.

2.6.2 Intervence vycházející z teorie vnímané osobní účinnosti

Vzhledem k výsledkům studií z nejrůznějších oblastí podporujících teoretické poznatky o konceptu vnímané osobní účinnosti začaly nejrůznější intervenční programy začleňovat i snahy o zvýšení vnímané osobní účinnosti jedince. V následující části budou popsány výsledky studií těchto intervencí v oblasti komponent zdravého životního stylu u osob s nadváhou či obezitou.

Ve studii zkoumající intervenci na zvýšení pohybové vnímané osobní účinnosti u žen s nadváhou a obezitou došlo u pohybově neaktivních žen zařazených do experimentální skupiny k navýšení energetického výdeje, častějšímu plánování zařazení pohybové aktivity do denního režimu, zvýšení sebedůvěry ve svou schopnost se věnovat pohybovým aktivitám a naopak ke snížení obav z pohybových aktivit. Intervenční program trval 12 týdnů a vnímaná osobní účinnost byla měřena celkem 3x. Program absolvovalo 47 žen, v kontrolní skupině bylo 50 žen. Všechny ženy byly účastnice komerčního programu na redukci váhy. Ženy z experimentální skupiny k tomu navíc dostávaly zadání k plnění úkolu na podporu zvyšování vnímané osobní účinnosti vycházející z Bandurovy teorie (Buckley, 2016).

Obdobné výsledky vyšly i v další studii rovněž zaměřené na pohybovou aktivnost obézních žen se sedavým životním stylem. Výzkumníci rozdělili ženy do dvou skupin. Ženy z experimentální skupiny absolvovaly program zaměřující se na změnu chování i smýšlení ohledně pohybové aktivity. Ženy z kontrolní skupiny se účastnily tradičně strukturovaného cvičení. Oba programy trvaly 24 týdnů. U experimentální skupiny došlo k pozitivní signifikantní změně u 8 procesů týkajících se změny chování. Taktéž došlo ke zvýšení úrovně vnímané osobní účinnosti a úrovně pohybové aktivity a v neposlední řadě se zlepšila výkonnost kardiopulmonálního systému. Navíc ženy tyto pozitivní změny udržely i při měření po dalších 24 týdnech po skončení kurzu (Dallow, & Anderson, 2003).

U kontrolní skupiny došlo k pozitivnímu zlepšení pouze u dvou procesů souvisejících se změnou chování, nedošlo ke zvýšení úrovně vnímané osobní účinnosti a překvapivě nedošlo ani ke zvýšení pohybové aktivity a zlepšení kardiovaskulárního systému, ani po absolvování kurzu, ani při měření s časovým odstupem 24 týdnů od skončení (tamtéž).

Zajímavý je i rozdíl v počtu žen ve skupině, které zvládly absolvovat celý program. Zatímco v experimentální skupině dokončilo program 27 z 29 žen. V kontrolní skupině se jednalo pouze o 17 z 29 žen (tamtéž).

V obou uvedených studiích se zdají intervence posilující vnímanou osobní účinnost jako efektivnější, nicméně v obou studiích respondentky z experimentální skupiny absolvovaly přidanou hodnotu oproti kontrolní skupině. Dokazuje to tedy, že obohacení běžných programů zaměřených na cvičení o učení porozumět a pracovat se svými myšlenkami a přístupem k procesu redukce váhy, je smysluplné. Avšak otázkou zůstává, jaká je efektivita intervencí vycházejících z konceptu osobní vnímané účinnosti, oproti jiným obdobným intervencím, a co je stěžejní pro jejich efektivitu.

Obdobnou otázkou se zabývali vědci ve studii srovnávající metody vycházející z vnímané osobní účinnosti a seberegulace. U obou skupin došlo po 3 měsících k signifikantnímu zlepšení se v seberegulačních schopnostech, jak v oblasti zdravého stravování, tak v pohybové aktivitě, a po 6 měsících se u obou skupin zvýšila úroveň vnímané osobní účinnosti rovněž v obou oblastech. Nicméně seberegulační schopnosti v oblasti zařazení více ovoce a zeleniny do stravy, byly vyšší u skupiny zaměřené na zvyšování seberegulačních schopností. Výsledky regresní analýzy ukázaly, že změna v regulačních dovednostech predikovala změnu v úrovni vnímané osobní účinnosti (Annesi, Johnson, & McEwen, 2015).

Podle výsledků se také vnímaná osobní účinnost a jí odpovídající chování vzájemně posilují. Takže úspěšnost v oblasti zvládnání pohybové aktivity vede k vyšší pohybové vnímané účinnosti, a ta podporuje další pohybovou aktivnost (např. aspirace ohledně náročnosti pohybové aktivity). Intervenční programy by se tedy měly zaměřovat na zvládnání každodenních bariér, aby pomohly lidem k co nejčastějšímu zážitku zvládnutí, prostřednictvím kterého se postupně bude rozvíjet jejich vnímaná osobní účinnost zajišťující další pokračování ve vynaloženém úsilí (tamtéž).

Studie také zaznamenala fungování jakési generalizace či přenesení z oblastí pohybové aktivity do oblasti zdravého stravování jak u schopnosti seberegulace, tak u úrovně vnímané osobní účinnosti (tamtéž).

Do studie byli zařazeni respondenti, kteří reagovali na novinový inzerát. Podmínkou byl věk vyšší než 21 let, index BMI mezi 35 a 50 a nízká pohybová aktivita. Ve skupině zaměřené na zvyšování vnímané osobní účinnosti bylo 138 respondentů a ve skupině zaměřující se na seberegulační schopnosti 136. Převážnou část respondentů tvořily ženy (81%). Program trval 6 měsíců (tamtéž).

2.7 Obecná vnímaná osobní účinnost

Jak bylo popsáno výše, Bandurův koncept vnímané osobní účinnosti je vždy situačně specifický, proto pro snazší odlišení obou konceptů, bude v této části práce nazýván specifickou vnímanou účinností. Nicméně řada odborníků se snažila o navržení nějakého globálnějšího konstruktů, jenž by určil klíčové faktory pro široký okruh oblastí. V tomto směru se pokládá za důležitý mezník výzkum z roku 1982. Koncept byl nazýván zobecněnou vnímanou účinností (generalized self-efficacy), v současné době se používá spíše obecná vnímaná účinnost (general self-efficacy) (Sherer, Maddus, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs, & Rogers, 1982).

Pro svůj výzkum vytyčili několik základních bodů obecné vnímané účinnosti. První se věnoval obecné vnímané účinnosti, která zahrnuje všechny úspěchy a neúspěchy v životě daného jedince. Druhým bylo, že v tomto obecném sklonu jedince se budou projevat individuální rozdíly, a třetí bod se týkal předpokladu, že obecná vnímaná účinnost jedince by měla ovlivňovat jeho očekávání v nových situacích (tamtéž).

Na základě této teorie byl zkonstruován první dotazník a pomocí srovnání s několika metodami byla potvrzena konstruktová validita. Kritériová validita byla provedena srovnáním výsledků dotazníku s úspěchy v odborné, vzdělávací a vojenské oblasti (tamtéž).

Bandura potvrzuje, že obecná vnímaná účinnost vychází ze stejných předpokladů jako jeho specifická vnímaná účinnost, ačkoliv se domnívá, že specifická vnímaná účinnost má větší výpovědní hodnotu. Obecná vnímaná účinnost představuje spíše jakousi obecnou schopnost vypořádávání se s náročnými a stresujícími situacemi. Tato schopnost je vytvořena na základě předešlých zkušeností a není příliš ovlivněna situačním kontextem (Bandura, 1997).

Ve prospěch trvalého rysu důvěry ve své schopnosti hovoří i vysoká pozitivní korelace s optimismem (García-Naveira Vaamonde, 2018).

Nicméně platí, že úroveň a síla obecné vnímané účinnosti je utvářena předchozími zážitky úspěchu a neúspěchu jedince v různých situacích, a tak v podstatě obecná vnímaná osobní účinnost tvoří souhrn jednotlivých specifických vnímaných osobních účinností. Navíc by tento koncept mohl ozřejmit způsob vzájemného ovlivňování mezi jednotlivými oblastmi specifické vnímané účinnosti. Například jak je uvedeno ve výše popsaném výzkumu, kde bylo zaznamenáno zvýšení úrovně vnímané osobní účinnosti v oblasti pohybové aktivity, jenž mělo za následek zvýšení vnímané osobní účinnosti v oblasti zdravého stravování (Annesi et al., 2015).

To naznačují i výsledky studie zaměřující se právě na zkoumání vztahu mezi specifickou a obecnou vnímanou účinností. Pro měření specifické vnímané účinnosti byly vybrány oblasti pozitivního prožívání, spánku, cvičení a studijních dovedností. Vysoká obecná vnímaná osobní účinnost byla spojena s vysokou specifickou vnímanou osobní účinností ve všech těchto oblastech. Vysoká úroveň obou konceptů odpovídala lepší úrovni studijních dovedností, lepší kvalitě spánku, vyšší úrovni cvičení i pozitivního prožívání. Přičemž specifická vnímaná osobní účinnost fungovala jako mediátor mezi úrovní chování či prožívání a stupněm obecné vnímané účinnosti jedince. Výzkum analyzoval data ze dvou studií, celkový počet respondentů byl 760 (Schutte, & Malouff, 2015).

K signifikantnímu navýšení obecné vnímané účinnosti oproti kontrolní skupině došlo i u švédských studentek po absolvování cvičebního programu. Překvapivě však u obou skupin dívek vzrostla fyzická zdatnost, ačkoliv dívky z kontrolní skupiny se směly intervence zúčastnit, až po skončení výzkumu. Je možné, že absolvování fyzických a dalších testů a vidina budoucího kurzu, mohly dívky motivovat, aby samy začaly pracovat na zvýšení své fyzické aktivity (Lindgren, Baigi, Apitzsch, & Bergh, 2011).

Výzkumu se zúčastnilo 110 pohybově neaktivních dívek ve věku od 13 do 19 let. Průměr indexu BMI byl 22, rozptyl byl mezi 14 a 39. V kontrolní skupině bylo 56 dívek a v experimentální 54. Dívky z kontrolní skupiny navštěvovaly jiné školy, než dívky z experimentální skupiny. Cvičení program trval 6 měsíců a byl sestaven v souladu s poznatky z teorie vnímané účinnosti (tamtéž).

Pro porozumění vztahu mezi obecnou a specifickou vnímanou osobní účinností je zapotřebí dalších výzkumů. Rovněž zatím chybí specifičtější výzkumy zaměřené na dospělou populaci trpící obezitou.

II. Empirická část

Empirická část předkládané diplomové práce se zaměřuje na srovnání dvou aspektů vnímané osobní účinnosti v souvislosti s absolvováním redukčního kurzu. Jedná se o osobní vnímanou účinnost v oblasti pohybových aktivit a obecnou osobní vnímanou účinnosti u osob trpících obezitou. V obou případech budou srovnávána data před kurzem a po jeho absolvování.

Prezentovaný výzkum vychází z předpokladů uvedených v předchozí části, tedy že vnímaná osobní účinnost je utvářena především vlastní zkušeností zvládnutí vytyčeného cíle, zástupné zkušenosti, přesvědčováním a podporou od dalších osob a v neposlední řadě aktuálním psychickým a fyzickým stavem jedince (Bandura, 1997). Přičemž kurzy organizace Stop obezitě (STOP) se snaží řadu těchto oblastí cíleně sytit, jak bude vysvětleno v následujícím textu (Stop obezitě, 2014).

3.1 Cíle

Prvním cílem této diplomové práce bylo zmapování aktuální fyzické aktivity respondentů před započítím kurzu.

Druhým cílem pak bylo zmapování, zda po absolvování tříměsíčního redukčního kurzu dojde u respondentů k navýšení fyzické aktivity.

Třetím cílem bylo srovnání osobní vnímané účinnosti před a po absolvování redukčního kurzu.

Posledním cílem bylo srovnání dat před a po absolvování kurzu, avšak v oblasti obecné vnímané účinnosti.

3.2 Hypotézy a předpoklady

V oblasti pohybové aktivity předpokládáme, že většina účastníků kurzu nebude splňovat aktuální doporučení Americké asociace pro sportovní medicínu pro dosažení a

udržení zdravotních benefitů. Jedná se o 30 minut středně namáhavé aktivity minimálně 5x týdně či 20 minut velmi namáhavé pohybové aktivity alespoň 3x týdně (Ferguson, 2000).

Dále pak očekáváme nárůst pohybové aktivity v dimenzích frekvence, intenzity a času, po který se dotyčný pohybové aktivitě věnuje.

vnímaná osobní účinnost v oblasti pohybových aktivit:

H₀: Vnímaná osobní účinnost zaměřená na oblast pohybu se u respondentů po absolvování kurzu nebude lišit od počáteční vnímané osobní účinnosti v oblasti pohybových aktivit.

H_A: Vnímaná osobní účinnost zaměřená na oblast pohybu bude u respondentů po absolvování kurzu vyšší než před kurzem.

obecná vnímaná osobní účinnost:

H₀: Obecná vnímaná osobní účinnost bude u respondentů dosahovat stejné hodnoty jako před kurzem.

H_A: Obecná vnímaná osobní účinnost bude po absolvování kurzu vyšší než před jeho absolvováním.

4 Design výzkumu

V následující části bude popsán proces výběru respondentů a metody použité v dotazníku.

4.1 Výběr respondentů

Pro sběr dat k posouzení souvislosti mezi redukcí hmotnosti a změnami u obecné a pohybové vnímané osobní účinnosti u osob s obezitou se jako vhodnější volba jevil redukční kurz, než sběr prostřednictvím náhodného výběru respondentů. A to z hlediska několika níže uvedených důvodů.

Předně se jedná o jednotnou metodologii, účastníci dostávají srovnatelné informace ohledně výživových, pohybových i psychologických doporučení a společně se pracuje na

stanovení cílů pro redukci. Oproti individuální snaze o redukci hmotnosti se dá úsek ohraničit délkou kurzu, navíc si účastníci dávají cíle přímo vztažené k délce kurzu. Dá se taktéž předpokládat, že většina zúčastněných vnímá začátek kurzu jako začátek nového pokusu o zhubnutí, ačkoliv jistě existují i výjimky. Nicméně prostřednictvím náhodného výběru je poměrně obtížné získat informace přímo od respondentů, kteří s hubnutím právě začali nebo se k tomuto kroku chystají. V neposlední řadě jsou u většiny kurzů sledovány údaje o hmotnosti účastníků, dotazování je tedy v proběhlém šetření nemusí sami odhadovat, nicméně může dojít k jejich záměrnému zkreslení. Respondenti byli předem informováni pro zmírnění tendence úpravy údajů o anonymní formě dotazníkového šetření a jeho účelnosti.

Na druhé straně bylo třeba přizpůsobit metody sběru dat. Dotazník neměl být příliš dlouhý a časově náročný, neboť návratnost dotazníku lze zvýšit tím, že se vyhneme zbytečně dlouhým, nesrozumitelným a neobratně formulovaným otázkám. Proto bylo využito pilotáže dotazníku.

Původním záměrem výzkumu byl sběr v rámci Základních kurzů se cvičením s důrazem na posílení vůle a Základních kurzů zdravého hubnutí se speciálním cvičením pro ženy v Contours pořádaných organizací STOB, avšak sběr dat musel být nejprve posunut až na nadcházející kurzy, neboť již byl přislíben sběr dat jiné organizaci. Posléze vyšlo najevo, že v Základním kurzu zdravého hubnutí se speciálním cvičením pro ženy v Contours je omezena časová dotace informační části lekci ve prospěch cvičení a většina lekcí probíhá přímo ve fitcentru, a z toho důvodu nebyl sběr umožněn.

S ohledem na počet respondentů byly přidány další kurzy organizace STOP pořádané v Praze s výjimkou navazujících kurzů. Konkrétní redukční kurzy budou popsány v části průběh výzkumu.

Kritérii pro zařazení do výzkumného souboru bylo stanoveno absolvování alespoň 50% lekcí a počáteční BMI index vyšší než 30. Hodnota BMI index pro definování obezity byla vybrána, protože se počítá na základě tělesné výšky, kterou většina lidí zná, a tělesné hmotnosti, přičemž většina účastníků kurzů se přímo před lekcí váží a tento údaj si pamatuje. Navíc měření obvodu pasu, které je přesnějším ukazatelem množství tuku v těle, může zasahovat do intimní oblasti jedince a většina účastníků kurzu si tento údaj neměří (Kunešová, 1997).

4.2 Výběr metod

Pro účel této diplomové práce byl vytvořen dotazník skládající se z částí o demografických údajích, aktuální pohybové aktivitě, údaje o absolvování kurzu, vnímané osobní účinnosti v oblasti pohybových aktivit a obecné osobní účinnosti.

Původně byly plánovány ještě otázky týkající se jídelních zvyklostí, vnímané osobní účinnosti v oblasti zdravého stravování a motivace. Od těchto částí bylo upuštěno z hlediska časové úspornosti a případné demotivace respondentů k jeho vyplňování vzhledem k opakovanému sběru.

Administrace dotazníků byla plánována v papírové podobě na první lekci kurzu po úvodním představení a seznámením s účelem předdeslaného dotazníkového šetření poté opět na poslední lekci. Aby bylo možné propojit jednotlivé sběry, každý respondent si měl během prvního sběru vymyslet heslo, jež zapsal do kolonky v dotazníku. Výčet hesel z jednotlivých kurzů byl pak uveden na začátku dotazníku při druhém sběru a respondenti byli požádáni o označení svého původního hesla.

Před sběrem dat byla provedena zmíněná pilotáž dotazníku, jejímž cílem bylo ověření srozumitelnosti položek a ověření vhodnosti délky vyplňování dotazníku. Pilotní šetření bylo prováděno individuálně, zúčastnilo se jej 6 osob, z toho 2 muži. Věk oslovených se pohyboval v rozmezí 25-58 let. Na základě pilotáže pak byly některé položky upraveny, jak bude popsáno v následující části.

4.2.1 Demografická část

Demografické údaje byly rozděleny do obou verzí dotazníku před kurzem i po něm a byly zařazeny ke konci dotazníku, neboť by mohly působit demotivačně. Ve verzi dotazníku před absolvováním kurzu byly položky dotazující se na pohlaví, věk, hmotnost a výšku. Ve verzi po absolvování kurzu byly dotazy na nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav, počet dětí, aktuální hmotnost, účast na cvičení v rámci kurzu a počet účastníků na kurzu.

4.2.2 Dotazník pohybové aktivity

Pro zmapování aktuální pohybové aktivity byly vybrány 3 položky z dotazníku Anamnézy pohybové aktivity. K položce „Kolik dní v týdnu se věnujete pohybovým

aktivitám?“. Položka „Jak dlouho se držíte na této úrovni pohybové aktivity?“ byla kvůli nesrozumitelnosti termínu pohybová aktivnost změněna na „Jak dlouho tyto aktivity v uvedené míře vykonáváte?“ (Berger, 2003).

Ostatní položky se zaměřovaly na identifikaci důvodů neudržení dlouhodobé pohybové aktivity, délku trvání pohybové aktivity v minulosti apod.. Opět zde platí, že by bylo zajímavé zjistit tyto údaje, nicméně pro zjištění aktuální pohybové aktivity nejsou stěžejní a tudíž nebyly použity (tamtéž).

Naopak byla navíc formulována položka mapující, jakým pohybovým aktivitám se v současnosti respondenti věnují, aby lépe pokrývala termín pohybové aktivity, byla doplněna v závorce o příklady (procházky, zahradničení, plavání ...).

Ve verzi dotazníku zadávaného po absolvování kurzu pak byla otázka na posouzení, zda se dotyčný začal během kurzu více věnovat pohybovým aktivitám. Poslední položkou z této oblasti byl dotaz na zdravotní omezení související s pohybem.

4.2.3 inventář mapující osobní vnímanou účinnost v oblasti pohybových aktivit

Pro mapování osobní vnímané účinnosti byly zformulovány položky na základě Bandurovy směrnice pro tvorbu škál mapujících oblasti vnímané osobní účinnosti (Bandura, 2006). Položky byly v obou verzích stejné a jsou uvedeny v příloze. U inventáře platí, že čím vyšší je hrubý skóre, tím nižší je vnímaná osobní účinnost v oblasti pohybové aktivity. Pro měření reliability bylo použito Cronbachovo alfa. Reliabilita verze dotazníku před absolvováním kurzu vychází 0,683, u verze po absolvování 0,815.

4.2.4 Inventář obecné vlastní efektivity

Pro měření obecné osobní účinnosti byla použita česká verze inventáře obecné vlastní efektivity (General self-efficacy scale) od Jara Křivohlavého. Jak již bylo uvedeno v předchozí části, překlad anglického termínu self-efficacy není v češtině ustálen a obecná vlastní efektivita označuje totéž jako vnímaná osobní účinnost. Inventář obsahuje 10 položek hodnocených na čtyřbodové škále vymezených dimenzí „úplně vystihuje“ až po „vůbec nevystihuje“. Původní verze inventáře pochází z roku 1981 a vytvořili ji Schwarzer a

Jeruzalem. Při interpretaci výsledků je třeba brát zřetel na to, že čím vyšší je výsledný hrubý skór, tím je obecná vnímaná účinnost jednice nižší (Křivohlavý, 1993).

V inventáři byly vzhledem k současně používané mluvené češtině stylisticky upraveny 3 položky. U druhé položky: „Když se někdo postaví proti mně, mohu nalézt způsob, jak dosáhnout toho, čeho dosáhnout chci.“ a šesté položky: „Vynaložím-li na to potřebné úsilí, pak mohu nalézt řešení téměř pro každý problém.“ byl pozměněn výraz nalézt, jež vyznívá v dnešní době poněkud archaicky, na aktuálně více používané nalézt. Dále byla změněna třetí položka „Je pro mne poměrně snadné držet se svých předsevzetí a cílů, které si postavím.“ na „Je pro mne poměrně snadné držet se svých předsevzetí a cílů, které si stanovím.“, zde se opět jednalo o důvod jazykového použití fráze, kdy v češtině se spíše hovoří o stanovení cílů, než jejich postavení. V anglické verzi inventáře je použita fráze „accomplish my goals“ (Schwarzer & Jerusalem, 1995).

Ukazatelem reliability bylo zvoleno Cronbachovo alfa. U prvního sběru dat byla hodnota reliability 0,895, u druhého sběru 0,926.

5 průběh výzkumu

V následující části budou přiblíženy změny oproti zamýšlenému designu výzkumu, v základních obrysech bude načrtnuta základní metodika organizace STOB a krátce budou popsány i jednotlivé kurzy, v nichž sběr dat proběhl.

5.1 Změny v designu výzkumu

Jak již bylo popsáno výše, ještě před samotnou realizací sběru dat, byla změněna volba konkrétní kurzů. Sběr byl uskutečněn v Psychologickém kurzu s novým přístupem „mindful eating“ se cvičením, ve dvou bžích Základního kurzu zdravého hubnutí se cvičením, Základním kurzu se cvičením s důrazem na posílení vůle a Speciálním kurzem zdravého hubnutí pouze pro muže se cvičením.

Při první sběru dat se několik respondentek dotazovalo, zda by bylo možné vyplnit dotazník online verzi, jež by jim více vyhovovala. Zároveň při rozhovoru s lektorkou kurzu bylo zjištěno, že několik účastníků na první hodinu nedorazilo z důvodů nemoci či dovolených, navíc nebyla naplněna kapacita kurzu, bylo tedy možné se ještě na kurz přihlásit. V souvislosti s těmito skutečností byla vytvořena ještě elektronická verze v aplikaci Google

Form. Odkaz byl zaslán prostřednictvím e-mailů účastníkům kurzu s vysvětlením účelu sběru dat a prosbou o vyplnění. U online verze dotazníku byl stanoven týdenní limit pro vyplnění, nejpozději jej bylo možno vyplnit v den druhé lekce kurzu u prvního sběru a týden po poslední lekci kurzu u druhého sběru.

U Základního kurzu se cvičením s důrazem na posílení vůle a prvního běhu Základního kurzu zdravého hubnutí se cvičením proběhl sběr dat až ke konci lekce z důvodu požadavku lektorek kurzů.

A konečně sběr dat po absolvování kurzu u Speciálního kurzu zdravého hubnutí pouze pro muže se cvičením proběhl pouze v elektronické podobě z důvodu onemocnění autorky této diplomové práce.

Jak je patrné, podmínky sběru dat byly u jednotlivých kurzů různě modifikovány, přičemž u všech kurzů s výjimkou druhého sběru dat ve Speciálním kurzu zdravého hubnutí pouze pro muže se cvičením byl dotazník nejprve administrován v papírové podobě během lekce a následně byl zaslán k vyplnění respondentům, jež se lekce neúčastnili, či preferovali vyplnění online.

5.2 Základy metodiky kurzů organizace STOB

Kurzy organizace STOB vycházejí z metodiky KBT a vychází z přístupu tzv. pyramidy správné redukce váhy. Základnu terapie tvoří stanovení si cílů podle techniky SMART, tak aby cíle redukce hmotnosti byli konkrétní (specific), měřitelné (measurable), dosažitelné (achievable), odpovídající či realistické (realistic) a časově ohraničené (time-bound). Jedná se o velmi podstatný krok v celém terapeutickém procesu, neboť velké množství lidí má tendenci si dávat nepřiměřené cíle, vycházející z nerealistických představ o rychlosti redukčního procesu mnohdy založených na informacích získaných z článků v médiích o různých drastických dietách. Stanovení tzv. SMART cíle směřuje dotyčného k přijetí filozofie pomalého, postupného a zdravého redukování hmotnosti pomocí změn nejen v oblasti nutriční, ale i chování, myšlení a emocí (Málková, 2004).

Další patro tzv. pyramidy správné redukce váhy tvoří trvalá příjemná změna stravovacích návyků. Na ni navazuje patro začlenění pohybu do svého života. Druh pohybu je třeba vybrat, aby dotyčného jedince těšil a zároveň byl vhodný z hlediska případných zdravotních omezení. Vždy je však nutné zohledňovat i intenzitu, frekvenci a délku trvání

pohybové aktivity kvůli častému sklonu lidí oba aspekty přeceňovat. Poslední patro pyramidy pak tvoří podpůrné prostředky (Málková, 2004).

Kurz zahrnuje 12 lekcí vždy po třech hodinách, kdy jedna hodina je věnována cvičení přizpůsobenému zdravotním omezením souvisejícím s obezitou, zároveň tak aby docházelo ke spalování tuků. Další dvě hodiny probíhá terapie, kde se účastníci učí základní informace o zdravé stravě, jak docílit předsevzetí, jak trénovat vůli, techniky plánování, zvládání stresu, práci s negativními emocemi, jak mít požitky z jídla a pohybové aktivity a mnoho dalšího. U každého kurzu lze možné absolvovat pouze terapeutickou část a vynechat cvičení (Málková, 2004).

5.3 Popis jednotlivých specifikací redukčních kurzů

Kurzy organizace STOB vychází z jednotné metodiky, nicméně je možné vybírat z několika modifikací. Kurzy, v nichž sběr dat proběhl, patří mezi tzv. základní kurzy, to znamená, že jsou určeny pro začátečníky či tzv. věčné začátečníky (Stop obezitě, 2014).

Speciální kurz zdravého hubnutí pouze pro muže se cvičením se objevil v nabídce organizace STOB úplně poprvé. Důvodem jeho vzniku byla převaha žen ve většině ostatních kurzů, to by v souvislosti s častým vnímáním redukce hmotnosti jako spíše ženského tématu, mohlo být pro účastníky mužského pohlaví demotivující. V kurzu byla věnována zvláštní pozornost obezitě androidního typu a rizikům s ní spojených, protože ze zdravotního hlediska se jedná o rizikovější typ obezity a muži jsou k tomuto typu obezity náchylnější. Oproti klasickým ostatním základním kurzům byl více zaměřen na budování a posilování svalové hmoty. Navíc byly zařazeny i společné návštěvy lekcí spinningu a indoor rowingu v časové dotaci jedné lekce (Stop obezitě, 2018a).

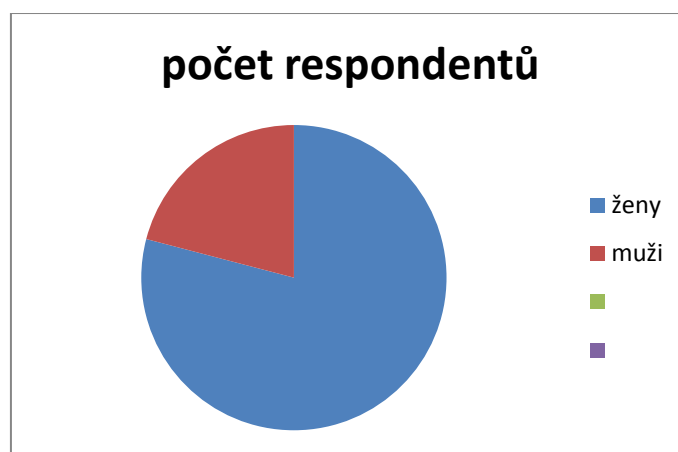
Dalším novým kurzem byl Psychologický kurz s novým přístupem „mindful eating“ se cvičením, jak již název napovídá aplikace techniky mindfulness v oblasti stravování je v České republice poměrně nová. V rámci kurzu navíc byli účastníci seznámeni s technikami „mindful eating“ a nespirtuální meditace. Důraz byl kladen na kvalitu potravin a požitky z jídla (Stop obezitě, 2018b).

Základní kurz se cvičením s důrazem na posílení vůle se liší v časové dotaci a množství technik zaměřených na posilování vůle, usnadňování dodržování režimu, plánování a strategií pro neplánované situace (Stop obezitě, 2018c).

6 Popis výzkumného vzorku

V první části sběru dat vyplnilo dotazník 114 respondentů, ve druhé části po absolvování kurzu už jen 58 respondentů. Návratnost dotazníku je tedy lehce přes 50%. Nicméně následně bylo vyřazeno ještě 15 dotazníků. Dva dotazníky byly vyřazeny z důvodu chybějících položek, u jednoho dotazníku chyběly údaje o hmotnosti, a tak nebylo možné vypočítat hmotnostní index. U dalších dvou dotazníků chybělo označení hesla, použitého v první části, tudíž bylo znemožněno propojení obou dotazníků. Šest respondentů nesplňovalo kritérium BMI indexu vyššího než 30 a jeden respondent kritérium množství absolvovaných lekcí.

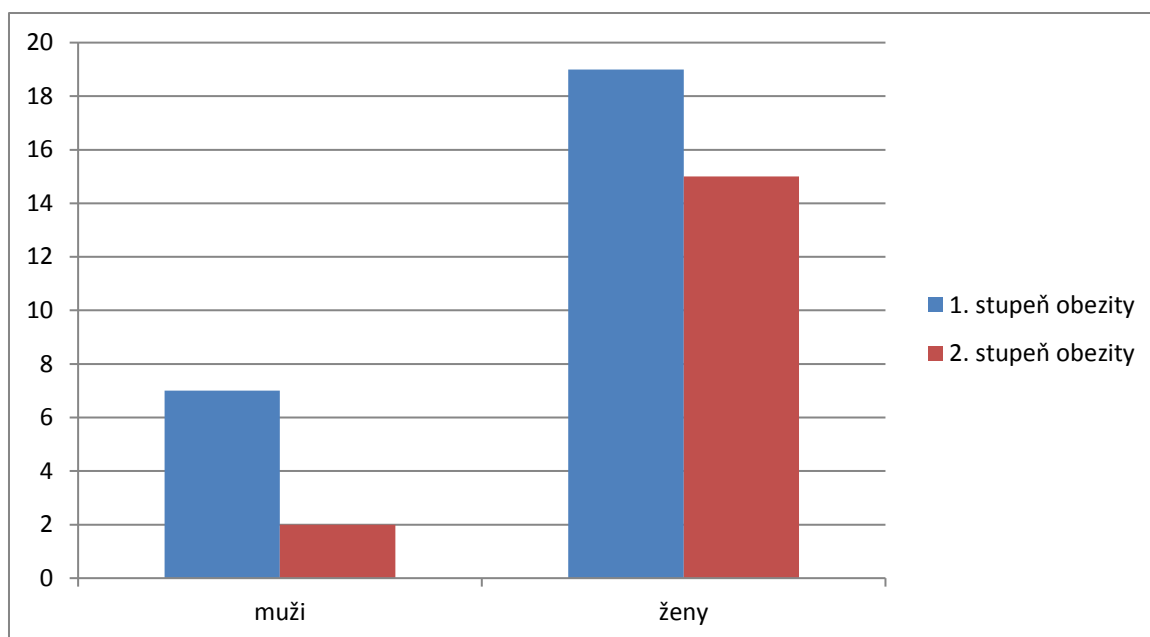
Ve výsledném vzorku jasně převažují ženy, ze 43 respondentů bylo pouze 9 mužů. Pouze jeden muž byl z jiného kurzu než Speciálního kurzu zdravého hubnutí pouze pro muže se cvičením.



Graf č. 1 rozložení žen a mužů ve výsledném souboru

Z hlediska BMI indexu před absolvováním kurzu nejvíce respondentů nejvíce spadá do kategorie 1. stupně obezity ($30 < \text{BMI} < 35$), 17 respondentů do kategorie 2. stupně obezity, z kategorie morbidní obezity nebyl žádný respondent. Bohužel nevíme, kolik účastníků se 3. stupněm obezity kurz dokončilo.

Hmotnost respondentů se pohybovala mezi 75-133 kg, průměrná hmotnost pak byla 93,4 kg.



Graf č. 2 stupně obezity u mužů a žen

Ve výsledném vzorku převažují absolventi vysokých škol (celkem 26 respondentů), respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou bylo 16, žádný respondent neměl absolvované středoškolské vzdělání bez maturity a jeden měl základní vzdělání. Věk respondentů se pohyboval od 25 do 66 let, průměr byl 40,9 let. Většina (28 respondentů) uvedla, že jsou vdaní či ženatí, svobodných byl 12 respondentů, 3 byli rozvedení a nikdo nebyl ovdovělý. Pouze 8 respondentů nemělo potomky.

Neuvěřitelných 37 respondentů se zúčastnilo všech lekcí kurzu, dalších 5 bylo přítomno téměř vždy (tzn. 1-2 absence) a jeden respondent odpověď neuvedl. Na cvičení nedocházeli 3 respondenti.

U všech respondentů došlo k redukci hmotnosti, variační rozpětí se pohybovalo od 0,9 do 14 kg. Průměrný hmotnostní úbytek dosahoval hodnoty 4,7 kg. Málková udává průměrný úbytek váhy během kurzu 6,5 kg (Málková, 2004). Avšak je třeba dodat, že větších váhových úbytků dosahují lidé s vyšší počáteční hmotností a v popisovaném vzorku byla převaha jedinců s obezitou 1. stupně, zároveň zcela chyběli respondenti s morbidní obezitou.

7 Výsledky výzkumu

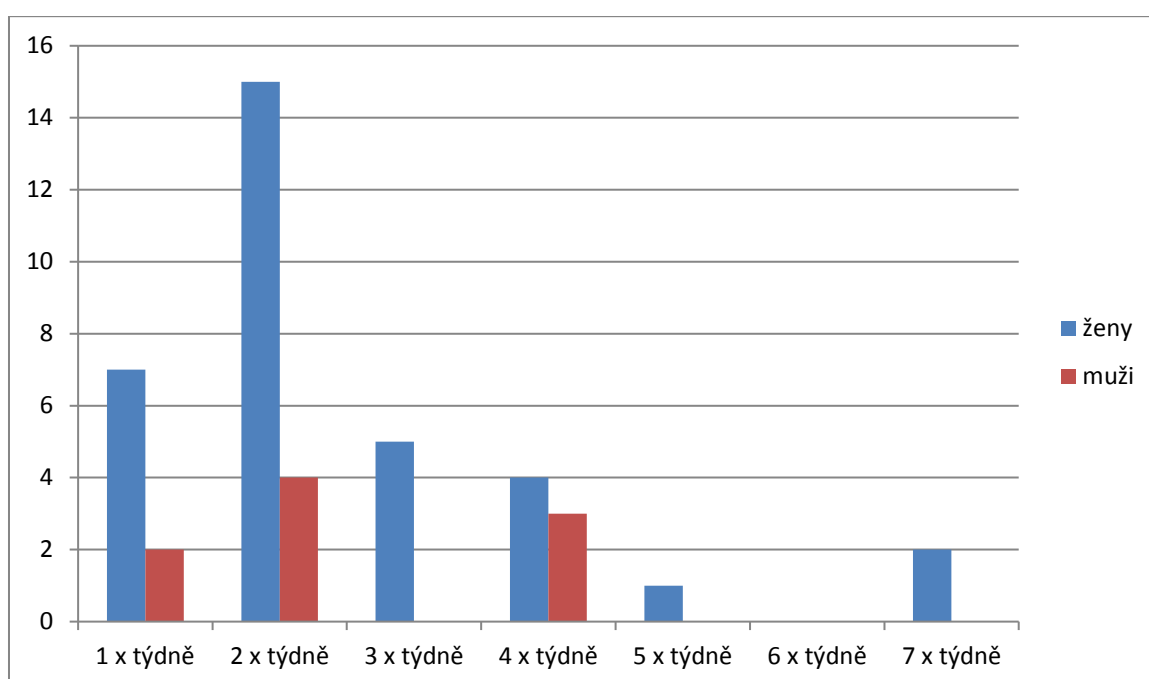
Data byla zpracována ve statistické programu SPSS a programu Microsoft Excell.

7.1 Popis pohybové aktivity respondentů

V oblasti pohybové aktivity před kurzem byl zjišťován její druh, četnost, časový úsek, po který je pohybová aktivita obvykle vykonávána a období, v jakém je pohybová aktivita na dané úrovni provozována, tedy zda se jedinec věnuje uvedené aktivitě v dané frekvenci a déle či delší dobu, či jde o nově vytvářený zvyk. Po kurzu následoval dotaz, zda došlo ke zvýšení pohybové aktivity a byly zjišťovány zdravotní komplikace omezující pohybové aktivity. V následujícím textu budou nejprve popsány údaje o pohybové aktivitě respondentů před absolvováním kurzu a případné zdravotní komplikace omezující pohybovou aktivitu u respondentů, následně bude popsáno hodnocení respondentů o navýšení pohybové aktivity během kurzu.

7.1.1 Údaje o délce a frekvenci pohybové aktivity

Překvapivě všichni respondenti ve zkoumaném vzorku uvedli, že byli před absolvováním kurzu pohybově aktivní po dobu minimálně 20 minut, navíc 15 respondentů se pohybové aktivitě obvykle věnuje po dobu 40-60 minut a 7 dotazovaných dokonce více než hodinu. Nicméně naopak četnost pohybové aktivity v průběhu týdne byla mnohem nižší, než je doporučováno. Pětkrát a vícekrát týdně se pohybové aktivitě věnovali pouze 3 respondenti (jeden 5x týdně, dva 7x týdně). V grafu můžeme vidět, že nejčastější frekvence pohybové aktivity před kurzem byla u mužů i žen dvakrát týdně.



Graf č.3 frekvence pohybové aktivity u mužů a žen

7.1.2 Výčet uvedených druhů pohybových aktivit a zdravotních omezení souvisejících s pohybovými aktivitami

Nejčastěji uváděnou pohybovou aktivitou byla nějaká forma chůze 35x respondentů uvedlo procházky, nordic walking, výlety nebo metodu počítání kroků. Právě různé varianty chůze ideálně po měkké povrchu bývají doporučovány, jako nejvhodnější pohyb pro lidi s obezitou (Adámková et al., 2009). Překvapivě 10 respondentů uvedlo taktéž nějakou náročnější formu jako je běh, alpinning či h.e.a.t. program (kondiční chůzi). Plavat chodilo 18 respondentů, jízdu na kole uvedlo 15 respondentů, 8 cvičení jógy, 11 x se objevila nějaký

kolektivní sport (volejbal, plážový volejbal, basketbal, badminton, squash, ping pong a kuželky). Dále se objevilo bruslení (5x), kolečkové brusle (3x), tanec (6x), lyžování (2x), běžkování (3x), jízda na snowboardu, posilování, zahradničení (5x), uklízení či domácí práce (4x), zdravotní cvičení (2x), rotoped a domácí cvičení.

Výčet druhů jednotlivých pohybových aktivit byl poměrně pestrý, navíc pouze 9 respondentů uvedlo jen jednu pohybovou aktivitu, u 7 z nich se jednalo o procházky, jedenkrát byli zmíněni nordic walking a badminton.

U výběru druhu pohybové aktivity je obzvláště u obézní populace nutné zohlednit zdravotní stav jedince. Ve zkoumaném vzorku mělo zdravotní problémy související s pohybem 12 respondentů. Šest z nich problémy specifikovalo, všichni dotyční trpěli bolestmi ortopedického rázu, dva z nich navíc astmatem a jeden uvedl anginu pectoris a infarkt. Dva respondenti neodpověděli a 5 označilo možnost „nechci uvést“.

7.1.3 Délka období popsané pohybové aktivity

Podle období úrovně pohybové aktivity většiny respondentů lze soudit, že jimi provozované pohybové aktivity se již staly trvalou součástí jejich života, neboť 30 respondentů se udržuje na uvedené úrovni pohybové aktivity více než 6 měsíců. Podle modelu stádií motivační připravenosti ke změně odpovídá období 6 měsíců poslednímu 5 stádiu, kdy se změna pokládá za trvalou (Miller et al., 2004). O trvalosti změny vypovídají i detailnější výsledky výzkumu, u 29 respondentů se jedná o více než rok, u 13 dokonce více než 3 roky.

7.1.4 Shrnutí výsledků pohybové aktivity před účastí v redukčním kurzu

Celkově údaje mapující pohybovou aktivnost respondentů naznačují, že pohybové aktivity respondentů byly před začátkem kurzu poměrně pestré a ve většině případů vhodně zvolené pro obézní jedince. Pozitivně působí výsledky i u položky délky aktivity, všichni respondenti splňují minimální doporučenou délku, jakou by se mělo pohybové aktivitě věnovat. Naopak minimum respondentů se věnuje pohybovým aktivitám v potřebné frekvenci.

7.2 Změny v pohybové aktivitě v průběhu kurzu

Podle výsledků prvního sběru by bylo u většiny respondentů vhodné navýšit zejména frekvenci, s jakou se pohybové aktivitě věnují. K navýšení frekvence přitom došlo u 17 respondentů. Dvacet respondentů se začalo během kurzů pohybovým aktivitám věnovat v delším časovém úseku a u 10 došlo k navýšení intenzity aktivity. Šest respondentů se zlepšilo ve všech třech sledovaných proměnných. Naopak 16 respondentů zůstala na stejné úrovni pohybové aktivity jako před kurzem, ačkoliv minimálně v oblasti frekvence 15 z nich není dostatečně pohybově aktivní.

7.3 Testování hypotéz

V této části budou popsány výsledky a postup testování výzkumných hypotéz.

7.3.1 Vnímaná osobní účinnost v oblasti pohybových aktivit

První testovanou hypotézou bylo, zda se u respondentů po absolvování redukčního kurzu zvýší vnímaná osobní účinnost v oblasti pohybových aktivit. Nejprve byly vypočteny hrubé skóre vnímané osobní účinnosti v oblasti pohybu. Platí, že čím vyšší je výsledný hrubý skóre, tím nižší je vnímaná osobní účinnost v oblasti pohybových aktivit jedince. S ohledem na počet respondentů ($n > 20$), bylo předpokládáno, že výběrové průměry mají normální rozdělení. Pro testování hypotézy byl použit párový t-test.

H_0 : Vnímaná osobní účinnost zaměřená na oblast pohybu se u respondentů po absolvování kurzu nebude lišit od počáteční vnímané osobní účinnosti v oblasti pohybových aktivit.

H_A : Vnímaná osobní účinnost zaměřená na oblast pohybu bude u respondentů po absolvování kurzu vyšší než před kurzem.

Mezi skóre vnímané osobní účinnosti v oblasti pohybových aktivit před redukčním kurzem ($M=2,52$, $SD=0,56$) a vnímanou osobní účinností v oblasti pohybových aktivit po absolvování redukčního kurzu ($M=2,44$, $SD=0,48$) nebyl signifikantně významný rozdíl; $t(42) = -0,735$, $p = 1$ (jednostranná).

Mezi vnímanou osobní účinností v oblasti pohybových aktivit před kurzem a po jeho absolvování nebyl nalezen signifikantně významný rozdíl.

7.3.2 Obecná vnímaná osobní účinnost

Druhá hypotéza diplomové práce se týkala obecné vnímané osobní účinnosti. Opět byly nejprve zjištěny hrubé skóry respondentů v oblasti obecné vnímané účinnosti před kurzem a po jeho absolvování. I zde platí, že čím vyšší je výsledný hrubý skór, tím nižší je obecná vnímaná osobní účinnost respondenta. Vzhledem k předpokládanému normálnímu rozložení výběrových průměrů ($n > 20$) byl k testování hypotézy zvolen párový t-test.

H_0 : Obecná vnímaná osobní účinnost po absolvování kurzu bude u respondentů dosahovat stejné hodnoty jako před kurzem.

H_A : Obecná vnímaná osobní účinnost bude po absolvování kurzu vyšší než před ním.

Mezi skóry obecné vnímané osobní účinnosti před redukčním kurzem ($M= 2,14$, $SD= 0,09$) a obecné vnímané osobní účinnosti po absolvování redukčního kurzu ($M= 1,97$, $SD=0,09$) byl signifikantně významný rozdíl; $t(42)= 2,867$, $p= 0,003$ (jednostranná).

U zkoumaného souboru byl nalezen signifikantně významný rozdíl mezi obecnou vnímanou účinností respondentů před kurzem a po jeho absolvování.

8 Diskuze

Naším prvním cílem bylo zmapování fyzické aktivity respondentů.

Respondentů jsme se dotazovali, jakým pohybovým aktivitám se věnují, jak často pohybové aktivity provozují během týdne, jaký je časový interval, po který aktivitu provádějí, a jak dlouhé je období, po které jsou pohybově aktivní na této úrovni.

Překvapivé byly už výsledky týkající druhů pohybových aktivit, protože 34 z celkem 43 respondentů uvedlo, že se věnují dvěma a více aktivitám, navíc 10 z nich sdělilo, že provozují velmi náročné aktivity jako je například běh či h.e.a.t. program. Nicméně i dalších 9 respondentů provozovalo nějakou pohybovou aktivitu, v 7 případech se jednalo o procházky a dále byl jedenkrát uveden badminton a nordic walking.

Rovněž z hlediska časového intervalu všech 43 respondentů sdělilo, že se pohybovým aktivitám věnují alespoň v minimální doporučené délce trvání, která je v současné době stanovena na 20 minut. Nadpoloviční většina respondentů pak provozuje pohybové aktivity v časovém úseku delším než 40 minut.

Naopak u většiny respondentů byla zjištěna nedostatečná frekvence pohybu. V 19 případech se jednalo o frekvenci dvakrát týdně. Pokud bychom brali v úvahu minimální doporučenou frekvenci u méně náročné pohybové aktivity, která odpovídá četnosti alespoň 5x týdně, pak by naše kritérium pohybové aktivity splnili pouze 3 respondenti. Jestliže bychom vzali v úvahu, že byly často uváděny náročnější formy cvičení a zvolili tak frekvenci alespoň 3x týdně, mohli bychom z tohoto hlediska označit za pohybově aktivní 15 respondentů.

Z výsledků vyplývá, že největší pozornost bychom měli věnovat právě zvýšení frekvence pohybových aktivit.

Ačkoliv jsme dospěli k závěru, že více než polovina respondentů v našem výzkumu nespĺňuje hranici pohybové aktivity z hlediska četnosti provozovaných pohybových aktivit, některé výzkumy uvedené v teoretické části práce vymezily hranici pohybové neaktivity na méně než 2x týdně (např. Lindgren et al., 2011; Annesi et al., 2015). Kdybychom použili tuto hranici, pak by ve výzkumném vzorku bylo pouze 9 pohybově neaktivních respondentů.

V každém případě byly výsledky velmi překvapivé, jak z hlediska náročnosti a množství uvedených aktivit, tak z hlediska délky časového intervalu i uvedené frekvence pohybové aktivity. Naše původní očekávání byla zřetelně nižší.

Tato relativně vysoká pohybová aktivita u respondentů trpících obezitou může být spojena s řadou faktorů. Vzhledem k tomu, že již v informacích o kurzu je uvedeno, že

součástí kurzu je hodinová pohybová aktivita, mohla tato informace odradit od přihlášení jedince, kteří jsou pohybově neaktivní, ačkoliv je cvičení dobrovolné.

Navíc cvičení předchází části věnované teorii a skupině, a tak se mohou účastníci nenavštěvující cvičení cítit poněkud vyčlenění, protože ostatní obvykle přicházejí ve skupině. Tito účastníci během kurzu mnohdy sami od sebe vysvětlovali, proč se cvičení neúčastní. To by mohlo zapříčinit nižší absenci, či dokonce předčasné ukončení kurzu. Z celkového počtu respondentů našeho výzkumu se cvičení vůbec neúčastnili pouze 3 účastníci kurzu, přičemž dvě ženy při odevzdávání vyplněného dotazníku samy uvedly důvod. Jedna se neúčastnila ze zdravotních důvodů a další končila pozdě v práci.

Rovněž je pravděpodobné, že účastníci kurzu bývají motivovanější a odhodlanější k redukci hmotnosti, než probandi v některých studiích, protože se do kurzu často sami dobrovolně přihlásili, kurzy jsou placené a vyžadují od účastníků, aby si na ně každý týden vyhradili čas. O vysoké motivaci respondentů vypovídá množství absolvovaných lekcí, kdy se 37 z celkového počtu 43 respondentů zúčastnilo všech pořádaných lekcí, údaje o počtu absolvovaných lekcí cvičení nebyly zjišťovány.

Nicméně mohlo dojít i k nezáměrnému nadhodnocení množství vykonávané pohybové aktivity, protože při srovnání dat z objektivního měření pohybové aktivity a subjektivního odhadu jedince se ukazuje tendence lidí trpících obezitou výrazně přeceňovat intenzitu pohybové aktivity, množství spálených kalorií i čas, po kterou aktivitu provozovali (Lichtman, & Pisarska, 1992).

V úvahu přichází i záměrné zkreslení v rámci sociální desirability, neboť v současné době je trendem být pohybově aktivní, navíc řada lidí nepovažuje obezitu za nemoc a spojuje ji právě s nedostatečným pohybem (např. Švecová et al., 2014; Knerr et al., 2016).

Ke zkreslení rovněž mohla přispět konstrukce dotazníku. Přesnější představu bychom získali, kdybychom se dotazovali na časový interval věnovaný pohybové aktivitě i frekvenci jejího provozování během týdne u každé uvedené aktivity. Dotazník bychom tedy mohli zkonstruovat například formou tabulky, kde by bylo zřejmé spojení mezi jednotlivými údaji a provozovanými aktivitami.

Zajímavé by rovněž bylo srovnání úrovně počáteční pohybové aktivity účastníků, kteří kurz dokončili a nedokončili. Původně zamýšlené srovnání výsledků účastníků podle počtu absolvovaných lekcí narazilo na nedostatečný počet respondentů s nízkou účastí.

Výsledky našeho výzkumu vyvolávají řadu otázek a otvírají prostor pro další případné bádání. Ukazuje se, že i samotný důkladnější mapující výzkum pohybové aktivity obézní části populace by mohl přinést zajímavé a aktuální poznatky o situaci v České republice.

Mohli bychom se taktéž zaměřit na již zmiňované zkreslování údajů, kdy by se nejprve zjišťoval subjektivní odhad respondentů a k objektivnímu měření bychom využili například aplikace v mobilním telefonu či krokoměr.

Cenné informace by nám mohli přinést i bližší informace o účastnících, jež kurz nedokončí. K získání těchto údajů bychom mohli využít například kontaktování skrze e-mailovou adresu či telefon, přestože v případě nedokončení kurzu předpokládáme nižší ochotu k dalšímu kontaktu a účasti ve výzkumu. Nicméně pokud by se nám podařilo najít jedince ochotné podílet se na dalším bádání, mohli bychom navázat kvalitativní studii k získání informací o důvodech předčasného ukončení kurzu, vnímaných bariérách v redukci hmotnosti a případně získat zpětnou vazbu pro úpravu kurzu.

V neposlední řadě by bylo zajímavé získat i údaje o lidech s obezitou, jež se o redukci hmotnosti pokouší vlastními silami, tato data bychom mohli nasbírat například prostřednictvím skupin orientovaných na redukci váhy na sociálních sítích či internetových stránkách. A především pak o lidech trpících obezitou, kteří redukci hmotnosti nezvažují či se o ni nepokouší. K získání těchto údajů bychom mohli poprosit o spolupráci praktické lékaře, avšak domníváme se, že ochota pacientů k vyplnění dotazníku by byla poměrně nízká a pravděpodobně by byly údaje zkreslené s ohledem na situaci, kdy by byl dotazník spojen se zdravotnickým zařízením.

Druhým naším cílem bylo zjistit, zda po absolvování 3 měsíčního redukčního kurzu dojde k navýšení pohybové aktivity respondentů. Dotazovali jsme se na změny ve frekvenci, časovém intervalu a intenzitě pohybové aktivity.

Jak jsme již uvedli v předchozí části diskuze, nejvíce by u většiny bylo třeba zvýšit četnost pohybových aktivit během týdne. K tomu navýšení došlo u jen 17 respondentů. Dvacet respondentů se začalo během kurzů pohybovým aktivitám věnovat v delším časovém úseku a u 10 došlo k navýšení intenzity aktivity. Šest respondentů se zlepšilo ve všech třech sledovaných proměnných. Naopak 16 respondentů zůstalo na stejné úrovni pohybové aktivity jako před kurzem, ačkoliv minimálně v oblasti frekvence 15 z nich není dostatečně pohybově aktivní.

I výsledky změn pohybové aktivity jsou nečekané, v souladu s výsledky výzkumů jsme očekávali naopak větší navýšení pohybové aktivity respondentů (např. Dallow et al., 2003; Lindgren et al., 2011).

Při bližším zkoumání výsledků můžeme vidět, že k navýšení došlo především u respondentů, jenž byli poměrně pohybově aktivní i před začátkem kurzu, a naopak řada

respondentů, u nichž by bylo vhodné navýšit četnost pohybových aktivit během týdne, zůstala na stejné úrovni. Tento výsledek může být spojen s množstvím důvodů. Jednak je pravděpodobné, že pohybově neaktivní lidé mají k fyzickým aktivitám negativní vztah, pohyb jim nepřináší radost a orientují se na redukci hmotnosti prostřednictvím stravování.

Dalším možným vysvětlením je orientace kurzů na předávání vědomostí o zdravém stravování, plánování a psychohygieně, kdy vysvětlením benefitům spojeným s pohybovou aktivností je věnováno méně času. Účastníci kurzu jsou rovněž vedeni k důležitosti pozitivní pocitů spojených s procesem snižování hmotnosti a orientací na pro ně zvládnutelné a udržitelné malé změny a pro některé účastníky zajisté může z počátku být navýšení pohybové aktivity nepředstavitelné.

Tedy i u tohoto cíle by bylo zajímavé zjistit více informací. Mohli bychom se ještě dotázat, zda se respondenti začali věnovat novému druhu pohybové aktivity. U respondentů, u nichž nedošlo k navýšení žádného parametru pohybové aktivity, bychom mohli zjišťovat, zda o navýšení uvažují či je dokonce plánují. Případně bychom opět mohli navázat kvalitativním výzkumem ke zjištění individuálně vnímaných bariér ke zvýšení pohybové aktivity. Případně naopak, jaké benefity by jim mohlo navýšení pohybové aktivity přinést.

Nicméně v oblasti pohybové aktivity u osob s obezitou je nutné zohlednit zdravotní komplikace a s tím spojená omezení. V našem vzorku se jednalo o 12 respondentů a u 11 z nich nedošlo k navýšení pohybové aktivity. Zároveň nepředpokládáme, že by komplikace u těchto respondentů byly natolik závažné, že by jim znemožnili například pravidelné zařazování procházek či plavání. Přístup do budovy, ve které se kurz konal, byl po poměrně dlouhém schodišti. Navíc pouze 3 respondenti uvedli, že nenavštěvovali cvičení spojené s kurzem, které sice bylo přizpůsobeno účastníkům, ale trvalo hodinu.

Naším třetím cílem bylo srovnání vnímané osobní účinnosti v oblasti pohybu na začátku kurzu a po jeho absolvování.

Opět jsme očekávali, že dojde k navýšení pohybové vnímané osobní účinnosti účastníků po absolvování kurzu. Toto očekávání souviselo s výše popsaným předpokládaným nárůstem pohybové aktivity. Jenže k navýšení došlo především u respondentů, jenž byli pohybově aktivní i před zahájením kurzu. Navíc podle počtu uváděných druhů aktivit můžeme usuzovat, že se jednalo o jedince s kladným vztahem k pohybu a jejich vnímaná osobní účinnost v oblasti pohybových aktivit byla nejspíše vysoká i před absolvováním kurzu.

A naopak u většiny nedostatečně pohybově aktivních respondentů, k navýšení pohybové aktivity nedošlo. V kontextu popsané situace je tedy pochopitelné, že se pohybová vnímaná osobní účinnost u zkoumaného vzorku po posttestu signifikantně nelišila od počáteční hodnoty.

Posledním našim cílem bylo srovnání obecné vnímané osobní účinnosti na začátku kurzu a po jeho absolvování. V souladu s naším očekáváním i prameny uvedenými v teoretické části byl mezi oběma hodnotami signifikantně významný rozdíl (např. Schutte et al., 2015).

V souladu s předchozími zjištěními výsledek interpretujeme v tom smyslu, že během kurzu byly syceny oblasti podporující nárůst obecné vnímané účinnosti, nicméně pohybová aktivita nepatřila ke stěžejním prvkům. Pokládáme za důležité zmínit několik těchto oblastí, které připadají v úvahu. Jedná se o zdravé stravování, redukci stresu, well-being a sociální podporu.

Souvislost mezi zmiňovanými okruhy a obecnou vnímanou účinností u osob s obezitou nabízí široké pole pro další bádání. Především pak princip generalizace, tedy předpoklad, že navýšení vnímané osobní účinnosti v jedné dimenzi vede k navýšení související dimenze vnímané osobní účinnosti právě prostřednictvím obecné vnímané účinnosti. Tento předpoklad se nám však v našem výzkumu u pohybové vnímané osobní účinnosti nepotvrdil.

Naš výzkum se potýkal s nízkou návratností dotazníků. Konkrétně po proběhnutí první části sběru dat byla sesbírána data od 114 účastníků kurzu, avšak druhou část vyplnilo pouze 58 respondentů.

Celkový počet byl ovlivněn už při samotném zadávání, kdy oproti našemu původnímu plánu sběru dat v úvodu první lekce, proběhl sběr dat až v závěru lekce, kdy řada účastníků kurzu spěchala pryč. Rozhodli jsme se tedy doplnit sběr elektronickou verzí. Nicméně tato okolnost značně snížila návratnost dotazníků.

K nízké návratnosti také přispěl jeden běh kurzu, u kterého proběhla poslední lekce a druhá část sběru dat během Velikonočních prázdnin, v důsledku čehož byla velmi vysoká absence. U jednoho běhu kurzu pak ze zdravotních důvodů došlo pouze ke sběru dat elektronickou verzí.

Všechny tyto okolnosti z našeho pohledu značně snížily návratnost dotazníků.

Další možná pokračování zkoumání souvislostí mezi obezitou, pohybovou aktivností a osobní vnímanou účinností vidíme v zaměření se na určitou skupinu respondentů. Za pozornost by jistě stál výzkum věnující se pouze mužům, protože se jich v redukčních programech objevuje daleko méně než žen. V našem výzkumu byli s jedinou výjimkou všichni muži účastníci speciálního kurzu pro muže a i u tohoto kurzu byl problém s jeho naplněním.

V případě většího vzorku respondentů by pak bylo možné zaměření na srovnání odlišností mezi muži a ženami.

Případná další vhodná vymezení by byla vhodná v souvislosti se stupněm obezity.

Závěr

Tématem této diplomové práce byla souvislost mezi absolvováním redukčního kurzu a vnímanou osobní účinností u osob s obezitou. Teoretická část práce se věnovala několika oblastem spojeným s tímto rozšířeným onemocněním, představení konceptu specifické a obecné vnímané účinnosti a jejich souvislostmi s komponentami zdravého životního stylu, především pak s pohybovou aktivností.

Cílů práce bylo stanoveno několik. Prvním cílem bylo popsání pohybové aktivity účastníků redukčních kurzů pořádaných organizací STOB. Důležitým zjištěním byla nízká pohybová aktivnost u řady respondentů v dimenzi frekvence provozování pohybové aktivity.

Druhý cíl se rovněž zabýval pohybovou aktivností, konkrétně její změnou po absolvování 3 měsíčního redukčního kurzu. Překvapivým zjištěním bylo, že u většiny jedinců s nedostatečnou pohybovou aktivností nedošlo k žádnému navýšení.

V souladu s těmito výsledky bylo v diskuzi navrhováno zaměření se v rámci kurzu na zvyšování četnosti pohybové aktivity u účastníků s nedostatečnou pohybovou aktivností. Bylo by vhodné například vyzdvihovat benefity častějšího provozování méně náročných aktivit, dále zdůraznění možnosti jejich zařazení do běžné denní rutiny (např. vystoupit z městské hromadné dopravy o zastávku dříve a dojít domů pěšky, rozvrhnout si domácí práce pravidelně během týdne apod.) a podporovat účastníky v hledání dalších možností, které budou vyhovovat přímo jim.

Třetím cílem bylo srovnání výsledků vnímané osobní účinnosti v oblasti pohybové aktivity před kurzem a po jeho absolvování. Vzhledem k minimálnímu celkovému navýšení pohybové aktivity respondentů, je pochopitelné, že nedošlo k navýšení ani u pohybové vnímané osobní účinnosti.

Naopak u čtvrtého cíle týkajícího se srovnání obecné vnímané účinnosti účastníků kurzu před jeho absolvováním a po něm, se vyskytl signifikantně významný rozdíl mezi oběma úrovněmi. Jednalo se o nárůst úrovně vnímané osobní účinnosti.

Výsledky ohledně obou uvedených oblastí vnímané osobní účinnosti byly interpretovány v diskuzi. Nejpravděpodobnější se jeví alternativa, kdy klíčovými oblastmi v nárůstu hodnoty obecné vnímané účinnosti bylo zdravé stravování, sociální podpora, osvojení regulačních dovedností a eliminace distresu pomocí osvojení technik jeho zvládnání a psychohygieny.

V diskuzi bylo popsáno několik návrhů pro další výzkum. Mezi nimi byly uvedeny například: specifikace vzorku s ohledem na pohlaví respondentů či stupeň obezity, několik

možností výzkumu dále popisující pohybovou aktivnost lidí s obezitou nebo výzkum dalších spojitostí obezity s osobní vnímanou účinností.

Seznam použité literatury:

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

Allison, D. B., Fontaine, K. R., Manson, J. E., Stevens, J., & VanItallie, T. B. (1999). Annual Deaths Attributable to Obesity in the United States. *JAMA: Journal Of The American Medical Association*, 282(16), 1530.

Annesi, J. J., Johnson, P. H., & McEwen, K. L. (2015). Changes in Self-Efficacy for Exercise and Improved Nutrition Fostered by Increased Self-Regulation Among Adults With Obesity. *The Journal of Primary Prevention*, 36(5), 311-321.

Balaščíková, V., Blatný, M. & Kohoutek, T. (2004). Aspekty sebepojetí jako determinanty výběru strategií zvládnání u adolescentů. *Československá psychologie*, 48(5), 410-415.

Bandura A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social-cognitive view*. New Jersey: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*. (71-81). New York: Academic Press.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman.

Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.). *Self-efficacy beliefs of adolescents*. (307-337). Greenwich, CT: Information Age Publishing.

Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. F., & Martin, B. W. (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?. *Lancet*, 380(9838), 258-271.

Bendlová, B., & Hainer, V. (2004). Metody genetického vyšetření u obézních - současnost a perspektivy. In V., Hainer, (Ed.) *Základy klinické obezitologie*. (109-117). Praha: Grada.

Berger, B. G. (2003). Motivating People to Be Physically Active. *Sport Psychologist*, 17(3), 375.

Borgonovi, F., & Pokropek, A. (2019). Seeing is believing: Task-exposure specificity and the development of mathematics self-efficacy evaluations. *Journal of Educational Psychology*, 111(2), 268–283.

Bray, G. A., & Bouchard, C. (2004). *Handbook of obesity: clinical applications*. New York: M. Dekker.

Brown, L.J., Malouff, J.M., & Schutte, N.S. (2005). The effectiveness of a self-efficacy intervention for helping adolescents cope with sport-competition loss. *Journal of Sport Behavior*, 28(2), 136-150.

Buckley, J. (2016). Exercise self-efficacy intervention in overweight and obese women. *Journal of Health Psychology*, 21(6), 1074–1084.

Burke, L. E., Ewing, L. J., Ye, L., Stryn, M., Zheng, Y., Music, E., ... Sereika, S. M. (2015). The SELF trial: A self-efficacy-based behavioral intervention trial for weight loss maintenance. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 23(11), 2175–2182.

Český statistický úřad. (2018, duben 11). Průměrný Čech trpí mírnou nadváhou [Online]. Retrieved from <https://www.czso.cz/csu/czso/prumerny-cech-trpi-mirnou-nadvahou>

Dallow, C. B., & Anderson, J. (2003). Using Self-Efficacy and a Transtheoretical Model to Develop a Physical Activity Intervention for Obese Women. *American Journal of Health Promotion*, 17(6), 373–381.

Demirci, N., Demirci, P. T., & Demirci, E. (2018). The Effects of Eating Habits, Physical Activity, Nutrition Knowledge and Self-Efficacy Levels on Obesity. *Universal Journal of Educational Research*, 6(7), 1424–1430.

Dobrá, L., & Čechovská, I. (2011). Zdravotní benefity pohybové aktivity a behaviorální intervence. In J., Hendl, & L., Dobrá. *Zdravotní benefity pohybových aktivit: monitorování, intervence, evaluace*. Praha: Karolinum.

Evans, E. (1999). Why should obesity be managed? The obese individual's perspective. *International Journal Of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 23, 3.

Ferguson, B. (2014). ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription 9th Ed. 2014. *Journal Of The Canadian Chiropractic Association*, 58(3), 328.

Fitzgerald, A., Heary, C., Kelly, C., Nixon, E., & Shevlin, M. (2013). Self-efficacy for healthy eating and peer support for unhealthy eating are associated with adolescents' food intake patterns. *Appetite*, 48–58.

García-Naveira Vaamonde, A. (2018). Optimism, general self-efficacy and competitiveness in young high-performance athletes. *Cultura, Ciencia Y Deporte*, 13(37), 71-81.

Gorczyca, A., Jankowski, T., & Oles, P. (2016). Does running a first marathon influence general self-efficacy and positive orientation?. *International Journal Of Sport Psychology*, 47(5), 466-482.

Ha, S. A., Lee, S. Y., Kim, K. A., Seo, J. S., Sohn, C. M., Park, H. R., & Kim, K. W. (2016). Eating habits, physical activity, nutrition knowledge, and self-efficacy by obesity status in upper-grade elementary school students. *Nutrition research and practice*, 10(6), 597–605.

Hainer, V. (1997). Definice otylosti. In V., Hainer, (Ed.) *Obezita: etiopatogeneze, diagnostika a terapie*. (11-15). Praha: Galén.

Hainer, V. (2004). Epidemiologie a zdravotní rizika obezity. In V., Hainer, (Ed.) *Základy klinické obezitologie*. (31-44). Praha: Grada.

Hayesová, N. (1998). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.

Herlesová, J. (2017). *Psycholog a bariatrická léčba obezity* (disertační práce). Retrieved from <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/104243>

Hlúbik, P., & Vosečková, A. (2002). Stravovací zvyklosti a psychologické aspekty obezity. *Interní medicína pro praxi*. 2002/11, 545-547.

Hoskovcová, S. (2006). *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada.

Jackson, J. B., Pietrabissa, G., Rossi, A., Manzoni, G. M., & Castelnovo, G. (2018). Brief strategic therapy and cognitive behavioral therapy for women with binge eating disorder and

comorbid obesity: A randomized clinical trial one-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(8), 688–701.

Janco, A., & Hainer, V. (1997). Komplikace obezity. In V., Hainer, (Ed.) *Obezita: etiopatogeneze, diagnostika a terapie*. (49-65). Praha: Galén.

Janoušek, J. (1992). Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury. *Československá psychologie*, 36(5), 385-398.

Janoušek, J. (2006). Aspirační úroveň, výkonový motiv a vnímané sebeuplatnění jako psychologické faktory výkonnosti ve společenských podmínkách. *Pražské sociálně vědní studie – Psychologická řada PSY-005*. Praha: FSV UK. Retrieved from http://publication.fsv.cuni.cz/attachments/135_005_Janousek.pdf

Klem, M. L., Wing R. R., McGuire M. T., Seagle H. M. & Hill J. O. (1997). A descriptive study of individuals successful at long-term maintenance of substantial weight loss. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 66, (2), 239–246.

Knerr, S., Bowen, D. J., Beresford, S. A., & Wang, C. (2016). Genetic causal beliefs about obesity, self-efficacy for weight control, and obesity-related behaviours in a middle-aged female cohort. *Psychology & Health*, 31(4), 420-435.

Kollannoor-Samuel, G., Vega-López, S., Chhabra, J., Segura-Pérez, S., Damio, G., & Pérez-Escamilla, R. (2012). Food Insecurity and Low Self-efficacy are Associated with Health Care Access Barriers Among Puerto-Ricans with Type 2 Diabetes. *Journal of Immigrant & Minority Health*, 14(4), 552–562.

Koolhaas, C. M., Dhana, K., Schoufour, J. D., Ikram, M. A., Kavousi, M., & Franco, O. H. (2017). Impact of physical activity on the association of overweight and obesity with cardiovascular disease: The Rotterdam Study. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(9), 934–941.

Křivohlavý, J., Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1993). *Czech Adaptation of the General Self-Efficacy Scale*. [online] Retrieved from <http://userpage.fu-berlin.de/~health/czec.htm>

- Kunešová, M. (1997). Vyšetření obézního pacienta. In V., Hainer, (Ed.) *Obezita: etiopatogeneze, diagnostika a terapie.*(34-49). Praha: Galén.
- Kunešová, M. (2004). Vyšetření v obezitologii. In V., Hainer, (Ed.). *Základy klinické obezitologie.* (153-169). Praha: Grada.
- Lichtman, S. W., & Pisarska, K. (1992). Discrepancy between self-reported and actual caloric intake and exercise in obese subjects. *New England Journal of Medicine*, 327(27), 1893.
- Linde, J.A., Jeffery, R.W., Levy, R.L., Sherwood, N.E., Utter, J., Pronk, N.P., & Boyle, R.G. (2004). *Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women.* International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders. 28(3), 418-25.
- Lindgren, E.-C., Baigi, A., Aplitzsch, E., & Bergh, H. (2011). Impact of a six-month empowerment-based exercise intervention programme in non-physically active adolescent Swedish girls. *Health Education Journal*, 70(1), 9–20.
- Macek, P. (2003). *Adolescence.* Praha: Portál.
- Málková, I. (2004). Kognitivně behaviorální přístup k léčbě obezity. In V., Hainer, (Ed.). *Základy klinické obezitologie.* (215-236). Praha: Grada.
- Marcus, B. H., & Forsyth, L. A. H. (2010). *Psychologie aktivního způsobu života: motivace lidí k pohybovým aktivitám.* Praha: Portál.
- Meza Peña, C., Pompa Guajardo, E., & García Cantú, W. (2017). Morbid Obesity and Motivation for Bariatric Surgery. *Summa Psicológica UST*, 14(2), 47-52.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2004). *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování.* Tišnov: Sdružení SCAN.
- Minkwitz, J., Scheipl, F., Cartwright, L., Campbell, I. C., Chittka, T., Thormann, J., ... Himmerich, H. (2019). Why some obese people become depressed whilst others do not:

exploring links between cognitive reactivity, depression and obesity. *Psychology, Health & Medicine*, 24(3), 362–373.

Nakonečný, M. (1996). *Motivace lidského chování*. Praha: Academia.

Netz, Y., Wu, M.-J., Becker, B. J., & Tenenbaum, G. (2005). Physical Activity and Psychological Well-Being in Advanced Age: A Meta-Analysis of Intervention Studies. *Psychology and Aging*, 20(2), 272–284.

Ogden, J., & Clementi, C. (2010). The Experience of Being Obese and the Many Consequences of Stigma. *Journal Of Obesity*, 20101-9.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2007). Obezita: procento obyvatel starších patnácti let s indexem tělesné hmotnosti (BMI) nad 30 [Online]. In *Český statistický úřad*. Retrieved from <https://www.czso.cz/documents>

Poledňová, I. (2006). Výkonová motivace v prostředí školy-souvislosti se sebepojetím a utvářením sociálních vztahů. In P. Macek, L. Lacinová (Eds.), *Vztahy v dospívání*. (120-134). Brno: Barrister & Principal.

Rand, C. S.W., & MacGregor, A, M., C. (1991). Successful weight loss following obesity surgery and the perceived lability of morbid obesity. *International Journal of Obesity*, 15(9), 577–579.

Rathee, N. (2017). Obesity and depression: Are they related? *Indian Journal of Health & Wellbeing*, 8(12), 1472–1475.

Robles, B., Smith, L. V., Ponce, M., Piron, J., & Tony Kuo. (2014). The Influence of Gender and Self-Efficacy on Healthy Eating in a Low-Income Urban Population Affected by Structural Changes to the Food Environment. *Journal of Obesity*, 20(14), 1–12.

Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction and Validation. *Psychological Reports*, 51(2), 663–671.

Schumacher, L. M., Martin, G. J., Goldstein, S. P., Manasse, S. M., Crosby, R. D., Butryn, M. L., Lillis, L., & Forman, E. M. (2018). Ecological momentary assessment of self-attitudes in response to dietary lapses. *Health Psychology, 37*(2), 148-152.

Schutte, N., S., & Malouff, M., J. (2015). General and Realm-Specific Self-Efficacy: Connections to Life Functioning. *Current Psychology, 35* (3), 361–369.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio*. Causal and control beliefs (35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Slabá, Š. (2013) Celostátní konference s mezinárodní účastí: obezitologie a bariatrie 2013. Abstrakt. Retrieved from:

www.gsymposion.cz/data/files/3cc9d67df18b53c6aaf44883815e62ae.pdf

Stop obezitě. (2014). *Metodika kurzů zdravého hubnutí*. [Online]. Retrieved from <http://www.stob.cz/cs/metodika-kurzu-zdraveho-hubnuti-stob>

Stop obezitě. (2018a). *Speciální kurz zdravého hubnutí pouze pro muže se cvičením*. [Online]. Retrieved from <http://www.stob.cz/cs/specialni-kurz-zdraveho-hubnuti-pouze-pro-muze-se-cvicenim-4>

Stop obezitě. (2018b). *Psychologický kurz s novým přístupem mindful eating se cvičením*. [Online]. Retrieved from <http://www.stob.cz/cs/psychologicky-kurz-s-novym-pristupem-mindful-eating-se-cvicenim>

Stop obezitě. (2018c). *Základní kurz se cvičením s důrazem na posílení vůle*. [Online]. Retrieved from <http://www.stob.cz/cs/zakladni-kurz-se-cvicenim-s-durazem-na-posileni-vule-106>

Strachan, S. M., Perras, M. M., Brawley, L. R., & Spink, K. S. (2016). Exercise in challenging times: The predictive utility of identity, self-efficacy, and past exercise. *Sport, Exercise, And Performance Psychology, 5*(3), 247-258.

Stubert, J., Reister, F., Hartmann, S., & Janni, W. (2018). The Risks Associated With Obesity in Pregnancy. *Deutsches Aerzteblatt International*, 115(16), 276-283.

Švecová, R., Langmajerová, J., & Müllerová, D. (2014). Odlišná percepce problematiky obezity u mužů a žen - pilotní šetření. *Hygiena*, 59(2), 60-63.

Tippens, K. M., Purnell, J. Q., Gregory, W. L., Connelly, E., Hanes, D., Oken, B., & Calabrese, C. (2014). Expectancy, Self-Efficacy, and Placebo Effect of a Sham Supplement for Weight Loss in Obese Adults. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 19(3), 181–188.

Tonstad, S., Anderssen, S., Khoury, J., Ose, L., Reseland, J., & Retterstøl, L. (2006). Weight concerns and beliefs about obesity in the Norwegian population. *Scandinavian Journal Of Food & Nutrition*, 50(1), 25-29.

Wamsteker, E., Geenen, R., Iestra, J., Larsen, J., Zelissen, P., & Vanstaveren, W. (2005). Obesity-related beliefs predict weight loss after an 8-week low-calorie diet. *Journal Of The American Dietetic Association*, 105(3), 441-444.

Wiencierz, S., & Williams, L. (2017). Type D personality and physical inactivity: The mediating effects of low self-efficacy. *Journal of Health Psychology*, 22(8), 1025–1034.

Woodruff, R. C., Schauer, G. L., Addison, A. R., Gehlot, A., & Kegler, M. C. (2016). Barriers to weight loss among community health center patients: qualitative insights from primary care providers. *BMC Obesity*, 31-8.

World Health Organization. (2017). Obesity. [Website]. Retrieved from <https://www.who.int/>

Zheng, H., & Dirlam, J. (2016). The Body Mass Index-Mortality Link across the Life Course: Two Selection Biases and Their Effects. *Plos ONE*, 11(2), 1-15.

Zimmerman, B. (2000). Self-Efficacy: An essential motive to learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 82-91.

Přílohy