UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Fakulta tělesné výchovy a sportu
PRAHA

Porovnání účinku aplikace behaviorální a kognitivně behaviorální cvičební jednotky na psychiku obézního jedince

Diplomová práce

Vedoucí práce:
Doc. PhDr. Běla Hátlová, PhD.

Vypracovala:
Zuzana Zachová

PRAHA, SRPEN 2007

Název:
Porovnání účinku aplikace behaviorální a kognitivně behaviorální cvičební jednotky na psychiku obézního jedince.

Title:
Comparison of psychological effects of application behavioral versus cognitive behavioral units on the obese.

Cíle práce:
Aplikace jednotek do pohybového programu obézních frekventantek kurzu. Srovnat vliv na psychiku zúčastněných jedinců kurzu

A) při jeho behaviorální aplikaci.
B) při jeho kognitivně behaviorální aplikaci.

Metody práce:
Na výzkumný vzorek 19 obézních frekventantek kurzu byl aplikován u skupiny A specifický pohybový program a u skupiny B pohybový program s následnou reflexí. Působení obou programů bylo sledováno dotazníkem POMS a obě skupiny byly podrobeny záměrnému pozorování.

Výsledky:
Výsledky výzkumu prokázaly silnější účinky aplikace kognitivně behaviorální cvičební jednotky (B) na aktuálně prožívaný psychosomatický stav obézních jedinců v porovnání s aplikací behaviorální jednotky (A).

Klíčová a související slova:
Nadváha, obezita, BMI, kinezioterapie, Jacobsnova relaxační technika, POMS

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a na základě uvedených pramenů a literatury v seznamu bibliografické citace.

Zuzana Zachová

Touto cestou bych chtěla poděkovat Doc. PhDr. Běle Hátlové, PhD. za podnětné rady a odborné vedení diplomové práce a dále všem, kteří se podíleli na sběru podkladů pro tuto práci.

Souhlasím se zapůjčením své diplomové práce ke studijním účelům. Prosím, aby byla vedena přesná evidence vypůjčovatelů, kteří musí pramen převzaté literatury řádně ocitovat.

Jméno a příjmení	Číslo OP	Datum vypůjčení	Poznámky

Obsah:

I. Teoretická část

1 Úvod 9

2 Různé pohledy na obezitu v historii lidstva 11

3 Charakteristika obezity 14

3.1 Kvantitativní měřítka obezity 14

3.2 Kvalitativní měřítka obezity 16

3.3 Komplikace obezity 17

3.4 Prevalence obezity 19

3.5 Prevence obezity 19

4 Etiopatogeneze obezity 21

4.1 Rizikové faktory 21

4.1.1 Biologické faktory obezity 21

4.1.1.1 Obezita podmíněná geneticky 21

4.1.2 Psychologické faktory obezity 22

4.1.2.1 Obezita a emoce 23

4.1.2.2 Obezita podmíněná životním stylem 25

4.1.2.3 Obezita a poruchy příjmu potravy 25

4.1.3 Sociální faktory obezity 29

5 Osobnost obézního 30

5.1 Nutriční osobnost 31

5.2 Obezita a pohyb 32

5.2.1 Psychika a pohyb 32

6 Nejznámější druhy léčby obezity 35

6.1 Dietní léčba obezity 35

6.1.1 Důsledky déletrvajícího hladovění na psychiku 36

6.2 Psychoterapie 37

6.2.1 Kognitivně behaviorální léčba obezity 38

6.3 Chirurgická léčba obezity 41

6.4 Využití relaxačních technik při léčbě obezity 41

6.5 Farmakoterapie obezity 42
6.6 Pohybová aktivita 42
7 Možnosti behaviorálního, kognitivně behaviorálního přístupu v léčbě obezity .46
7.1 Možnosti pohybové terapie z hlediska behaviorálního a kognitivně behaviorálního přístupu v léčbě obezity 48

II. Empirická část

8 Cíle a úkoly 50
8.1 Východiska pro hypotézy 50
8.2 Hypotézy 51
9 Aplikovaná metodika 52
9.1 POMS – Profile of Mood States 52
9.2 Záměrné pozorování 54
9.3 Postup při sběru dat 56
9.3.1 POMS 56
9.3.2 Záměrné pozorování 56
10 Výzkumný vzorek 57
11 Interpretace výsledků 59
11.1 POMS 59
11.1.1 Meziskupinové porovnání 59
11.1.1.1 Průměrné hodnoty rozdílů 59
11.1.1.2 Hodnoty rozptylů 65
11.2 Záměrné pozorování 72
12 Ověření hypotéz 75
13 Diskuse 76
14 Závěr 78
15 Souhrn 79
16 Přehled literatury: 82
17 Seznam tabulek a grafů 84

18 Přílohy: 85

18.1 Příloha: Cvičební jednotka s kognitivně behaviorální přístupem 85

18.2 Cvičební jednotka s behaviorálním přístupem 87

18.3 Nácvik Jacobsonovy progresivní relaxace 89

18.4 Hry pro reflexi 90

18.5 Dotazník POMS 91

18.6 Dotazník záměrného pozorování 92

18.7 Absolutní četnosti rozdílů 93

I. Teoretická část

Člověk by se měl pokoušet měnit věci, které se měnit dají, nepokoušet se měnit věci, které se měnit nedají, a moudře rozlišovat mezi obojím.

Abraham Maslow

1 Úvod

Zatímco rozvojové země bojují s podvýživou, vyspělé státy čelí opačnému, s výživou souvisejícímu problému, který má ale podobně vážné zdravotní následky. Je jím hrozivě se zvyšující výskyt obezity. Dnes už lékaři hovoří o tzv. „epidemii obezity", jako o jednom z největších zdravotních problémů v ekonomicky vyspělých společnostech. Podle údajů Světové zdravotnické organizace žije na Zemi celkem asi 1 miliarda dospělých s nadváhou, z toho 300 milionů obézních. Odborníci se shodují v tom, že obezita již zabila více lidí, než obě světové války dohromady.

Důvodů, proč jsem si vybrala toto téma, je celá řada, ale mezi největší z nich patří můj pobyt ve Spojených státech amerických. Prázdniny roku 2006 jsem strávila s kamarádkou v Californii, v letovisku Lake Tahoe. Jednalo se o pracovní pobyt „Work and Travel", kterého se smí účastnit pouze studenti. Pracovaly jsme v krámku se suvenýry, tričky a různými jinými drobnostmi.

O tom, že Spojené státy zaujímají přední příčky ve výskytu obezity jsme vědely, ale stejně nás velmi překvapil fakt, že již na letišti jsme potkávaly více korpulentnějších dam, než je tomu kdekoliv jinde. Kde jsou pak všechny ty krásné a štíhlé ženy z videoklipů, reklam i jiných amerických pořadů?

Ale zpátky k pobytu. Jasně si vzpomínám na den, kdy krámek navštívily 3 dámy, které se svou obezitou blížily morbidní otylosti. Pravděpodobně šlo o matku a dvě dcery. Ačkoliv se ve státech prodává oblečení velikosti 3XL i více, na tyto dámy nebylo možné sehnat jediné tričko. Myslím ale, že kupovat stejně nic nechtěly, venku pro ně bylo moc horko, a tak se přišly trochu

ochladit do klimatizovaného obchůdku. K mému překvapení si u nás stejně něco vybraly, byly to mléčné čokolády s logem Lake Tahoe. Asi nikdy nezapomenu na udivený výraz mého kolegy filipínského původu a jeho slova: „Oh my Gosh, they were so huge". V té době jsem ještě zcela nerozuměla významu termínu „huge". Myslela jsem, že už není v angličitně jiného slova, než výrazu „big", jenž by zobrazoval něco velikého, mohutného, ale jak se později ukázalo, spletla jsem se. „Huge" totiž znamená něco obrovského, prostě většího než velkého. K mému velkému úžasu se tyto dámy stavily v krámku ještě 2krát, a to v následujících dvou dnech. Jejich nákup byl stále stejný. Tři dámy, tři mléčné čokolády Lake Tahoe. Rovněž nikdy nezapomenu na výraz v tváři jedné z těch dam. Když jsem se na ní blíže zadívala, zjistila jsem, že dívka byla velmi mladá, mohlo jí být tak 17let, sotva se pohybovala, stála u dveří, byla celá zpocená. Výraz v jejím obličeji byl děsivý. V její tváři jsem totiž mohla viděla to, jak je ovládána svými zlými návyky, a jak se v tomto obrovském těle skrývá, ale opravdu malá dušička. V ten moment jsem si uvědomila, že obezita není jen genetický problém, ale že se uplatňuje celá řada faktorů, jak při vzniku, tak při jejím uchování, a že se obezita stává stále častěji psychickým problémem společnosti.

V obecné psychologii jsme se učili, že nejhůře pociťovaná bolest, je bolest zubů, ale co když bolí duše?

Podívejme se na obezitu, jako na jakousi mozaiku. Jednotlivé kapitoly teoretické části jsou jednotlivé kostičky mozaiky, a když složíme všechny tyto kostičky, dostane se nám komplexního pohledu na obezitu.

Úvodní citát Abrahama Maslowa přesně vystihuje problém otylosti. Ano, obezita je z určité části geneticky podmíněná, ale bylo by zjednodušením ji považovat jako neovlivnitelnou. Odborníci se totiž shodují v tom, že genetické dispozice hrají roli pouze v 50 % a co těch zbývajících 50 %?

Jedním z možných přístupů k ovlivnění obezity je pohybová aktivita. Je známo, že obézní příliš neholdují pohybu, preferují spíše tělesné pohodlí, a to také může být jednou z příčin vzestupu hmotnosti. Empirická část této práce se bude zaměřovat na různé přístupy k léčbě obezity z hlediska pohybové aktivity. Právě z důvodu déletrvající absence pohybu si uvědomuji fakt, že pro tuto skupinu by měla být pohybová aktivita specifická. Měla by zohledňovat intraindividuální i interindividuální hlediska, a hlavně by měla přinášet obézním co možná nejvíce pozitivních prožitků.

2 Různé pohledy na obezitu v historii lidstva

Náhled na otylost se v různých obdobích liší podobně jako v různých civilizacích. Především umění odráží svědectví o našich obézních předcích, jsou to sochy, obrazy a později i literatura, která otylé nejen zobrazuje, ale poskytuje i pohled na jejich postavení ve společnosti. Z doby prehistorické se na mnoha místech Evropy nachází sošky Venuše. Soška Věstonické Venuše z jižní Moravy zobrazuje otylou ženu, na kterou je v té době pohlíženo jako na symbol ženství. Zbytnění dolní části těla v oblasti podbřišku, hýždí a stehen je pro člověka té doby symbolem plodnosti a hojnosti.

V období antiky se ve starém Římě a Řecku stává idolem urostlý atletický typ. V této době se setkáváme i s názory tehdejších lékařských autorit na obezitu. Tak Hippokrates poukazuje na to, že náhlé úmrtí postihuje častěji lidi otylé, než ty, kteří mají normální hmotnost, dále poukazuje i na častější výskyt menstruačních poruch a neplodnosti u obézních žen. Galén a Avicenna podávají návody k léčbě otylosti.

V počátcích křesťanství je tělo zahalováno jako nástroj hříchu. Poustevníci se trápí hladem. V pústu mají nalézt očistu těla i ducha. Ve středověku u vládnoucích feudálů přispívá hojnost jídla a pití spolu s omezením pohybu k rozvoji otylosti a jejích komplikací. Nicméně už v této době je patrna snaha u osvícených vladařů o dodržování správné životosprávy. Mistr Havel ze Strahova, osobní lékař Karla IV., vypracoval pro svého vladaře systém životosprávy, v němž mu doporučuje střídmost v jídle i pití. „Pouze tedy pokrm, jenž dává dosti posily, přísluší tělu lidskému" (in Hainer, 1997). Mnohá z doporučení mistra Havla jsou v souladu s dnes doporučovaným životním stylem: střídmost v jídle a pití, omezený příjem tučných jídel a cvičení na čerstvém vzduchu.

Svědectví ideálu krásy v období baroka odráží boubelatí andělíčci v barokních kostelech či zaoblené postav na plátnech mistra P. P. Rubense. Jak na obrazech, tak v písemnictví se v minulosti stávají obézní muži symbolem úřední moci, úspěšnosti a blahobytu. Lékařství 18. a 19. století přináší nové pohledy na obezitu. V roce 1727 se T. Short zamýšlí nad původem obezity. Dle T. Shorta obézní nezřízeně holdují jídlu a pití, mnoho spí a lenoší, mají pěkně „vypasená těla". Obézní jedinec pak nese plnou zodpovědnost za své „hříchy". Obezita je nejen nezdravá, ale v určitém smyslu i amorální, protože je výsledkem neschopnosti sebekontroly

obézního jedince. Tedy již počátkem 18.století je zdůrazňován význam chování obézního jedince, tedy aspekt, který se v současné době stává základem behaviorální léčby obezity. T. Short zdůrazňuje při léčení obezity nejen význam „lehce šetřící diety", ale poukazuje i na pozitivní úlohu pohybové aktivity a cvičení. A. Flemyng si všímá sklonu k obezitě v rodinách a připisuje ho „poddajnosti" buněčných či tukových membrán. A tak již v 18. století je zmiňována možná úloha dědičných faktorů u obezity, která je potvrzována komplexními výzkumy až v současnosti. V roce 1793 je v popředí atraktivní hypotéza anglického lékaře T. Beddoese, která uvádí jako možnou příčinu vzniku obezity sníženou oxidaci tuků. Ale až teprve moderní věda na sklonku 20.století dokázala potvrdit, že tuk je pro otylého jedince nepřítelem číslo jedna, neboť obézní jedinec nedokáže tuky patřičně spalovat a používat je jako energetického zdroje (Hainer, 1997).

Nicméně již v minulosti si lékaři všimli, že k rozvoji otylosti přispívá nejen nadměrná spotřeba tuku, ale i cukru. A tak již v roce 1879 je vyroben sacharin jako náhražka cukru.

Ideálem krásy koncem 19. století se stává štíhlost reprezentovaná rakouskou císařovnou Elisabeth, známou pod jménem „Sisi". Osobním šarmem a holdováním pohybu dává císařovna příklad svým poddaným.

Počátkem minulého století se pod vlivem pařížských módních tvůrců uplatňuje štíhlá linie „bez ňader". Ve dvacátých letech je tento „odženštělý" ideál podporován feministických hnutím. Naopak padesátá léta dávají přednost oblým tvarům a idolem se stávají hollywoodské hvězdy s bohatým poprsím. V roce 1967 je ideálem krásy anglická modelka Twiggy. Ovšem se svými parametry – váha 41 kg při výšce 170 cm – reprezentuje hmotnostní index 14,19, což je hodnota pacientek s diagnózou mentální anorexie. Nebezpečí takových ideálů tkví v tom, že mnohé mladé dívky tyto „ideály krásy" napodobují a končí s touto diagnózou a vážnými zdravotními komplikacemi při podvýživě. Dvacáté století je ve znamení „dietní mánie". Přesto v civilizovaných zemích narůstá výskyt obezity, a to i u dětí a dorostu. Zdravotní a socioekonomický dopad obezity a jejích komplikací je dokumentován řadou studií. Závažnost problematiky si vynucuje vznik národních společností pro výzkum obezity. Je založena i Evropská asociace pro studium obezity (EASO) a Mezinárodní asociace pro výzkum Obezity (IASO). Pravidelně se konají kongresy evropské a mezinárodní asociace. Na nich se scházejí odborníci z celého světa, aby prezentovali novinky v názorech na vznik a léčbu otylosti. Dalším fórem pro výměnu nejnovějších poznatků ve výzkumu obezity se stává od roku 1976 časopis

International Journal of Obesity publikovaný v Anglii a v poslední době i časopis Obesity Research vycházející ve Spojených státech amerických (Hainer, 1997).

3 Charakteristika obezity

Nadměrný příjem energie, který přesahuje energetické potřeby organismu vede k nadváze a po delším časovém období k obezitě. Otylost neboli obezita (obesity) je stav charakterizovaný zmnožením tělesného tuku. Hartl, Hartlová (2000) definuje obezitu, jako tělesnou hmotnost vyšší o 20% a více v poměru k výšce a konstituci člověka. Obezita je multifaktoriálně podmíněná metabolická porucha, individuálně geneticky podmíněná náchylnost k hromadění tukových zásob při pozitivní energetické bilanci (Hainer, 1997).

Podíl tuku je v organismu určován pohlavím, věkem a etnickým charakterem populace. Minimální fyziologický podíl tuku v organismu se udává u žen 15 – 17% a u mužů 12 – 14%. Obezitu charakterizuje zvýšení podílu tělesného tuku a to nad 30% tělesné hmotnosti u žen a nad 25% tělesné hmotnosti u mužů. (Hainer a kol., 1996).

Obezita je jedním z největších zdravotních a nutričních problémů průmyslově vyspělých společností. Důležitým faktorem je přejídání, ale příčinou poruch energetické bilance mohou být i poruchy regulačních oblastí CNS, metabolických procesů, ale také nedostatečná funkce žláz s vnitřní sekrecí. Jiní odborníci zdůrazňují rovněž nedostatek pohybu, který přispívá k ukládání tuku.

Výše uvedené poukazuje na multifaktoriální etiologii obezity. Obezita je způsobena nejen nevhodným složením těla, ale též odlišnost kognicí a emocí obézních hraje důležitou roli při vzniku i uchování obezity. Obézní jedinci často v důsledku černobílého myšlení prožijí život „ve jménu hubnutí". Rovněž terapii je proto třeba pojímat komplexně, nesnažit se léčit jen somatickou poruchu, nevhodné stravovací a pohybové návyky, ale zaměřit se na kognice a emoce, které k nevhodnému chování vedou.

3.1 Kvantitativní měřítka obezity

Obezita je dnes definována podle klinicky snadno dostupného vyšetření výšky a hmotnosti. Nejčastěji používanou antropocentrickou metodou hodnocení stupně otylosti je zjišťování hmotnostních indexů. Prakticky se opustilo od stanovení tzv. Brocova indexu:

Hmotnost v kg / (výška v cm – 100)

(za normální se považují hodnoty 1 a nižší, optimálně kolem 0,9).

Tento index je nevhodný z několika důvodů, zejména proto, že koreluje s výškou a nehodí se tedy univerzálně pro malé i velké jedince.

Proto byl již před více než sto lety zaveden tzv. Queteletův index, který je dnes celosvětově označován jako Body Mass Index (dále jen BMI). BMI se vypočítá jako hmotnost v kilogramech dělená druhou mocninou výšky v metrech.

Hmotnost v kg / (výška v m)^2

Hodnoty BMI indexu se v různých pramenech liší. J. Garrow (in Hainer, 1997) podle všeobecně uznávaného hodnocení BMI považuje za normální hodnoty u dospělých BMI 20,0 – 24,9. Pod hodnotou 18,5 klasifikuje onemocnění jako podvýživu. Obezita lehkého či I. stupně, někdy označovaná jako nadváha je v rozmezí BMI 25,0 – 29,9. Nadváha je někdy považována za předstupeň obezity. Zdravotní rizika však evidentně stoupají již od BMI 25 a rizika ostře stoupají od hodnoty 27. Obezitu středního či II. stupně charakterizují hodnoty BMI 30,0 – 39,9 a o obezitě těžkého či III. stupně mluvíme, když je BMI větší než 40. Vzhledem k tomu, že obezita III. stupně je spojena s častou nemocností neboli morbiditou, můžeme se setkat i s označením morbidní otylost. Morbidní obezita je závažným onemocněním a osoby s tímto stupněm otylosti nepřežívají většinou šedesáti let. Optimální životní prognózu mívají podle řady studií jedinci s BMI 20 až 22.

Použití BMI je tedy celosvětově uznávaným měřítkem pro stanovení diagnózy obezity, zároveň může sloužit i jako ukazatel životní prognózy a rizika většiny komplikací obezity. Pro přesnou diagnózu nemusí však být tyto údaje rozhodující, vyšší tělesná váha u těžce tělesně pracujících lidí nebo trénovaných sportovců může být též způsobena zvětšením svalové hmoty. Též některé etnické rasy mohou mít různý podíl tuku při stejném BMI. I přes výše uvedené výhrady je BMI nejjednodušším měřítkem obezity (Hainer, 1997).

3.2 Kvalitativní měřítka obezity

Prakticky stejně významná je i klasifikace kvalitativní na obezitu androidní a gynoidní. Zmnožení břišního tuku bývá častější u mužů, a tak se můžeme setkat s označením obezity mužského typu, neboli androidní typ obezity. Jindy se hovoří o obezitě horního typu či o obezitě abdominální (břišní). Siluetou takový typ připomíná jablko. Odtud pramení označení otylost tvaru jablka (apple – shaped).

Na druhé straně se u žen otylost vyskytuje častěji v dolním segmentu těla, na hýždích a stehnech, reliéf těla pak připomíná hrušku. Odtud tedy obezita dolního typu či ženského typu, resp. gynoidní typ, či obezita tvaru hrušky (pear – shaped).

Studie zabývající se rozložením tuku prokazují, že zmnožení tuku na hrudníku a břiše bývá spojeno s častějším výskytem kardiovaskulárních a metabolických komplikací, zatímco zmnožení tuku v dolní části těla, na hýždích a stehnech, těmito komplikacemi obvykle provázeno nebývá (Hainer a kol., 1996).

Pro jednoduchou klasifikaci byl řadu let používán poměr obvodu pasu a boků, index pas/boky (waist to hip ratio), zkracovaný obvykle WHR. Uvádělo se, že hranice androidní obezity u mužů je 1,0 a u žen nad 0,8 nebo 0,85. Dnes je tento index prakticky opuštěn a měření pouze obvodu pasu se ukázalo významnější a ve studiích nejlépe korelovalo s přesným měřením metabolicky rizikového intraabdominálního (viscerálního) tuku uloženého kolem břišních orgánů (Svačina, 2002).

Obvod pasu se obvykle měří v místě viditelného pasu nebo v polovině vzdálenosti mezi lopatou kosti kyčelní a posledními žebry, obvod boků nad velkým trochanterem nebo v místě největšího vyklenutí hýždí.

M. Kunešová, předsedkyně České obezitologické společnosti ČLS JEP dle nové studie „Životní styl a obezita“ (2006) uvádí, že průměrné hodnoty obvodu pasu u českých žen jsou 83cm, tedy již pásmo mírného rizika, u českých mužů byla naměřena hodnota 93,2cm.

Z patogenetického hlediska Hainer (1996) konstatuje, že podíl genetických (vnitřních resp.metabolických) faktorů a faktorů vnějších (psychosociálních), je přibližně 1:1. Při posouzení vnějších faktorů je třeba brát v úvahu vzdělání nemocného, fyzickou aktivitu, vliv okolí, reakci na stres apod. Pro posouzení genetického vlivu na obezitu je vhodné zjistit případný výskyt obezity a diabetes mellitus 2.typu v rodině.

3.3 Komplikace obezity

Obezita je rizikovým faktorem pro vznik a rozvoj řady závažných chronických onemocnění. Její dopad je patrný nejen ve fyzickém, ale tak i v psychickém zdraví (pocity méněcennosti, nižší společenské uplatnění a různá jiná znevýhodnění). Rizika komplikací se liší podle rozložení zásobního tuku. Studie prokázaly horší zdravotní prognózu u lidí s androidním typem obezity, typem připomínajícím jablko (apple shaped), kde rozložení tuku je převážně v oblasti břicha.

Nitrobřišní tuk je zdrojem značného množství volných mastných kyselin, které se dostávají do jater, kde zapříčiňují zvýšenou sekreci aterosklerózu potencujících lipoproteinů o velmi nízké hustotě a současně tlumí vychytávání, účinnost a odbourávání hormonu inzulinu. U obézních s „jablečným" typem obezity se současně objevuje zvýšená hladina hormonu inzulinu – hyperinzulinemie a snížená citlivost tkání k inzulinu – inzulinorezistence. Tato hormonální porucha obvykle vyústí ve vznik cukrovky II. typu (non – inzulin dependentní diabetes mellitus), kterou trpí na světě 171 milionů lidí. Obezita provázená zvýšenou hladinou inzulinu a tuků v séru a vysokým krevním tlakem představuje jeden z nejzávažnějších rizikových faktorů pro výskyt jak srdečních, v jejichž důsledku zemře ročně až 16,7 milionů lidí, a mozkových cévních onemocnění, tak cukrovky II. typu. V poslední době je používán pro tento soubor příznaků u androidní obezity na doporučení Raevena termín **„syndrom X"**. (Hainer a kol., 1996).

Významnou závislost výskytu onemocnění mozkových a věnčitých tepen a cukrovky na charakteru rozložení tuku prokázala 13letá prospektivní Larssonova studie ve švédském Göteborgu. U mužů s androidním rozložením tuku došlo během 13 let sledování k výskytu ischemické choroby srdeční 2,5krát častěji než u mužů s otylostí tvaru hrušky. Mozkové cévní příhody u otylosti tvaru jablka se vyskytly dokonce 5,9krát častěji! Též úmrtnost byla vyšší u androidní otylosti, a to 1,7krát. U většího stupně obezity podle hmotnostního indexu stoupl výskyt cukrovky na 15,2 % pouze u „jablečné" obezity. U rozložení tuku tvaru hrušky byl během 13 let pozorován výskyt cukrovky pouze u 0,5 % sledovaných mužů. Z této studie tedy vyplývá horší zdravotní prognóza obezity androidního typu. (Hainer a kol., 1996).

Řada obézních navíc trpí depresemi a psychosociálními problémy, vedoucí někdy až k vyloučení ze společenského života. Mezi nejčastější problémy řadíme nižší sebedůvěru, nižší sebehodnocení, zhoršení pocitu pohody, ztráta atraktivity, diskriminace a různá sociální omezení.

Výjimkou nejsou ani poruchy reprodukčních funkcí žen i mužů, ale obezita má také řadu ortopedických problémů, jako jsou problémy s držením těla, s klouby, se zády, s kyčlemi, bolesti nohou a snížená pohyblivost.

Ukládání nitrobřišního tuku napomáhá malá fyzická aktivita, kouření a alkohol. I když rozložení tělesného tuku a s ním i morfologie a cévní zásobení kosterního svalu jsou významně ovlivňovány dědičnými faktory, je možno změnou životního stylu příznivě ovlivnit jak množství útrobního tuku, tak i morfologii kosterního svalu a jeho zásobení vlásečnicemi.

Komplikace obezity shrnuje následující tabulka.

Komplikace obezity	
Systém	**Projev**
Srdečně cévní systém	Ateroskleróza tepen Ischemická choroba srdeční Mozková mrtvice Hypertenze Varixy
Dýchací systém	Potíže s dýcháním Pickův syndrom
Zažívací trakt	Žlučové kameny Ztukovatění jater Zánět slinivky břišní Zácpa
Pohybové ústrojí	Postižení kloubů a páteře (artróza, spondylóza) Deformace klenby nožní Vybočená holeň Dna
Kožní potíže	Ekzémy a plísně v místě vlhké zapářky Strie Celulitida
Psychosociální problémy	Společenská diskriminace (anti-fat rasismus) Nízké sebevědomí, porucha motivace, sebeobviňování Deprese, úzkost Poruchy příjmu jídla
Ostatní	Diabetes mellitus II. typu Otoky Horší hojení ran Kýly

tabulka 1- Komplikace obezity

3.4 Prevalence obezity

Obezita je nazývána epidemií třetího tisíciletí. Říká se, že přejídání už zabilo více lidí než všechny války dohromady. Výskyt obezity navíc vykazuje rostoucí tendence. V roce 1995 počet obézních dosahoval hodnot 200 milionů, v roce 2000 toto číslo stouplo na 300 milionů lidí.

Ve většině zemí západní Evropy a v některých zemích Ameriky se prevalence obezity u dospělých pohybuje mezi 10 až 25 %. Mnohem horší situace je ve východní Evropě, kde trpí obezitou 40 % žen, stejně jako ve státech Středozemí a u žen černé pleti v USA. Poslední dobou je ovšem největší prevalence mezi americkými Indiány i Američany hispánského původu a vůbec nejvyšších hodnot dosahuje v Melanézii, Mikronézii a Polynézii. Tato populace je totiž vybavena tzv. šetřícími geny, díky nimž se obezita vyvíjí v podmínkách dostatku stravy a nedostatku pohybu obzvláště rychlým tempem. Dnes se však obezita nevyhýbá ani Číně, Thajsku nebo Brazílii, tedy zemím, kde se v minulosti prakticky nevyskytovala.

V České republice má podle nejnovější reprezentativní studie nadměrnou hmotnost 52 % dospělé populace, z toho 35 % spadá do kategorie nadváhy a 17 % obézních. Výskyt obezity navíc vykazuje rostoucí trend. Oproti roku 2000 totiž vzrostl počet lidí s nadváhou o 3%. Z průzkumu dále vyplývá, že příčinou zvýšeného výskytu nadváhy a obezity není ani tak změna ve stravovacích zvyklostech, ale úbytek pohybových aktivit (Kunešová, Březovský, Hainer, 2006).

3.5 Prevence obezity

Je mnohem lepší obezitě předcházet, než již vzniklou otylost a její následky léčit. Je to nejen zdravější, ale i finančně méně náročné. Prevence by měla být prvním a základním řešením. Fořt (2004) doporučuje začínat s prevencí již v prenatálním období. Vědecké studie totiž prokázaly, že právě v tomto období si dítě vytváří návyk na stravu přijímanou matkou, zejména v případech některých specifických potravin. Jasně prokázané je to třeba u alkoholu a kofeinu, ale také u sladkostí a tuků.

Prvním kritickým obdobím z hlediska prevence nadváhy či obezity je výživa kojenců. Dostatečně dlouhé kojení je považováno za základ prevence obezity. Dalším důležitým obdobím

je několik málo měsíců po odstavení kojence, jako velmi rizikové se ukazuje především předčasné odstavení, protože jakákoliv jiná potrava než mateřské mléko je nevhodně energeticky složená. Třetím, ale přitom specificky rizikovým obdobím je puberta, v tomto období je dítě velmi nesnadně manipulovatelné. Čtvrtým, mimořádně kritickým obdobím je věk, kdy se definitivně zastavil růst (věk kolem 15-18 rokem, spíše směrem k nižšímu věku), pokud totiž přetrvává „žravost", nebo se změní sociální klima, podmínky provokující ke konzumaci nevhodných potravin, je dost jisté, že se člověk inklinující k nadváze k ní dopracuje. A pokud se k ní dopracuje, je dost pravděpodobné, že nadváha přejde v obezitu a poté přetrvá po celý život.

Každopádně prevence má zásadní význam i tam, kde se již podařilo tělesnou hmotnost snížit a jen celoživotní prevence může před těmito problémy uchránit. Z hlediska prevence obezity uvádím následující preventivní zásady:

- celkový denní příjem potravin rozdělit do více porcí, nejlépe pěti

- omezit velikost porcí

- omezit příjem tuků, zvláště živočišných a cukrů, zvýšit spotřebu ovoce a zeleniny

- vypít denně alespoň dva litry tekutin, neslazené nápoje

- zvýšit denní fyzickou aktivitu

- stanovit si reálné cíle při hubnutí a váhový úbytek si udržet

- ideální je hubnout pomalu, 0,5 – 1,0 kg týdně

4 Etiopatogeneze obezity

4.1 Rizikové faktory

Na základě dosavadních zkušeností o vzniku a vývoji obezity převládá konsenzus o multifaktoriální etiologii. Obecně můžeme tyto faktory rozdělit na biologické, psychologické a sociální. Tyto faktory spolu navzájem interagují a navíc vliv těchto jednotlivých faktorů se může měnit v různém prostředí, za různých podmínek. U každého individua se faktory mohou navíc uplatňovat odlišně (Málková, 1995).

4.1.1 Biologické faktory obezity

Základní a zároveň nejčastější příčinou podílející se na vzniku a uchování obezity je dlouhodobý nepoměr mezi přívodem energie a energetickým výdejem. K tomuto nepoměru dochází buď dlouhodobě zvýšeným příjmem energie, nebo sníženou tělesnou aktivitou, pokud není kompenzována snížením příjmu potravy. Regulace hmotnosti pak není schopna kompenzovat nevhodné stravovací návyky a nedostatek tělesného pohybu. Později se pak setkáváme s poruchami látkové přeměny, především cukrů a tuků.

Jak jsem se zmínila již v úvodu, je obezita multifaktoriálně podmíněná metabolická porucha a je nutné brát v potaz i geneticky podmíněnou náchylnost k hromadění tukových zásob při pozitivní energetické bilanci. Je skutečně vědecky dokázána existence tzv. „šetřících genů", které zajišťovaly přežití populace v dobách nedostatku potravy a hladomoru. U jedinců vybavených těmito geny se pak v podmínkách všeobecného materiálního dostatku obezita vyvíjí obzvláště rychlým tempem.

4.1.1.1 Obezita podmíněná geneticky

Genetickým faktorů se v současné době věnuje stále více pozornosti. Ukazuje se, že mají větší význam pro patogenezi obezity, než se dříve soudilo. P. Sucharda (in Málková, Kunová, Kudrna, 2002) uvádí, že na sklonu k nepřiměřenému ukládání tukových zásob se podílí dědičnost

a odhaduje, že obezita je nejméně z poloviny způsobena vrozenými vlohami. K podobným závěrům dochází i M. Kunešová (1999) a uvádí, že dědičnost se podílí na velikosti BMI asi z 25 – 40% a na obsahu tuku v břiše dokonce až 50 – 60%.

Dědičnost se přitom uplatňuje různým způsobem, např. rozdílnou schopností spalovat základní živiny (zejména tuky), velikostí výdeje energie v klidu a po jídle a přednostním výběrem chutí. Vědecky byla např. prokázána i genetické dispozice k pohyblivosti, tedy k energetickému výdeji (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007).

Pro posouzení genetického vlivu na obezitu je vhodné znát výskyt obezity v rodině. Genetické vlivy byly zkoumány zejména ve studiích s adoptovanými dvojčaty. Navzdory tomu, že dvojčata vyrůstala v odlišném prostředí, jejich tělesné váhy (hodnoty BMI) byly relativně stejné. Z výsledků studií je možné říci, že genetické faktory ovlivňují zhruba 50 – 60% faktorů vedoucích k obezitě (Hainer, 1997).

V. Hainer (2006), ředitel Endokrinologického ústavu poukazuje na vliv rodinných dispozic na nadměrnou hmotnost. Riziko nadváhy v dospělosti totiž stoupá s výskytem nadměrné hmotnosti v dětském věku a také v rodině. V této souvislosti uvádí, že čím více je „tlustých" rodinných příslušníků, tím vyšší je pravděpodobnost nadváhy. ¾ respondentů, kteří byli obézní v dětství, trpí nadměrnou hmotností i v dospělosti. 70 % šanci mít nadměrnou hmotnost získává člověk, jehož oba rodiče trpěli tímto problémem. U rodin s normální hmotností klesá riziko na 46 %.

4.1.2 Psychologické faktory obezity

Obezita je dnes považována za poruchu, v níž se uplatňují četné psychosociální faktory. Psychologové zkoumají vlivy vnějšího prostředí, různé frustrující životní události a stresové situace, emoční problémy řešené přejídáním, což se považuje za časté rysy osobnosti obézního. Pomineme-li genetickou podmíněnost obezity, typické pro obézního je to, že nejí z hladu, ale v důsledku tzv. „toxického prostředí". Mnohé studie prokazují zvýšenou citlivost obézních na zevní stimuly a každý druh emočního vzrušení může navodit zvýšený příjem potravy.

V případě hubnutí se většinou působí na změnu chování, na změnu stravovacích a pohybových návyků. Chceme-li být v redukci hmotnosti úspěšní, musíme se zaměřit i na myšlení a emoce, které k nežádoucímu chování vedou (Málková, Kunová, Kudrna, 2002).

4.1.2.1 Obezita a emoce

Touhu po jídle vyvolává řada vnějších a vnitřních podnětů. Nemalým poměrem se na vzniku obezity podílí souvislost mezi stravovacími návyky a emocemi, ať už kladnými nebo zápornými. Již od novorozeneckého věku je slast z jídla spojována s pocitem pohody, dobra a emoční jistoty. Když vás matka kojila, držela vás v náručí, hřála a konejšila, cítili jste lásku, jídlo vám tedy poskytovalo emoční jistotu. Málková a Krch (2001) považují potravu nejen za nejzákladnější lidskou potřebou, ale také za zdroj prvních emočních prožitků a postojů. Umocnění pohody jídlem přetrvává ale i v pozdějším věku a v dospělosti, kdy se jídlo stává prostředkem k navazování společenských vztahů a získávání náklonnosti.

A tak se stává, že signálem k jedení není přirozená potřeba jíst, ale většinou jde právě o reakce na vnější podněty. Psychologové toto označují jako zákon teorie učení, nazývaný klasické podmiňováním.

Častým důvodem k přejídání jsou však i negativní emoce. Jídlo bývá podmíněno řešením stresových situací. V nejranějším vztahu matky a dítěte je v popředí pozornosti krmení. Pokud dítě pláče, je to způsobeno mnoha důvody (hlad, je pomočené, nebo chce získat pozornost matky). Pokud matka na nespokojenost dítěte reaguje nevhodně, a to tak, že v případě pomočení dítěti nabídne potravu, nenaučí dítě rozlišovat hlad od ostatních tělesných pocitů a potřeb, nenaučí ho rozlišovat mezi fyziologickými a psychologickými aspekty hladu. A tak až dítě vyroste, bude pro něj často jídlo odměnou po překonání nějakých útrap. Potrava pak nabude různých významů jako je odměna, trest, náhradní motiv, prostředek na uklidnění nebo proti bolesti, bude jako náhrada nejrůznějších hodnot, které vyvolávají dojem duševní pohody.

Toto pak představuje další zákon teorie učení, jehož podstatou je operantní podmiňování. Laicky řečeno, jen ta změna, která je nějak pozitivně posílena, odměněna, se udrží, zatímco ta,

která je trestána, vymizí. A tak vždy, když si ve stavu napětí vezmete něco dobrého, uleví se vám a nevhodné chování je tímto posíleno.

Fraňková, Dvořáková-Janů (2003) potvrzují výše uvedené a podotýkají, že jedení se stává jakousi náhradou za jiné potřeby, jako východisko z frustrace. Pokud si lidé navyknou uchylovat se k jídlu ve stresových situacích pravidelně, stane se pro ně jídlo „drogou". Toto funguje i fyziologicky, neboť po jídle se vyplavují látky endorfiny, které přispívají k vytváření dobré nálady. Poukazuje to tedy na úzkou souvislost mezi stravovacími návyky a emočními potřebami. A. J. Stunkard a C. Koch (in Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003) ukázali, že u osob s nadváhou méně koreluje subjektivní pocit hladu s objektivně měřeným vnitřním stavem, než u lidí s normální hmotností. Nadměrný příjem potravy u obézních není tedy spouštěn hladem, ale právě reakcí na jiné podněty. Není dán fyziologickou potřebou, ale je napodmiňován na kladné či záporné emoční prožitky (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007). Nejrůznější životní zkušenosti, přímo nebo nepřímo spojené s výživou, mohou tedy poškodit vztah k potravě (Fraňková, Dvořáková – Janů, 2003). Goleman (1997) v této souvislosti dodává, že obézní lidé nejsou schopni rozlišovat mezi strachem, vztekem a hladem, a proto všechny tyto pocity považují za projev hladu. To je pak vede k tomu, že se při každém rozčilení přejídají. Z jídla se pak stává běžný prostředek, s jehož pomocí se buď sami odměňujete a trestáte, nebo se vyrovnáváte s nejrůznějšími emocionálními stavy a situacemi, které tyto stavy navozují (Málková, Krch, 2001).

Zajímavou studií zabývající se možnými příčinami vzniku obezity přispěla K. Filasová (2007), která se snažila prokázat, zda existuje vztah mezi nadváhou, respektive BMI a schopností uhlídat si hranice svého osobního prostoru. Osobní prostor je pak charakterizován jako oblast, která se vztahuje k tělu jednotlivce a je považována za soukromou, je nabitá emocemi a odehrává se v ní většina interakcí s ostatními lidmi. Překročení osobního prostoru jinou osobou vyvolává afektivní reakci. Výsledky studie prokázaly jistou souvislost mezi tím, jak si žena nehlídá hranice svého osobního prostoru (tj., že ji záleží na tom, co si o ní ostatní lidé myslí a nechá si líbit věci, které jsou jí nepříjemné a nedá najevo svůj názor) a její hodnotou BMI. Takový jedinec nerespektuje své pocity, žije pod tlakem, ve stresu a v nepohodlí a vznikne u něj nadváha (Filasová, 2007).

4.1.2.2 Obezita podmíněná životním stylem

Žijeme v době, kdy se stále zvyšuje výskyt tzv. civilizačních onemocnění mezi které obezita rovněž patří. Rozhodující roli při jejich vzniku má životní styl. V současnosti většina lidí trpí nedostatkem pohybu, stresem, neharmonickými lidskými vztahy, nezdravou výživou a konzumováním návykových látek jako je alkohol, nikotin apod.

P. Fořt (2004) soudí, že obezita je přítomna ve všech společenských vrstvách, ale v každé sociální vrstvě je jiná příčina vzniku. Zásadní příčinou obezity majetnějších lidí jsou obchodní obědy a večeře, rauty a bankety, jež musí absolvovat ti, kteří chtějí ve světě byznysu prorazit. Tento životní styl je nevyhnutelnou společenskou záležitostí všech dobře situovaných jedinců. Ti méně majetní si zase zvykli na soukromá rodinná setkání, tradičně spojené s přejídáním. Tento styl je běžný u střední a vyšší střední vrstvy na celém světě. V ekonomicky silných zemí však tloustne především populace s nižším vzděláním a nízkými příjmy. Je to především proto, že konzumují potraviny nízké kvality (Fořt, 2002).

Hlavní příčinou obezity dle výsledků studie „Životní styl a obezita" je již zmiňovaný špatný životní styl, poukazující především na nedostatek pohybu. Výzkum dále sledoval konzumaci základních druhů potravin, v této oblasti ale nezjistil zásadní změny k horšímu, naopak zjistil, že lidé více jedí ovoce a libové maso. Negativním zjištěním ale je, že se snižuje čas věnovaný fyzické aktivitě, který by podle odborníků měl dosahovat hodnot 3,5 hodin týdně (Kunešová, Březovský, Hainer, 2006).

4.1.2.3 Obezita a poruchy příjmu potravy

Obezita a poruchy příjmu potravy mají některé společné charakteristiky. Obezita hraje významnou roli v etiologii poruch příjmu potravy a přísné diety následované přejídáním hrají roli při rozvoji obezity. Dle informací Národního sdružení pro anorexii nervosu a přidružené nemoci v Highland Parku ve státě Illianois dovedla honba za štíhlostí okolo sedm milionů žen

a jeden milion mužů v Severní Americe do nebezpečného světa způsobeným jídlem (Crook, 1991).

K rozvoji poruch příjmu potravy přispívají podstatnou měrou zejména sociokulturní vlivy. Mluvíme o idealizaci štíhlosti, skandalizaci obezity, dramatizaci zdravotních důsledků mírné nadváhy, životní styl a převládající žebříček hodnot, který je stále více orientovaný na vnější znaky naší existence (úspěch, krása, peníze). Nezanedbatelnou roli hrají různé stresové situace, rodina, zdravotní stav a osobnost jedince. Kauzalita mnohých typů poruch výživy je multifaktoriální (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

Podle poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) shodně s Diagnostickým a statistickým manuálem (DSM – IV) Americké psychiatrické asociace zahrnují pod pojem poruchy příjmu potravy dva nejzřetelněji vymezené syndromy: mentální anorexii (MA) a mentální bulimii (MB). Vzhledem k velkému počtu pacientů, kteří se nějak odlišují nebo nenaplňují některé z diagnostických kritérií, věnují diagnostické příručky pozornost i atypickým, subklinickým, parciálním, nebo jinak nespecifikovaným poruchám příjmu potravy (Krch, 1999). Lidé trpící některou z těchto poruch soustřeďují svůj život na jedení, nejedení, vyprazdňování se, cvičení, aby spálili kalorie, počítáním, kolik jídla si může dovolit a kolik už ne.

Mentální Anorexie (F50.0), charakterizovaná jako chorobné nechutenství a **mentální bulimie (F50.2),** přejídání spojené s pocitem ztráty kontroly nad jídlem a snahou kompenzovat následky přejedení, jsou základními kategoriemi poruch příjmu potravy, jako kategorie nemocí se řadí mezi duševní poruchy. Závažnost těchto poruch spočívá jednak v rozšíření převážně mezi mladými ženami, ale také v tom, že jde o poruchu nejzákladnější lidské potřeby – obživného pudu. I. Málková a F. D. Krch (2001) zdůrazňují, že v průběhu choroby nedegraduje jen jídelní chování pacientů, ale i jejich osobnost. Choroba postupně narušuje emoční, sociální, sexuální i profesionální život nemocných. Tyto poruchy jsou jen vrcholem ledovce, který představuje konzumní životní styl, pohodlnost, rozčarování z nadbytku, strach z obezity. „Anorektičky" a „bulimičky" bývají označovány jako nejúspěšnější bojovnice proti obezitě.

Pro poruchy příjmu potravy i obezitu je příznačná přehnaná kontrola, nevhodné stravovací návyky a dysfunkční kognice. Lidé s bulimií, záchvatovitým přejídáním či obezitou mají často pocit, že nejsou schopni ovlivňovat jiné životní oblasti než oblasti týkající se jídla,

váhy, tvaru těla apod. Pocit kontroly se snaží navodit dodržováním striktních pravidel příjmu potravy, tedy dodržováním diety. Striktní dodržování pravidel pro ně znamená sílu a úspěšnost, sebemenší porušení je pro ně výrazem slabosti.

Protože je velké množství pacientů, kteří nesplňují všechny diagnostické požadavky mentální anorexie a mentální bulimie (dále MA, MB), byla desátá revize MKN rozšířena o diagnózy **atypické MA (F.50.1)** a **atypické MB (F.50.3).** Tyto kategorie by se měly užívat u pacientů, u nichž chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy, ale které vykazují téměř typický klinický obraz (Krch a kol., 1999).

Kromě výše zmíněných poruch řadíme do kategorie poruch příjmu jídla také některé další, jako je pika neorganického původu u dospělých (nutkavé požívání látek, které nejsou určeny k jídlu), nebo psychogenní ztráta chuti k jídlu, diagnostikovány jako **„Jiné poruchy příjmu jídla" (F50.8).**

Podle MKN – 10 nezařazujeme obezitu do kategorie poruch příjmu potravy, protože sama o sobě nepatří mezi duševní poruchy. Pokud se ale jedná o obezitu, jejímž vyvolávajícím činitelem je přejídání jako důsledek psychických faktorů, můžeme tento typ obezity do této kategorie zařadit. Jedná se především o přejídání jako reakce na stres, tzv. reaktivní obezita. Někdy je naopak obezita příčinou psychické poruchy a takoví pacienti mají nežádoucí nadměrný zájem o vlastní tělo, subjektivní hodnocení vlastního těla je přehnané a takový stav někdy vyústí až v definovatelnou poruchu nálady, úzkostnou poruchu, nebo jinou duševní poruchu. V těchto případech diagnostikujeme samostatně typ duševní poruchy a typ obezity ze skupiny MKN – 10, **E66**.

„Jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy" (Eating desorders Otherwise Specified – EDNOS) jsou diagnostickou kategorií DSM – IV.

Pod EDNOS lze zařadit i **„syndrom nočního přejídání"**, pro který je příznačná večerní anorexie, nespavost a noční přejídání. Jeho průběh je pravděpodobně spojen s životním stresem a neúspěšnými pokusy o zhubnutí. Noční jedlíci si často stěžují na neschopnost přestat jíst (Krch a kol., 1999).

Pod EDNOS řadíme i opakované epizody **záchvavovitého přejídání** bez hladovek nebo purgativního chování (pravidelné zvracení) charakteristické pro MB. V poslední době J. P. Cooper (1995) rozeznává kategorii osob, které se přejídají, aniž by užívaly nějaké kompenzační chování. Tento typ záchvatovitého přejídání je často spojen s nadváhou a obezitou a mezi obézními, kteří vyhledali pro svoji nadváhu odbornou pomoc tyto problémy uvádí asi jedna čtvrtina. Existuje návrh klasifikovat tuto kategorii poruch jako třetí druh poruch příjmu potravy pod termínem„ záchvatovité přejídání" (Binge eating disorders, BED). V navrhované definici (Cooper, 1995) je záchvatovité přejídání definováno obdobně jako záchvatovité přejídání u MB, pouze je blíže specifikováno.

Epizody přejídání jsou spojeny alespoň se třemi následujícími kategoriemi:

1) člověk jí mnohem rychleji, než je obvyklé

2) dokud se necítí nepříjemně plný

3) aniž by pociťoval hlad

4) jí o samotě, protože se stydí, že jí tak mnoho

5) po přejedení je sám sebou znechucen, deprimován, nebo se cítí velmi provinile

6) v souvislosti se záchvaty přejídání se objevuje pocit úzkosti

7) k záchvatům přejídání dochází alespoň dvakrát týdně po dobu 6 měsíců

8) záchvatovité přejídání není spojeno s pravidelným kompenzačním chováním.

Pokud jde o vztah obezity a záchvatovitého přejídání, ukazuje se, že čím je obezita těžšího stupně, tím častěji se lze setkat i se záchvatovitým přejídáním. Často je záchvatovité přejídání spojeno s nezdravou sebekontrolou a nevhodnými stravovacími jídelními návyky. (Krch a kol., 1999).

4.1.3 Sociální faktory obezity

Sociální faktory mají značnou variabilitu. Patří mezi ně např. tlak společnosti k nadměrnému energetickému příjmu a ke snižování energetického výdeje. Dále hrají důležitou roli sociografické determinanty jako je např. vzdělání, společenské postavení, zaměstnání, příjem, velikost domácnosti, pohlaví, národnost, rasa. Tělesná hmotnost bývá v rozvinutých zemích vyšší u lidí s nižším vzděláním a u lidí žijících na venkově. Co se společenského postavení týká, ženy v nižších sociálních vrstvách jsou tělesně silnější než ve vyšších, u můžu toto donedávna neplatilo, ale v důsledku nového trendu začínají i muži ve vyšších společenských vrstvách dbát o svou hmotnost. T. Scott (in Krch, 1999) uvádí jako zajímavost, že výskyt obezity ve Spojených státech ve vztahu ke společenské vrstvě má podobu „U" křivky, obezitou tedy trpí velmi bohatí a velmi chudí lidé, každá z těchto skupin pravděpodobně z jiných příčin.

Populační studie prokázaly existenci zřetelných rozdílů mezi sociálními třídami vzhledem k příjmu potravin a živin (Riches, 2004). Především skupiny s nízkými příjmy mají větší tendenci k nevyrovnané stravě a nízkému příjmu ovoce a zeleniny. To vede na jedné straně k podvýživě (deficit důležitých mikroživin) a na druhé straně k nadvýživě (nadbytečný příjem energie) s výsledkem nadváhy a obezity. Lze rovněž pozorovat vyšší výskyt chronických onemocnění ve srovnání se skupinami na vyšší sociálně-ekonomické úrovni, které se vyznačují vyšší úrovní vzdělání i zaměstnání.

Nezanedbatelný je i vliv kultury, kdy stravovací návyky jsou v kultuře značně zakořeněny a mohou být měněny jen pozvolna a to v závislosti na celkové kulturní změně. Výskyt obezity v různých kulturách je dán jednak dostupností jídla a dále také ideálem tvaru těla, zejména ženského tvaru těla. Chybou by bylo opomenout vliv kultury co se tělesné aktivity týká (módní vlivy aerobiku, spinningu, bojových sportů, kalanetiky, joggingu, walkingu atd.), (Praško, Možný, Štěpecký a kol., 2007).

5 Osobnost obézního

Pojem „osobnost" patří k nejčastěji skloňovaným pojmům v psychologii. Obecně platí, že duševní život člověka tvoří celek, z něhož mohou být jeho jednotlivé funkce a vlastnosti jen uměle vyabstrahovány, přičemž tento celek má interindividuálně odlišné kvality. Nakonečný (1998) pak definuje pojem osobnosti jako organizovaný, dynamický a interindividuálně odlišný celek psychofyzických dispozic, determinující průběh a projevy psychických procesů.

V psychologii je každý člověk osobností, individualitou projevující se v rozdílných schopnostech, postojích, temperamentu, charakteru, vůli, motivaci k činnostem, v emocích. Osobnost je tedy určována vnitřními faktory, které jsou od počátku formovány psychosociálním prostředím a zkušenostmi.(Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

Společenské posuzování obezity je poplatné kulturním tradicím společností, kde stále vítězí ideál ženského těla, jehož míry se blíží mentální anorexii. Nadváha a obezita jsou odedávna pokládána za výraz určitých osobnostních rysů jako je poživačnost, nestřídmost, nebo nezdrženlivost, za výsledek neschopnosti sebekontroly obézního. I z hlediska fyzické atraktivity jsou obézní považováni za méněcenné, a tak bývají nadbytečné kilogramy spojovány s negativními osobnostními vlastnostmi. I v médiích bývají tito jedinci posuzování spíše s negativní konotací.

Přes různá zjednodušená tvrzení nejsou však lidé trpící nadváhou v zásadě jiní než ostatní lidé. Záleží ale na tom, do jaké míry berou svoji nadváhu jako handicap a nakolik jsou jí omezováni ve svém životě. Negativní hodnocení, neuspokojení s určitou tělesnou proporcí, často vede k zobecnění a odmítání celého těla, se kterým se pak zachází ještě více macešsky: Nespokojenost s tělem posiluje výhrady k vlastní osobě a přenáší se i do jiných oblastí osobního života, tělesného i psychického zdraví. Četné výzkumy prokazují existenci úzkého vztahu mezi tělesnou nespokojeností, nízkým sebevědomím, úzkostností a pocity společenské nedostačivosti a čím déle trvá nadváha či jen představa o ní, tím pevněji se zakoření v negativních postojích a hodnocení vlastního těla i vlastní osoby (Málková, Krch, 2001).

F. D. Krch (2002) dodává, že tělesný vzhled je úzce spojen se sebevědomím a oslabení sebevědomí je jedním z příznaků deprese. Jestliže si člověk připadá bezcenný a nepovažuje svoji postavu za přijatelnou, často se v důsledku těchto pocitů cítí hůř a o to snadněji propadne zoufalství a beznaději. U těchto lidí se pak setkáváme s depresivními příznaky, jako jsou pocity

viny, nedostatek sebedůvěry a energie, depresivní nálada, pocity beznaděje a vyhýbání se společnosti.

U většiny lidí s nadváhou a s různými stupni obezity se setkáváme rovněž s úzkostnými příznaky. Většinou jde o obavy soustředěné na potravu, příjem jídla a tělesné proporce. Úzkost přirozeně stoupá v situacích, které jsou spojeny s jídlem a kdy je jejich nadváha víc vidět. Těmto situacím se pak snaží vyvarovat, a to jen posiluje pocity nedostačivosti, odlišnosti a posléze navozuje sociální izolaci. Dlouhodobá úzkost se pak odráží i v jiných oblastech života, zejména nepříjemné tělesné projevy, jako je například bolest hlavy a nespavost (Málková, Kunová, Kudrna a kol., 2002).

5.1 Nutriční osobnost

V souvislosti s pojmem osobnost a jejím vztahem k jídlu Fraňková (2003) zmiňuje tzv. „nutriční osobnost". Charakterizují ji jednak individuální rozdíly v regulaci příjmu potravy a v potravním chováním, systém preferencí, averzí, nutričních zvyklostí, postoje vůči jídlu a způsoby zapojení výživy do životního stylu.

Individualita se také projevuje v tom, jak organismus využívá přijaté živiny, jak ekonomicky s nimi zachází, jak efektivně je metabolizuje. To vše se odráží v činnosti mozku a ovlivňuje duševní vývoj, chování a tudíž i fixaci osobnostních rysů. Lidé se liší v návyku na množství přijímaného jídla v jedné dávce, ve velikosti porcí, celkovém energetickém přívodu, ve škále jídel, jež přijímají, ve frekvenci příjmu potravy i v kultuře stolování. To vše je silně ovlivněno výchovou, zkušenostmi, schopností přizpůsobit se společenským zvyklostem, ale projevují se zde i vlastnosti temperamentu (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

Nutriční osobnost klasifikují Fraňková a Dvořáková-Janů (2003) z hlediska několika možných hledisek:

- Podle způsobu jedení (rychlí jedlíci, „loudalové", hltavé jedení, vychutnávání každého sousta).
- Podle kvantity jídla (malí nebo velcí jedlíci).
- Podle počtu denních jídel a denní rytmicity (3-5 nebo více jídel denně, převaha energetického příjmu ráno, večer, noční jedlíci).
- Podle vztahu k jídlu (zařazení jídla do systému hodnot).

- Podle typu preferencí
- Podle rozdílu ve vztahu ke sladkému (milovníci sladkého, typ, kterému je sladká chuť nepříjemná).

5.2 Obezita a pohyb

Obezita je provázena celou řadou zdravotních komplikací, které omezují možnosti a rozsah cvičení. Proto je nutné, aby každá pohybová aktivita byla přizpůsobena stupni obezity, rozsahu zdravotních komplikací, věku a předchozí trénovanosti obézních, tedy aby respektovala interindividuální a intraindividuální možnosti obézních jedinců.

Tělesná aktivita pro obézní má svá specifika, především by měla být pestrá, zaměstnávat co nejvíce svalů, střední intenzity. Vhodně zvolená aktivita má pozitivní vliv na celkový zdravotní stav i jeho subjektivně vnímanou kvalitu.

Z běžných aktivit upřednostňujeme chůzi ve svižném tempu. Pro obézní s onemocněním nosných kloubů je vhodná jízda na kole, nebo plavání v bazénu, vodní pólo či veslování. Méně vhodné jsou cvičení silová, která mohou nepřiměřeně zatěžovat klouby.

U pacientů s těžším stupněm obezity je preferováno aerobní cvičení charakteru džesgymnastiky, švihová, cyklická aktivita ve svižném tempu, dechová cvičení provázená protahováním, relaxační cviky, cviky posilující břišní, hýžďové a zádové svalstvo.

U většiny obézních se setkáváme spíše s nechutí k pohybu, preferují především tělesné pohodlí, což většinou vede k vzestupu hmotnosti. Nemají vůli cvičit samostatně, obávají se okolí. Po špatných zkušenostech obvykle dochází k tomu, že se cvičení stává pro ně stresujícím a po nějaké době se navrací k navyklému způsobu života. Bez dlouhodobého cvičení není většina obézních schopná změnit svůj životní styl. Je nutné dodat, že bez diety a psychologické intervence není u většiny obézních mnoho naděje na úspěch. Zkušenosti ukazují, že největších úspěchů doznává skupinové cvičení, kde obézní mohou saturovat celou řadu absentujících potřeb.

5.2.1 Psychika a pohyb

Již J. A. Komenský zdůrazňoval formativní vliv pohybu a připisoval mu nejen význam tělesný, ale také duchovní. U člověka nelze redukovat pohyb jen na pohyb těla, ale u člověka má

pohyb i emoční doprovod, složku prožívání. Analýzou pohybového projevu člověka Hátlová (2003) předpokládá úroveň aktuálního tělesného i duševního stavu. Piaget (in Hátlová, 2003) upozorňuje na to, že při změně pohybu těla, můžeme očekávat i změnu psychiky.

Velkým problémem především obézní populace je to, že současné podmínky člověka příliš k pohybu nenutí, a proto je důležité, aby dnešní člověk projevil určitou míru sebepřinucení, nutné k zachování somatopsychické rovnováhy. Obézní pacienti preferují tělesné pohodlí, pohybu příliš neholdují, spíše jim tělesná aktivita přináší řadu negativních prožitků. Někteří odborníci z řad lékařů dokonce vyslovili názor, že obézní lidé nereagují na tělesnou aktivitu fyziologicky, tj. že jejich těla v důsledku dlouhodobé absence pohybu nejsou schopna reagovat na endorfiny, hormony zlepšující pocit pohody po vykonání tělesné námahy. Proto se domnívají, že jim pohybová aktivita nemůže přinášet pozitivní prožitky. U této skupiny je zvláště nutné volit takový pohybový program, který by jim přinesl co nejvíce kladných prožitků z prováděné činnosti.

Zajisté jsou s pohybem spojeny prožitky negativní, jako je únava, frustrace, ale rovněž pohyb přináší pozitivní prožitky, uvolnění radost. Hošek (in Hátlová, 2003) tvrdí, že kdo nepoznal námahu, nemůže naplno vychutnat uvolnění, kdo neprožil nepohodlí, neuvědomuje se možnosti pohodlí. Proto zdůrazňuje, že námahu musíme chápat jako jakousi investici, zálohu na pozdější odměnu. V případě obézních tou odměnou může být nejen snížení hmotnosti, ale rovněž rozvoj pohybových dovedností a zlepšení kondice. V oblasti psychiky u obézních doznává pohyb rovněž pozitivních výsledků, zejména působí na prožívání, dochází k poklesu úzkostného a depresivního prožívání, což je častým rysem obézních pacientů.

Pro provádění pohybové činnosti má podstatný význam vlastní tělesné schéma, vnímání a přijetí vlastního těla. A právě vnímání vlastního těla je u obézních lidí v důsledku společenského ideálu štíhlosti zkreslené, k tělu zaujímají negativní postoj. Pod pojmem zkresleného vnímání vlastního těla rozumíme představu nezávislou na reálné hmotnosti a tvaru. Obézní si vytváří tento obraz na základě faktorů již od dětství, jako jsou postoje rodičů, vrstevníků, lékařů, později partnerů. Rovněž je důležité společenské klima. Jak jsme si ukázali již v první kapitole, je idealizovaná představa krásy těla poplatná době i kultuře. Ještě nikdy však nebyla kulturním ideálem traumatizována tak rozsáhlá část populace jako nyní. Pokud si tedy obézní uvědomí, že nesprávná, nepřitažlivá a nezdravá není jejich hmotnost ani tvar jejich těla, ale jejich postoj k vlastní hmotnosti, budou se moci podívat na své tělo s větší tolerancí a uznáním.

C. Folkins a W. Sime (in Hátlová, 2003) zdůrazňují, že tělesná cvičení mohou pozitivně působit na duševní zdraví zejména v oblastech zvyšování sebedůvěry, snižování váhy, přijetí sebe sama, pozitivní vnímání vlastního „Já", zvýšení produktivity vlastní činnosti, zlepšení kvality spánku. Tyto slova potvrzuje Hátlová (2003) a podotýká, že pohybová aktivita má krátkodobý i dlouhodobý účinek na psychickou pohodu. Příznivě ovlivňuje sebeúctu, úzkost, depresi, percepci stresu, zlepšuje mentální funkce, a je-li prováděna dlouhodobě, výrazně ovlivňuje reaktibilitu na stres.

Bývá konstatováno, že užití pohybových terapií je účinnější v kombinaci s dalšími způsoby léčby, tj. při zařazení do denního či týdenního programu (Hátlová, 2003).

6 Nejznámější druhy léčby obezity

Obezita je léčena celkem pěti léčebnými postupy, respektive jejich kombinacemi. Jsou to především: Dieta, psychoterapie, fyzická aktivita, farmakoterapie a operace, neboli chirurgická léčba obezity.

6.1 Dietní léčba obezity

Základním terapeutickým postupem je redukce příjmu potravy, hlavní strategií je omezování vysokotučných jídel, nebo vynechání některého denního jídla. V mnoha zemích se zvyšuje popularita redukčních diet. Podle některých autorů se „dietování" stalo normálním stylem jedení a spíše je výjimkou ten, kdo se nesnaží měnit svou tělesnou hmotnost dietou.

Pří léčbě obezity je nutné dosáhnout dlouhodobě situace, při které výdej energie převládá nad příjmem energie.

Dietní režimy lze rozdělit do pěti kategorií, přičemž indikace různých typů je dle velikosti BMI a jejich komplikací (Kohout, Pavlíčková, 2001).

Hladovka

Úplná hladovka je extrémním způsobem redukce hmotnosti. Bývá vyhrazena pro pacienty s morbidní obezitou, s komplikacemi a vysokým rizikem smrti. Při tomto způsobu léčby je nutný vysoký příjem tekutin se zvýšenou dávkou vitamínů a minerálů. Za 14 dnů pacient sníží svou hmotnost o 5 – 9kg, což má velký psychologický efekt. Zároveň je třeba dodat, že je zde vyšší riziko ztráty netukové tělesné hmoty než u diet redukčních.

Dieta s velmi nízkým obsahem energie (přísně redukční dieta)

Indikace tohoto dietního režimu by měla být pod stálým dohledem lékaře, v délce trvání 12 – 16 týdnů. Používají se, pokud je nutná rychlá redukce hmotnosti, např. před chirurgickým zákrokem. Množství energie v těchto dietách je maximálně 800 kalorií denně. Pro sestavení této diety je nutné respektovat denní dávky bílkovin, minerálů, vitamínů a stopových prvků, důležité

je také dostatečné množství tekutin. Možné komplikace této diety jsou bolesti hlavy, svalové křeče, nevolnost.

Dieta nízkokalorická (dieta redukční)

Obsah denního množství energie je v této dietě 1000 – 1200 kalorií. Pro většinu pacientů přináší méně energie než je jejich energetický výdej, takže dochází uspokojivému poklesu tělesné hmotnosti. Vhodná pro léčbu diabetu II. typu a pro pacienty se zvýšenou hladinou krevních tuků a vysokým krevním tlakem. Tato dieta má ale i svá úskalí a nebezpečí malnutrice a avitaminózy je značné.

Režim s mírným omezením kalorického příjmu (mírně redukční dieta)

Tyto diety jsou založeny na běžných jídlech, s obsahem energie do 1500 kalorií denně. Pacientům jsou tyto diety šité na míru, mají snížený podíl tuků, zejména živočišných, dále jednoduchých cukrů a zvýšené množství složených cukrů a vlákniny. Používají se většinou ve fázi udržování hmotnosti po redukci, případně při větší fyzické námaze obézního.

Módní diety

Diety tohoto typu jsou většinou založeny na kombinaci neobvyklých jídel. Jídlo bývá monotónní a málo chutné. Nelze je doporučit k dlouhodobému podávání.

6.1.1 Důsledky déletrvajícího hladovění na psychiku

Důsledkem nedostatku potravy je hladovění, Déletrvající hladovění souvisí s řadou adaptivních i maladaptivních změn v organismu a psychice. V průběhu hladovění se mění psychologická symptomatologie, která odráží stupeň deprivace a s ní spojené patologické změny v organismu (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

Každá hladovka a intenzivnější redukční dieta představuje nebezpečnou zátěž pro organismus. K výrazným změnám ve funkci organismu dochází již v průběhu prvních tří až čtyř dnů hladovění. Pocit hladu vymizí během několika dnů. Ubývá aktivní tělesné hmoty, pak jsou odbourávány tukové zásoby, poté začne člověk trávit vlastní bílkoviny (asi po třech dnech). Nejdéle je chráněno srdce a mozek, ale ani tyto důležité orgány nejsou postupem času ušetřeny.

Studie realizovaná A. Keyesem a spolupracovníky z univerzity v Minnesotě poukazuje na závažné následky dlouhodobějšího omezování v jídle. Po dobu šesti měsíců byl dobrovolníkům snížen příjem potravy na polovinu. Ačkoliv to byli jedinci silní, zdraví, s normální hmotností a osobností, došlo u nich k výrazným tělesným i psychickým obtížím, se kterými se setkáváme u obézních redukujících hmotnost hladovkami (Málková, Krch, 2001).

Nevyhnutelným následkem hladovění bylo zvýšení zájmu o jídlo, které postupně ovládlo jejich představy, zájmy i společenskou konverzaci. V průběhu experimentu se stále více oslaboval jejich zájem o okolí a sexuální potřeba a stupňovala se jejich uzavřenost. Začali být podivínští a ztráceli smysl pro humor. Někteří muži uváděli pocit ztráty kontroly nad jídlem a po skončení pokusu jedli téměř nepřetržitě, nebo v jakýchsi bulimických záchvatech, které následovaly silné výčitky.

Dále sledování muži popisovali depresivní stavy a časté změny nálad s výlevy zlosti. Během polohladovění se zveličily jejich dřívější osobnostní nápadnosti. Některé psychické změny nezmizely hned v průběhu rehabilitace, ale až tehdy, když došlo ke zvýšení tělesné hmotnosti. Převládala zejména depresivita, popudlivost a negativismus (Málková, Krch, 2001).

6.2 Psychoterapie

Psychoterapie by měla být součástí každé dietní léčby, protože bez vstupního posouzení psychologických a životních problémů nemocného není možné rozumnou léčbu obezity zahájit.

Přístupy mohou být individuální i skupinové a současné zkušenosti odborníků ukazují na to, že u extrovertně zaměřených pacientů je zejména vhodný skupinový rozbor špatných návyků a rozbory životního stylu.

Součástí psychologických postupů může být i výchova v dietoterapii a cvičení. Vhodná je instruktáž k vedení zápisů o jídle, o fyzické aktivitě, o problémech a jejich aktivním řešením, zápisy o vlastních pocitech, o cílech a odměnách. Nutné je vyškolení ve výpočtech BMI, v měření obvodu pasu a v neposlední řadě aktivní navozování pohody a odstraňování stresu.

Svačina (2002) uvádí, že většina obezitologických center ve světě užívá americké metody Stunkardovy, kam patří kognitivně-behaviorální techniky jako je sebepozorování, aktivní kontrola vnějších podnětů, techniky sebeposilování a kognitivní techniky (tyto techniky budou podrobněji vysvětleny v kapitole 6.2.1.).

Cílem psychoterapie je tedy navození pocitu pohody, pocitu uspokojení, vyvolání zájmu o pohyb a úprava dietních zvyklostí (Svačina, 2002).

Pro definitivní úspěch v léčbě je třeba sledovat fáze, kterými nemocný prochází. Americký psycholog Procházka (in Svačina, 2002) je definoval dle modelu životního stylu pěti následujícími fázemi:

1. **Bezstarostnost**, období tzv. preconteplation, nemocný nevidí vlastní chyby a problémy.
2. **Fáze přemýšlení**, tzv. kontemplace, nemocný poznal svůj problém a chce ho někdy řešit.
3. **Fáze příprav**, tzv. preparation, plánuje konkrétní datum akce, např. změny diety, stylu.
4. **Fáze rozhodnutí**, tzv. akce, kdy je zahájena dieta, cvičení, změna života, trvá cca šest měsíců.
5. **Fáze vydržení**, tzv. maintenance, kompletní změna životního stylu, nejdříve šest měsíců po zahájení akce.

I zkušenosti odborníků ukazují na to, že prakticky definitivní úspěch léčby nastává cca až po šesti měsících, kdy již jen málo pacientů léčbu vzdává (Svačina. 2002).

6.2.1 Kognitivně behaviorální léčba obezity

Kognitivně behaviorální terapie představuje jeden ze základních směrů současné psychoterapie obezity. Psychoterapeutických přístupů existuje mnoho, ale většina světových odborníků se přiklání k názoru, že pro terapii obezity je nejvhodnější kognitivně behaviorální psychoterapie. I. Málková, zakladatelka společnosti STOB na jejím základě vypracovala speciální program, pomocí kterého lze hubnout pomalu, ale jistě. Cílem kognitivně behaviorální terapie je vypracování programu, který vede k žádoucí změně v nevhodném chování, myšlení a emocí na základě teorií učení (klasického a operantního podmiňování a kognitivní teorie).

Pokud by fungovaly jako spouštěče hladu přirozené signály hladu a žízně a za jiných okolností bychom nejedli, nenastal by problém obezity. Metody vycházející z modelu klasického podmiňování jsou založeny na učení a odnaučování se vztahů mezi podnětem a reakcí (podnět (O) – reakce (R)). Podněty spouštějící jedení můžeme rozdělit na vnější a vnitřní podněty.

Mezi vnější podněty spouštějící jedení patří:

1) **Environmentální podněty**: přítomnost jídla, vůně pokrmu, obchod s oblíbeným jídlem, média, káva.
2) **Společenské podněty**: svátky, recepce, oslavy.

Mezi vnitřní podněty spouštějící jedení patří:

1) **Fyziologické podněty**: hlad, vyčerpání, tělesné nepohodlí, hormonální změny.
2) **Kognitivní podněty**: nevhodné myšlenky (černobílé myšlení, vliv reklamy).
3) **Emoce**: deprese, anxieta, sociální izolace, stresové situace, konflikty, umocnění pohody a klidu.

Z modelu operantního podmiňování vychází metody, které jsou založeny na vztahu mezi reakcí a následkem (podnět (O) – reakce (R) – následek (C)). Cílem terapie tedy je, aby změna stravovacích a pohybových návyků byla pro obézního příjemná, aby se důsledky této změny odrazily ve zvýšené kvalitě, protože jen takové návyky se mohou udržet dlouhodobě a váhové úbytky mohou být trvalé.

Třetí model bere v úvahu kognitivní faktory, jako jsou např. procesy vnímání a myšlení hubnoucího. Kognitivní teorie předpokládají, že kognitivní procesy mají zprostředkující funkci mezi podnětem a reakcí (podnět (S) – reakce (R) – organismus (O) – následek (N)). Není to tedy podnět sám, který vyvolává určité chování, ale význam, který osoba tomuto podnětu přisoudí (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007).

Terapie obezity by tedy měla být komplexní. U obézních hraje v úspěšné terapii velkou roli právě kognice. První chybou vedoucí k neúspěchu redukce váhy je vytyčení si nereálných cílů a volba nevhodných způsobu redukce. Po přirozeném a zákonitém porušení nevhodných způsobů redukce nadváhy, jako jsou např. přísné diety či nevhodná fyzická aktivita okamžitě naskočí negativní myšlenky. Negativní myšlenky ovlivní emoce a obézní má pocity beznaděje, smutku, což vede k ovlivnění chování. Obézní se pak přestane zcela kontrolovat, hledá útěchu v jídle a dává si nereálné předsevzetí pro další redukci váhy. Tento bludný kruh se stále opakuje.

Pokud hrají podstatnou roli při vzniku obezity nevhodné kognice, je třeba se zaměřit na kognitivní terapii. Pokud jsou to emoce – jedení jako reakce na stres, využijeme relaxační a další

techniky. Behaviorálních technik využíváme ke změně stravovacích a pohybových návyků. (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007).

Techniky kognitivně behaviorální léčby obezity:

Techniky sebepozorování

Sebepozorování je základní technikou kognitivně behaviorální terapie. Klient si vede záznamy stravovacích a pohybových návyků, dysfunkčních myšlenek a problematického chování.

Techniky aktivní kontroly podnětů

Klient se učí identifikovat podněty, které spouštějí chování a poté aktivně přetváří prostředí a modifikuje podmínky, které vedou k nevhodným návykům a postojů k jídlu vůbec.

Techniky sebeposilování

Pro mnoho obézních je v jejich hodnotové hierarchii jídlo na předním místě. Do doby, než začnou zisky z hubnutí a dalších pozitivních životních změn fungovat jako posilující faktor nových návyků, je potřeba zpevňovat žádoucí chování jinak. Jako odměn lze použít body, pochvaly, ocenění lektorem, spoluhubnoucími, rodinnými příslušníky apod.

Techniky kontrolující samotný akt jedení

Různé studie ukazují, že obézní se chovají již při samotném jídle odlišně od lidí s normální hmotností. Jedí celkově rychleji, větší sousta, rychle polykají, méně si pohrávají s příborem, tráví po jídle u stolu více času. Ke kontrolování aktu jedení se používají techniky, které pomáhají obézním uvědomit si jednotlivé části procesu jídla, získat nad nimi kontrolu a přiblížit jejich způsob příjmu potravy chování neobézních.

Kognitivní techniky

Kognitivní terapie je při léčbě obezity velmi důležitá, protože se počítá i s vnitřními obsahy člověka (s jeho myšlenkami, názory, postoji apod.). Pokud pomocí kognitivních technik ovlivníme nevhodné myšlenky, ovlivníme jejich prostřednictvím i chování a emoce.

Relaxační techniky

Podstatou relaxačních technik je naučit se uvolnit napětí, které často vzniká v nejrůznějších zátěžových situacích. Úkolem je zvládnout napětí tak, aby se nemuselo odreagovávat např. jídlem. Mezi relaxační techniky řadíme např. autogenní trénink, Jacobsnovu progresivní relaxaci (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007).

Cílem terapie není pouze váhový úbytek, ale zvýšení kvality života, kdy se cítí klient lépe nejen tělesně, ale i psychicky. Metodika kognitivně behaviorální psychoterapie se nejefektivněji uplatňuje ve skupinových kurzech snižování nadváhy. Účastníci kurzu si pod odborným vedením vytvářejí příjemnou atmosféru, ve které se jim lépe daří dosáhnout společného cíle (Málková, 2003).

6.3 Chirurgická léčba obezity

Operativní léčba obezity je indikována především u těžkých stupňů obezity, zejména když je index BMI větší než 40. Operace umožňuje pacientům snáze dodržovat redukční dietu a zvykat si na menší přísun potravy, aniž by se potýkaly s „psychickými problémy", které je sužují při dodržování diety. Vhodnost indikace je ale třeba zvážit lékaři - obezitology, chirurgy a psychologem.

6.4 Využití relaxačních technik při léčbě obezity

Pomocí relaxačních technik se učí obézní jedinci ovládat své emoce. Podstatou relaxačních technik je naučit se uvolnit napětí, které často vzniká v nejrůznějších zátěžových situacích. Relaxace znamená soulad psychického i tělesného uvolnění. Tělesné uvolnění se projeví souladem dechového rytmu s rytmem úderů srdce, mírným poklesem krevního tlaku, uvolněním svalů a zpomalení všech základních tělesných pochodů. Duševní uvolnění se projeví urovnáním myšlenek. Čím je hlubší uvolnění, tím se člověk cítí vyrovnanější a tím déle účinek relaxace přetrvává.

Úkol relaxačních technik v léčbě obezity pak spočívá ve zvládnutí napětí jiným způsobem, než dosud navyklým jídlem. Mezi relaxační techniky řadíme např. Autogenní trénink, Jacobsonovu progresivní relaxaci, biofeedback. Nácvik Jacobsonovy relaxace viz Příloha 18.3.

6.5 Farmakoterapie obezity

K podávání léků při léčbě obezity dnes přistupujeme obvykle až při selhání komplexní nefarmakologické léčby, která zahrnuje nízkoenergetickou dietu s omezením příjmu tuků, zvýšenou fyzickou aktivitu, tak i změnu stravovacích a pohybových návyků, k níž přispívá kognitivně behaviorální terapie obezity (Málková, Kunová, Kudrna a kol., 2002).

Léky proti obezitě se dnes rozdělují do tří skupin, a to na léky navozující pocit sytosti v centrálním nervovém systému, na léky zvyšující energetický výdej a konečně na léky, které svým působením v zažívacím traktu snižují dostupnost tuků v organismu. Hainer (2002) doporučuje podávat léky v léčbě obezity BMI $\geq$ 30 a při zdravotních komplikacích i v léčbě nadváhy pod lékařským dohledem, ale zároveň dodává, že předpokladem úspěšnosti léčby farmaky je proces dlouhodobý a je nutná celková změna životního stylu, která předpokládá omezení energetického příjmu a zvýšení energetického výdeje. Léky samy bez dodržování dietního a pohybového režimu nejsou zárukou úspěšnosti.

6.6 Pohybová aktivita

Tělesná aktivita je důležitou součástí léčby obezity, ale samotné cvičení obvykle nestačí k větší redukci hmotnosti. Pod pojmem pohybová aktivita si představme nejen sportování, či cvičení, ale jakýkoliv pohyb během dne. Zvýšená pohybová aktivita vede k negativní energetické bilanci a může se příznivě uplatnit jak v prevenci, tak v léčbě otylosti lehčího stupně a zejména v léčbě otylosti u dětí. Výhodou cvičení je snížení rizika chorob srdce a cév a v kombinaci cvičení a diety nedochází k tak výraznému spotřebování vlastní svaloviny a tělesných bílkovin, dochází ke zlepšení skladby těla. Důležitá je i změna návyků směrem k intenzivnějšímu pohybu v běžných situacích (chůze po schodech namísto použití výtahu, procházky místo jízdy autem). Volba vhodné pohybové aktivity by měla zohledňovat interindividuální a intraindividuální hlediska. Nebývá snadné vybrat si vhodnou aktivitu. Nabízí se celá řada možností v závislosti na osobních zájmech, preferencích a motivaci. Důležitou roli dále hrají faktory jako jsou např. bydliště, dostupnost a náklady na provozování aktivity, počasí, roční období atd. Pokud je čas strávený cestováním za pohybovou aktivitou příliš dlouhý, působí demotivačně. Důležité pravidlo je, že by pohybová aktivita měla přinášet co nejvíce příjemných pocitů a co nejméně

těch nepříjemných, protože jinak se pravděpodobnost ukončení pravidelného cvičení významně zvyšuje.

Zvýšením spotřeby energie přispívá pohybová aktivita k navození či k prohloubení negativní energetické bilance a tím i k úspěchu redukčního režimu. Energetická náročnost jednotlivých pohybových aktivit je závislá na intenzitě a rychlosti, s níž je vykonávána.

Z hlediska intenzity cvičení je pro spalování tuků nejvhodnější cvičit při tepové frekvenci 60-70% maximální tepové frekvence. Podle Langerstromova a Grafova vzorce se optimální tepová frekvence počítá následujícím vzorcem:

Optimální tepová frekvence = klidová tepová frekvence +
[(maximální tepová frekvence – věk – klidová tepová frekvence) x (intenzita / 100)]

Ženy: maximální tepová frekvence = 226 – věk
Muži: maximální tepová frekvence = 220 – věk

Při aerobní pohybové aktivitě by neměla tepová frekvence přesáhnout u mladých lidí 140 tepů/min. a u osob středního věku 130 tepů/min. a starší osoby by neměli přesáhnout hodnoty 110 tepů/min (Hainer a kol., 1996).

Pro spalování tuků je tedy nezbytná taková intenzita, která zajistí aerobní spalování tuků, protože za anaerobních podmínek ke štěpení tuku nedochází. V takovém případě je příjem kyslíku z ovzduší a jeho spotřeba v tkáních v rovnováze, tedy v setrvalém stavu (steady state). Setrvalý stav znamená, že v této rovnováze může organismus setrvat po delší dobu, v zásadě tak dlouho, než dojde k vyčerpání zásob energie nebo látek potřebných pro pokračování v cvičení. Aerobní charakter má aktivita střední intenzity, představována cyklickým stahováním a uvolňováním svalů.

Cvičení se může odehrávat v několika různých zónách tepové frekvence. Rozdělení a názvy jednotlivých zón se u různých autorů liší, ale obvykle se hovoří o pěti zónách rozdělených podle procenta maximální tepové frekvence. Nejpříznivější zónou pro spalování tuků je zóna, kde dochází ke zlepšení zdatnosti oběhového aparátu a tělo spaluje více tuků než sacharidů. Pokud tedy obézní jedinec cvičí pravidelně a dlouhodobě v nízké intenzitě a současně konzumuje nízkotučnou stravu, tělo je donuceno využívat jako zdroj energie pro cvičení své energetické

(tukové) zásoby (Roschinsky, 2006). V. Hainer a kol. (1996) dodává, že význam cvičení je i v tom, že podporuje tvorbu aktivní tělesné hmoty a tudíž brání redukci svalové hmoty při nízkoenergetické dietě.

Z hlediska frekvence cvičení se odborníci shodují a doporučují tělesnou aktivitu 3krát týdně hodinu, nebo vícekrát do týdne půl hodiny. Čím je aktivita pravidelnější, tím lépe. Pravidelné cvičení totiž po několika týdnech přinese pozitivní fyziologické a psychologické změny. U netrénovaných obézních jedinců, je třeba počítat s tím, že začátek bude velmi těžký. Z běžných denních aktivit představuje ideální aerobní aktivitu chůze ve svižném tempu, pro obézní s vážnějším poškozením kloubů není chůze příliš vhodná, proto Hainer a kol.(1996) doporučují jízdu na kole, plavání ve vyhřátém bazénu, ale i veslování či vodní pólo.

Fyzická aktivita navíc příznivě ovlivňuje psychiku, částečně se na tomto pocitu dobré nálady podílejí uvolňované endorfiny, které řadíme do kategorie tzv, endogenních opiátů. Hainer (1996) ještě dodává, že cvičení příznivě ovlivňuje aktuální prožívání, je potlačována úzkost a deprese, která často postihuje pacienty s nadváhou. Také zdůrazňuje pozitivní vliv na psychiku, který je umocněn zlepšením fyzické zdatnosti a pohybových dovedností, posílením zádových a břišních svalů napomáhá a také upravuje držení těla.

Pro obézní jedince je doporučovaná organizovaná skupinová forma cvičení. Stavba cvičební jednotky, její rozdělení je stejné u jiných zdravotně oslabených skupin, liší se však intenzitou. Cvičení pro obézní by mělo mít charakter klasické džesgymnastiky aerobního charakteru. Švihovou, cyklickou aktivitu ve svižném tempu by však měla střídat dechová cvičení doprovázená protahováním, relaxačními cviky, spolu se cviky posilující většinou ochablé břišní, zádové a hýžďové svalstvo. Při sestavování pohybové programu pro obézního jedince je nutné přihlížet ke stupni obezity, věku, ale i trénovanosti a přítomnosti komplikujících onemocnění.

Vytrvalostní zatížení ve cvičební jednotce je zpočátku nízké, později volíme vytrvalostní dynamické zátěže střední intenzity. Tuto činnost by měli cvičenci opakovat obden po dobu nejméně 30minut.

Vhodné aktivity:

- intenzivní chůze, nejméně 30minut denně
- cyklistika, rotoped
- zimní turistika
- plavání a cvičení ve vodě, akvaaerobic
- běh na lyžích
- jakýkoliv rutinní pohyb (chůze namísto použít dopravní prostředky, těžší domácí práce atd.)

Nevhodné aktivity:

- dlouhé pochody v pomalém tempu
- poskoky, skoky a přeskoky
- převaha silových cviků
- akrobatické cvičení a cvičení na nářadí
- pohybová aktivita v horkém a vlhkém prostředí (velmi zatěžuje srdečně cévní systém)

7 Možnosti behaviorálního, kognitivně behaviorálního přístupu v léčbě obezity

Mnoho odborníků se shoduje v tom, že kognitivně behaviorální přístup v léčbě obezity je v dnešní době jeden z nejefektivnějších terapeutických směrů pro návykové chování, kam bezpochyby obezita patří. Tato terapie vznikla zhruba před dvaceti lety integrací dvou původně samostatných psychoterapeutických směrů – terapie behaviorální a terapie kognitivní.

V behaviorální terapii léčby obezity jde především o ovlivnění nevhodných stravovacích a pohybových návyků, které hrají důležitou roli jak při vzniku, tak při přetrvání obezity.

Mezi nejčastější „zlozvyky" týkajících se stravování řadíme:

- Příjem nepřiměřeného množství jídla (příjem v průměru nad 10 000KJ).
- Výběr nevhodného jídla (příjem vysokotučných mléčných a masných výrobků, sladkostí, potravin z bílé mouky, nedostatek zeleniny apod.).
- Nesprávná skladba potravin (nadměrný příjem živočišných tuků a jednoduchých cukrů).
- Nevhodný režim jídla (jídla pouze 1-2x denně, nebo pouze v druhé polovině dne).
- Nevhodný pitný režim (méně jak 2 litry nízkokalorických tekutin denně, převaha kofeinových nápojů a vysoce energetických nápojů).

Mezi nejčastější „zlozvyky" týkajících se pohybových návyků řadíme:

- Absence pohybové aktivity
- Nevhodná pohybová aktivita (nevhodný druh pohybu, nadměrná nebo nedostačující intenzita, nedostačující frekvence).

V centru zájmu behaviorální terapie je tedy chování člověka. Behaviorální terapeuté využívají poznatky o principech učení, aby dosáhli zmírnění či odstranění chování, které působí problémy, a aby naučili chování, které je více žádoucí.

Základní teorií behaviorální terapie je **teorie ABC**, teorie, která v chování subjektu rozeznává 3 základní složky.

A (antecendenty) jsou výchozí podmínky, za kterých se sledovaná osoba určitým způsobem projevuje. Jsou to podněty, které částečně determinují chování a jedním z hlavních úkolů behaviorální terapie je identifikace těchto podnětů. Na ovlivnění antecendentích podnětů je zaměřeno především klasické podmiňování.

B (behaviour) je chování, které vede k určitým následkům. Je nutné přesné definování problematického chování a úkolem beaviorální terapie je přimět jedince k evidování výskytu tohoto chování, intenzity, frekvence a dalších okolností nežádoucího chování.

C (consequences) jsou následky a tyto následky vedou k tomu, že se sledované chování za podobných podmínek bude vyskytovat s vyšší či menší pravděpodobností. Z hlediska ovlivnění důsledků chování je behaviorální terapie zaměřena především na instrumentální podmiňování, tedy na negativní či pozitivní zpevňování (odměny a tresty).

V podstatě lze následující shrnout v základní premisu behaviorální terapie, která spočívá v tom, že každé chování je možné předvídat, usměrňovat a kontrolovat systematickým ovlivňováním podnětů za kterých dochází k nežádoucímu chování a rovněž důsledků tohoto chování.

Podobně jako se behaviorální terapie zaměřuje na analýzu a změnu chování, zaměřuje se kognitivní terapie na analýzu a modifikaci myšlení, názorů, přesvědčení, předpokladů a postojů. Základním teoretickým předpokladem kognitivní terapie je teze kognitivní psychologie, tedy to, že člověk nereaguje primárně na své okolí, ale na mentální reprezentaci svého okolí, na to, jaký význam osoba podnětu přisoudí.

Zásadní roli při vzniku a trvání obezity přisuzují kognitivní terapeuté kognitivním mechanismům. Mezi nejčastější chyby ke kterým obézní dospívají je vytyčení si nereálných cílů. Týká se to cílů vztahujících se jednak k váhovým úbytkům, tak i k tzv. primárních cílů, jako jsou např. zmenšení konfekční velikosti, zvýšení sebedůvěry, lepší profesní zařazení a možnost vykonávat pohybovou aktivitu.

Dalším velkým problémem je volba nevhodných způsobů redukce hmotnosti. I. Málková (in Praško, Možný, Šlepecký, 2007) upozorňuje na to, že v důsledku přísné diety, nebo nevhodné pohybové aktivity dojde po určité době k porušení nevhodně zvoleného způsobu redukce. Pokud je totiž člověku zakázáno něco, co má rád a čím se doposud živil, je zřejmé, že po nějakém čase musí přijít období, kdy si odpíraného naopak dopřeje nadmíru. Většina diet se totiž zaměřuje pouze na změnu chování. Podobné mechanismy působí i v indikaci nepřiměřené pohybové

aktivity, pokud je intenzita příliš nízká, nedochází k váhovým úbytkům a pohybová aktivita nemá tudíž zpevňující činitel, pokud je naopak příliš vysoká, dochází k tomu, že se jedinec velmi rychle unaví a s pohybovou aktivitou musí přestat. Takovéto špatné zkušenosti pak vedou k tomu, že jedince pohybové aktivity záhy zanechá.

V důsledku toho pak nastoupí tzv. automatické negativní myšlenky, které navodí zhoršení nálady, což má dopad na chování! Obézní se pak přestane zcela kontrolovat a hledá útěchu v jídle.

Největších úspěchů doznává tzv. systémové pojetí. Takové pojetí se nezaměřuje pouze na redukci nadváhy změnou jídelníčku, pohybových návyků, ale ovlivňuje i myšlení a emoce, které k nežádoucímu chování vedou. Mluvíme o kognitivně behaviorální léčbě, která se nejefektivněji uplatňuje zejména u lehčího stupně obezity (BMI do 35), u těžších stupňů je třeba kombinovat kognitivně behaviorální terapii s dalšími přístupy (farmakoterapie, chirurgický přístup, nízkoenergické bílkovinné diety).

Celkově lze shrnout, že chování, myšlení a emoce je možné předvídat, usměrňovat a kontrolovat systematickým ovlivňováním podnětů spouštějících nevhodné chování. Je třeba též systematicky pracovat s důsledky chování (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007).

7.1 Možnosti pohybové terapie z hlediska behaviorálního a kognitivně behaviorálního přístupu v léčbě obezity

Z hlediska behaviorálního přístupu k pohybové terapii se behaviorální terapeuté zaměřují především na změnu nevhodných pohybových návyků. Mezi ně pak řadíme absenci pohybu vůbec, nebo nevhodnou pohybovou aktivitu z hlediska jejího trvání, frekvence, a intenzity.

Cílem behaviorální terapie je instruovat klienta k vykonávání pohybové aktivity alespoň 3krát týdně, v trvání nejméně 30minut v intenzitě, kdy dojde ke zpocení, nebo exaktněji řečeno, kdy tepová frekvence dosáhne za minutu hodnoty 180 – věk.

Většina obézních však nevykonávala řadu let žádný aktivní pohyb (Praško, Možný, Šlepecký, 2007). Obézní by v průběhu pravidelně prováděné aktivity měli pochopit, že pohyb zvyšuje nejen energetický výdej, ale má i řadu dalších kladů, především redukuje tukovou tkáň, je prevencí mnoha nemocí a navíc má příznivé účinky na duševní rovnováhu člověka.

Kognitivně behaviorálním přístupem rozumíme nejen provádění pohybové aktivity jako takové z hlediska správné intenzity, frekvence a trvání, ale jde především o prožitkové momenty

při práci s tělem v průběhu cvičení, zaměření se na vlastní tělo a vnímání svého těla. Zkušenosti odborníků ukazují na problematický vztah obézních jedinců k svému tělu, mají často negativní vztah k tělu, odmítají ho. Jacobsnova progresivní relaxace dává pak těmto jedincům příležitost si své tělo lépe uvědomit. Pohybová aktivita by těmto jedincům měla přinášet co možná nejvíce pozitivních prožitků.

Takto volený přístup splňuje Kinezioterapie, která je podpůrnou léčebnou metodou využívající cíleně zaměřené pohybové programy. Ze strany pacienta vyžaduje aktivní přístup, pracuje nejen s biologickou složkou osobnosti, ale i s její psychikou a sociálními vztahy. Pohybem se snaží získat přístup k pacientovi a prostřednictvím osobních prožitků dosáhnout ovlivnění jeho psychiky ve smyslu uvědomění si vlastního psychosomatického „Já". Podněcuje aktivitu jedince, zdůrazňuje neverbální prvky a postupně vyvolává potřebu komunikace.

Behaviorální i kognitivně behaviorální přístup z hlediska pohybové terapie předpokládá, že dlouhodobé vykonávání pohybové aktivity povede u klientů k jejímu zařazení do normálního způsobu života, že pochopí jeho příznivé účinky i na duševní rovnováhu a v případě negativních prožitku budou moci uplatnit získané dovednosti v běžném životě a budou moci reagovat na negativní prožitky jiným způsobem, než dosud navyklým jídlem.

Řada autorů vyzdvihuje pozitivní vliv tělesných cvičení nejen v oblasti tělesné, ale rovněž v oblasti psychické, zejména v oblastech zvyšování sebedůvěry, snižování váhy, přijetí sebe sama, pozitivní vnímání vlastního „Já", zvýšení produktivity vlastní činnosti, zlepšení kvality spánku i kvality života.

II. Empirická část

8 Cíle a úkoly

Pro mou diplomovou práci jsem si stanovila následující cíle: Aplikovat cvičební jednotky a srovnat jejich vliv na psychiku 19 obézních frekventantek kurzu při její behaviorální aplikaci a při kognitivně behaviorální aplikaci. Zjistit jejich vliv na aktuálně prožívaný psychosomatický stav. Prokázat, že díky pohybové aktivitě, následné relaxaci a dodatečné reflexi z jednotky dojde ke zlepšení psychosomatického stavu ve všech sledovaných faktorech.

8.1 Východiska pro hypotézy

Kde jsou ty časy, kdy Kretchmerem charakterizovaný pyknický typ (typ se sklonem k obezitě) se vyznačoval především společenskostí, sdílností, smyslem pro humor a dobrou náladou. Je to snad otázka dnešní doby, kdy ideálem se stává štíhlost a obezita je dávána do souvislosti spíše s negativními vlastnostmi osobnosti a je braná jako něco nemorálního, špatného až odpuzujícího?

Obézní jedinci se příliš neliší od jedinců s „normální" hmotností, záleží ale na tom, zda svou obezitu berou jako handicap. Zmiňovaným ideálem této doby je štíhlost a s ní spojovaná krása těla, a tak ještě snad nikdy nebyla dobou traumatizována a diskriminována tak velká skupina lidí, kam obézní jedinci patří.

Již J. A. Komenský zdůrazňoval formativní vliv pohybu nejen v oblasti tělesného, ale i duchovního zdraví. Mnohými studiemi je tento vliv prokázán, a to především v oblasti aktuálního prožívání, kdy vlivem tělesného cvičení dochází nejen ke snižování hmotnosti, zvyšování sebedůvěry, pozitivního přijetí sama sebe, ale rovněž je potlačována již zmiňovaná úzkost a deprese.

V empirické části se proto snažím prokázat, že tělesná cvičení budou mít pozitivní vliv na aktuálně prožívaný psychosomatický stav obézních jedinců, že dojde k pozitivnímu zlepšení

hlavně ve faktorech D - deprese a T - úzkost. A že při aplikaci kognitivně behaviorální jednotky s mentální péčí a následnou reflexí budou tyto změny u obézních pacientů pociťovány zřetelněji.

8.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1.:

Cvičební jednotky budou mít pozitivní vliv na aktuálně prožívaný psychosomatický stav jak při behaviorální aplikaci, tak při aplikaci kognitivně behaviorální jednotky.

Hypotéza č. 2.:

Největších změn u obou skupin bude dosaženo ve faktoru T (Tension-Anxiety), definován jako tenze, úzkost a faktoru D (Depression-Dejection), definován jako deprese, sklíčenost u obou testovaných skupin.

Hypotéza č. 3.:

Největších pozitivních změn aktuálně prožívaného psychosomatického stavu bude dosaženo u skupiny s kognitivně behaviorální aplikací jednotky s následnou mentální péčí a skupinovým rozborem jednotky.

9 Aplikovaná metodika

Ke zjišťování emočních stavů a nálad u obézních klientů jsem si pro svůj výzkum zvolila dotazník POMS. Dotazník byl doplněn o údaje o tělesné výšce a váze k vypočtení BMI. Rovněž jsem zohlednila výsledky záměrného pozorování a reflexi cvičebních jednotek u skupiny s kognitivně behaviorální aplikací jednotky. Výběr těchto metod zohledňoval nesnadnou dosažitelnost obézních pacientů a jejich ochotu se podílet na této práci. Z výše uvedených důvodů bylo nutné zvolit co nejméně a časově méně náročné testové metody, které by mohly co nejekonomičtěji postihnout možnou dynamiku změn aktuálního prožívání na základě právě proběhlé jednotky.

9.1 POMS – Profile of Mood States

„Profile of Mood States", ve volném překladu „profil nálady" je metodou, která je používána k profilování emočních stavů a nálad, zejména v souvislosti s potřebou monitorovat efekty krátkodobých terapií, psychotropní medikace, spánkové deprivace, indukce emocí a podobných experimentálních zásahů do prožívání zkoumaných osob. Dle Terryho, Lane, Fogatyho (in Adámková, 2006) dosáhl dotazník POMS nejvíce popularity zvláště v oblasti sportovní psychologie.

V původní verzi je obsaženo 65 adjektiv a dle této specifiky je nazývána 65-ti složková. Institucí Educational and Testing Service, U.S.A., byla vydána roku 1981. Autoři tohoto testu při sestavení a standardizaci pracovali s psychiatrickými pacienty a se studenty.

Snaha o rychlé sejmutí aktuálních emočních stavů vedla k vytvoření řady krátkých verzí, a tak byla původní 65-ti složková verze redukována na 37 položkovou verzi a následně při verifikaci redukována na 32 adjektiv.

V následujících řádcích jsou stručně charakterizované faktory dotazníku POMS. Ve všech verzích dotazníku POMS je v profilu obsaženo šest faktorů.

Faktor T.

T = Tension – Anxiety (Tenze - Úzkost) je faktor, který je definován adjektivy popisujícími somatickou tenzi, která nemusí a může být pozorovatelná (z užitých adjektiv např.: rozrušený, neklidný, napjatý).

Faktor D.

D = Depression – Dejection (Deprese - Sklíčenost) reprezentuje stavy s depresivním zabarvením provázené pocitem osobní nedostačivosti (z užitých adjektiv např. nešťastný, sklíčený, zbytečný).

Faktor A.

A = Anger – Hostility (Hněv - Nepřátelskost) je faktor definovatelný adjektivy příznačnými pro stavy hněvu a antipatie k ostatním (z užitých adjektiv např.: vzteklý/rozhněvaný, rozhořčený, naštvaný/otrávený).

Faktor V.

V = Vigor – Activity (Vitalita - Aktivita) zachycuje stavy popisující ráznost, energičnost a do určité míry i nespecifické pozitivní emoce (z užitých adjektiv např.: plný života, plný elánu, činorodý).

Faktor F.

F = Fatigue – Intertia (Únava - Netečnost) je faktor, který je definován adjektivy reprezentujících ochablost, netečnost, malou energii (z užitých adjektiv např.: přetažený, utahaný, vyčerpaný).

Faktor C.

C = Confusion – Bewilderment (Zmatek, Popletenost) je faktorem charakterizovaným zmateností, kognitivní neefektivitou spojenou s neschopností kontrolovat pozornost (z nabízejících adjektiv např.: zmatený, roztržitý, neschopný soustředit se).

POMS je rychlá a ekonomická metoda ke zjišťování přechodných (v rozsahu od několika minut po cca týden trvajících) afektivních stavů. Nejčastější formou testování dotazníkem POMS je v jeho variantě „right-now", která zachycuje aktuální psychický stav, eventuálně jeho změnu po krátkodobé intervenci pro zjištění její účinnosti.

Zkoumaná osoba má nabízená adjektiva, popisující určité emoční stavy hodnotit na 5-ti bodové numerické škále intenzity (od „vůbec ne" po „velmi značně"). Většina respondentů vyplní test během 3 až 5 minut.

Test POMS je sejmut vždy na začátku a na konci dané intervence kterou chceme hodnotit (test „A" a test „B"). Při delším bloku intervencí je možné zařadit test vícekrát, vždy je ale nutné dodržet předpoklad testování na začátku (A test) a na konci (B test) jednotky s jejichž rozdílem hrubých skórů se pak při vyhodnocení pracuje.

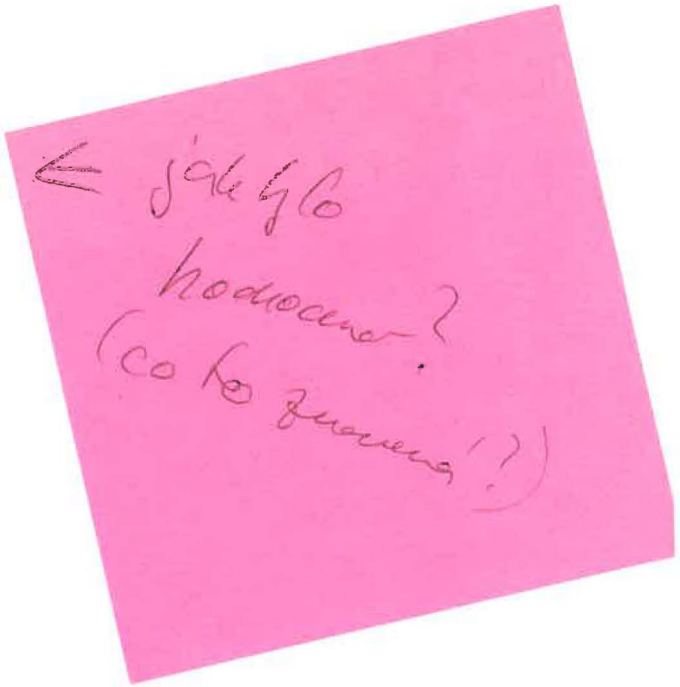
Při vyhodnocování testu POMS pracujeme vždy s hrubými skóry dvojice testů, (test „A" a test „B") zadaných na začátku a na konci dané intervence daného klienta. Tato dvojice testů je autentická právě pro jednoho klienta a v určitém čase realizované intervence. Tato verze byla předložena zkoumaným osobám s následující instrukcí:

„Dotazník obsahuje řadu slov, která se používají k popisu toho, jaké mají lidé pocity. Prosím vyberte u každého slova odpověď, která nejlépe vystihuje, co jste pociťovala v průběhu minulého týdne, včetně dneška, včetně toho, co právě nyní pociťujete. Neexistují správné a špatné odpovědi, jde jen o vystižení toho, jak přesně dané slovo postihuje Váš pocit".

9.2 Záměrné pozorování

Předem sestavení jednotek jsem si vytyčila a naplánovala jednotlivé body, které bych během jejich aplikace chtěla pozorovat. Především se jednalo o to, jaký vliv bude mít aplikace behaviorální a aplikace kognitivně behaviorální jednotky na spolupráci mezi členkami skupiny, jejich přístupu k jednotce, dále postihnout psychologickou atmosféru skupiny, pozitivní i negativní emocionální oblast obézních frekventantek kurzu.

Z hlediska zaznamenávání pozorovaného jsem se řídila reduktivní deskripcí, tedy zařazením pozorovaných jevů do společných, větších významových jednotek.



1. **Míra spolupráce v jednotce:**
   - aktivita
   - zaujetí
   - ochota spolupráce
   - snaha překonávat námahu
   - nepohodlí

2. **Psychologická atmosféra skupiny:**
   - vzájemná podpora
   - sociální začleněnost
   - sociální izolovanost
   - komunikace mezi členy skupiny

3. **Emocionální oblast pozitivní:**
   - uvolnění
   - optimismus
   - spokojenost
   - komunikace

4. **Emocionální oblast negativní:**
   - napětí
   - negativní přístup k jednotce
   - ironie
   - sklíčenost

9.3 Postup při sběru dat

9.3.1 POMS

Test POMS byl aplikován vždy na začátku a na konci dané jednotky. U každého pacienta tak byly sejmuty dvě vzájemně porovnatelné hodnoty hovořící o možné změně aktuálního psychického stavu na základě právě proběhlé jednotky. Toto měření proběhlo během týdne celkem 3x a to v druhém, čtvrtém a předposledním dnu pobytu. Dotazník viz Příloha 18.5.

V závěru dané jednotky pak u skupiny s kognitivně behaviorální aplikací proběhla vždy reflexe z proběhlé cvičební jednotky formou diskuse či hry.

9.3.2 Záměrné pozorování

Pozorování probíhalo v průběhu celého kurzu, ale samotné zaznamenávání jednotek proběhlo v druhém a v předposledním dnu pobytu. Pozorované jednotky jsem zaznamenávala do předem připraveného formuláře celkem 2x, a to pro každou klientku kurzu zvlášť. Dotazník viz Příloha 18.6.

10 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvořily klientky III. Interní kliniky I. LF UK a VFN, s nimiž jsem odjela na týdenní ozdravný pobyt. Tento kurz nebyl ani tak kurzem snižování nadváhy, ale byl koncipován spíše prožitkově, protože přes prázdniny byla obezitologická klinika I. LF UK a VFN z důvodu opravy uzavřena. Klinika chtěla svým klientům umožnit určitou satisfakci za toto omezení, a tak pro ně zrealizovala tento kurz. Klinika se zaměřuje především na snižování hmotnosti, nápravu pohybových a stravovacích zvyklostí, vyznačuje se tedy spíše behaviorálním přístupem ke klientovi, proto byl pro tyto jedince kurz určitým specifikem díky jeho prožitkovému zaměření. Sedmidenní kurz začal odpoledními seznamovacími hrami a končil dopoledním programem. Každý den kurzu byl tvořen dopoledním a odpoledním programem. Jednotky s behaviorální aplikací trvaly většinou 1,5 hodiny. Jednalo se především o aktivity cyklického charakteru, túry, vyjížďky na kolech, nebo skupinové hry. Kognitivně behaviorální jednotky trvaly většinou 1,5 – 2 hodiny, 10 – 15 minut z toho zabíraly skupinové rozbory a reflexe z právě proběhlé jednotky. Ukázky jednotek s behaviorálním i s kognitivně behaviorálním přístupem a možné způsoby reflexí viz Příloha 18.1.,18.2.,18.3.,18.4. Účast na kurzu nebyla povinná, klientky se na tento kurz přihlásily samy, a to velmi usnadnilo realizaci kurzu, jejich spolupráci a ochotu se na tomto programu podílet. Z tohoto důvodu jsme se nepotýkali s nechutí k pohybu a rovněž byl znatelný fakt, že ženy už nějakou dobu cvičí.

Účastníky tohoto kurzu tvořilo 19 žen, jejichž průměrný věk dosahoval hodnoty 32,74 let, nejmladší z účastnic bylo 23 let a nejstarší účastnici kurzu bylo 45let. Ženy netrpěly žádnými závažnějšími komplikacemi, tudíž se mohly zúčastnit celého programu bez nějakého většího omezení.

Klientky byly rozděleny do dvou skupin na základě hodnot BMI tak, aby si obě skupiny byly svým složením co nejpodobnější. Jednu skupinu tedy tvořilo 10 frekventantek, druhá byla složena z 9 účastnic kurzu. Důvodem rozdělení bylo porovnat aplikaci jednotek s behaviorálním a kognitivně behaviorálním přístupem a zjistit, zda při komplexnějšímu přístupu, aplikací kognitivně behaviorální jednotky dojde u klientek k pozitivnějším a výraznějším změnám v aktuálně prožívaném psychickém stavu oproti skupině s behaviorálním přístupem. Průměrná hodnota BMI skupiny s behaviorální aplikací byla 33,19 a u skupiny s kognitivně behaviorální

aplikací jednotky dosahoval tento index hodnot 33,83. Obě skupiny si tedy byly v hodnotách BMI podobné a vyskytovaly se v pásmu obezity středního stupně.

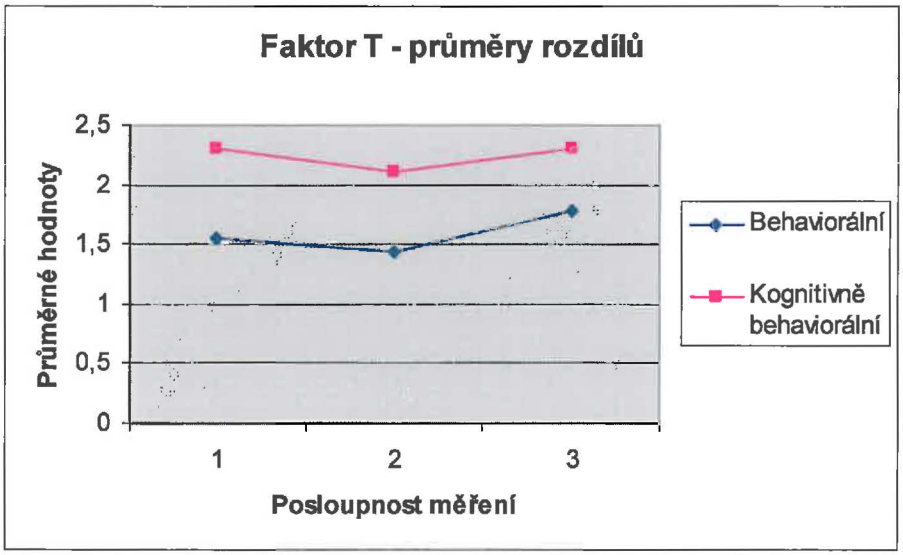
11 Interpretace výsledků

11.1 POMS

11.1.1 Meziskupinové porovnání

Grafy absolutních četností, tedy grafy absolutních počtů výskytů jednotlivých rozdílů viz Příloha 18.7.

11.1.1.1 Průměrné hodnoty rozdílů



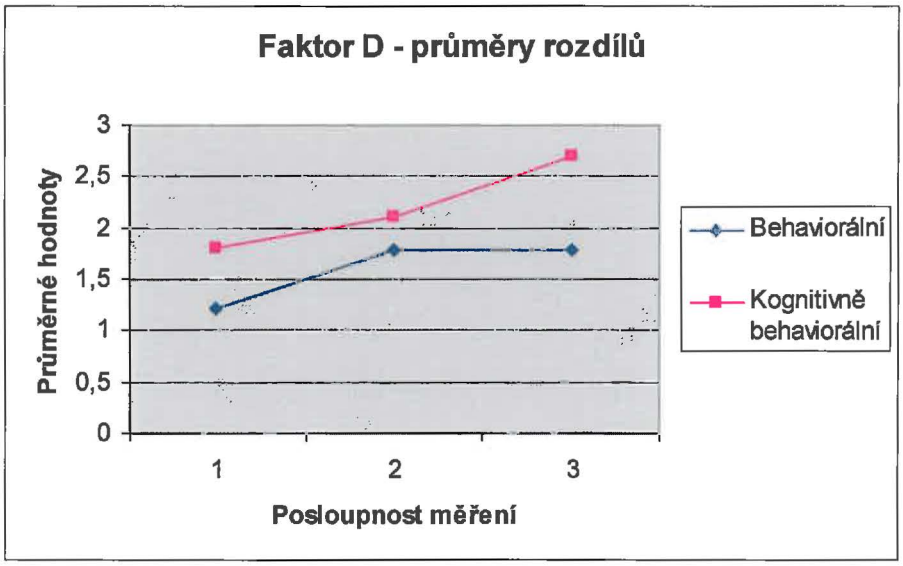
graf 1 – Průměrné hodnoty rozdílů faktoru T – úzkost, meziskupinové srovnání

Vývoj faktoru T (úzkost) – průměry rozdílů			
Behaviorální	1,56	1,44	1,78
Kognitivně behaviorální	2,3	2,1	2,3

tabulka 2 - Průměrné hodnoty rozdílů faktoru T- úzkost, meziskupinové srovnání

Jedná se o průměrné hodnoty rozdílů mezi měřeními před aplikací jednotky a po její aplikaci. Vývojový trend je u obou skupin totožný, dá se tedy předpokládat, že aplikace

behaviorální, tak i aplikace kognitivně behaviorální jednotky má na obě skupiny přibližně stejný vliv. Rozdíly mezi hodnotami faktoru T - úzkost před aplikací a po aplikaci jsou jednoznačně větší u skupiny s kognitivně behaviorální aplikací. Z toho by se dalo usuzovat na větší účinky této aplikované jednotky na jedince skupiny, neboť hodnoty naměřené před aplikací se poměrně značně lišily od hodnot naměřených po aplikaci. Z výsledků je možné říci, že při aplikaci behaviorální i kognitivně behaviorální jednotky dochází k zlepšení aktuálně prožívaného psychosomatického stavu, toto zlepšení je více pozorovatelné u skupiny s kognitivně behaviorální aplikací, v níž je pracováno s Jacobsonovou metodou zaměřenou na procítění stavu napětí a uvolnění v procvičovaných svalech.. Tito jedinci mají často problematický vztah k tělu, odmítají ho a právě aplikace kognitivně behaviorální jednotky s relaxací a rozborem jednotky dává příležitost těmto jedincům se na své tělo více zaměřit a možnost si ho lépe uvědomit.



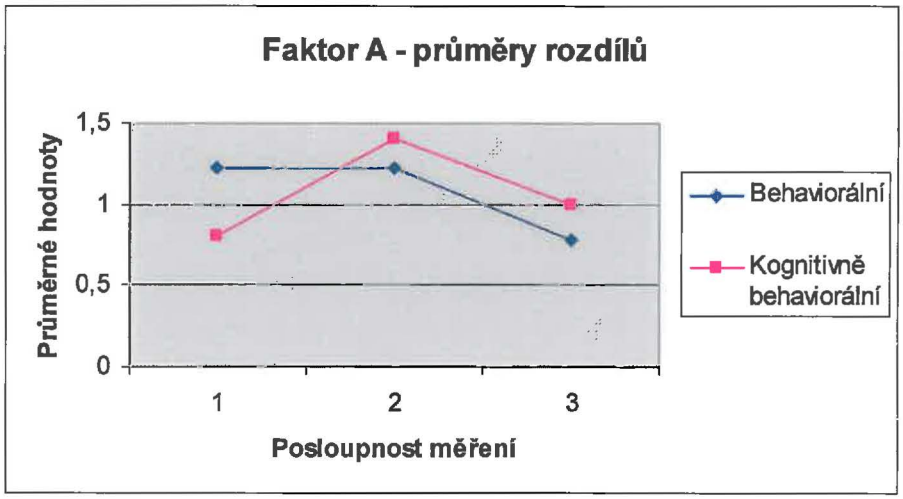
graf 2 - Průměrné hodnoty rozdílů faktoru D – deprese, meziskupinové srovnání

Vývoj faktoru D (deprese) – průměry rozdílů			
Behaviorální	1,22	1,78	1,78
Kognitivně behaviorální	1,8	2,1	2,7

tabulka 3 - Průměrné hodnoty rozdílů faktoru D - deprese, meziskupinové srovnání

V případě faktoru D - deprese, je jednoznačnější vývojový trend u skupiny s kognitivně behaviorální aplikací jednotky, kdy při všech měřeních docházelo k narůstajícím rozdílům mezi stavy před aplikací a stavy po aplikaci. Zároveň byl při třetím měření zjištěn nejvyšší průměrný rozdíl mezi stavy před a po aplikaci ze všech faktorů u obou skupin vůbec. Tak jako v předešlém faktoru i v tomto faktoru doznává aplikace kognitivně behaviorální jednotky větších úspěchů. U obézních jedinců je často pozorována zhoršená nálada, pocity méněcennosti, všeobecný pocit nespokojenosti, který často vyústí v depresivní příznaky. Tyto příznaky jsou zřejmě dány nespokojeností se svým tělem a aplikace kognitivně behaviorální jednotky pak pomáhá těmto jedincům se zaměřit na své tělo jinak než v souvislosti s nadměrnými kilogramy, dává jim prostor poznat mezi napětím a uvolněním v jednotlivých částech těla a možná i pocit, že v případě budoucího stresu, budou moci ovlivnit běh věcí jiným způsobem, než navyklým odreagováváním se jídlem.

U behaviorální skupiny byl první nárůst průměrné hodnoty rozdílů výraznější než u skupiny kognitivně behaviorální, nicméně třetí měření nezjistilo, že by tento počáteční růst i nadále pokračoval.

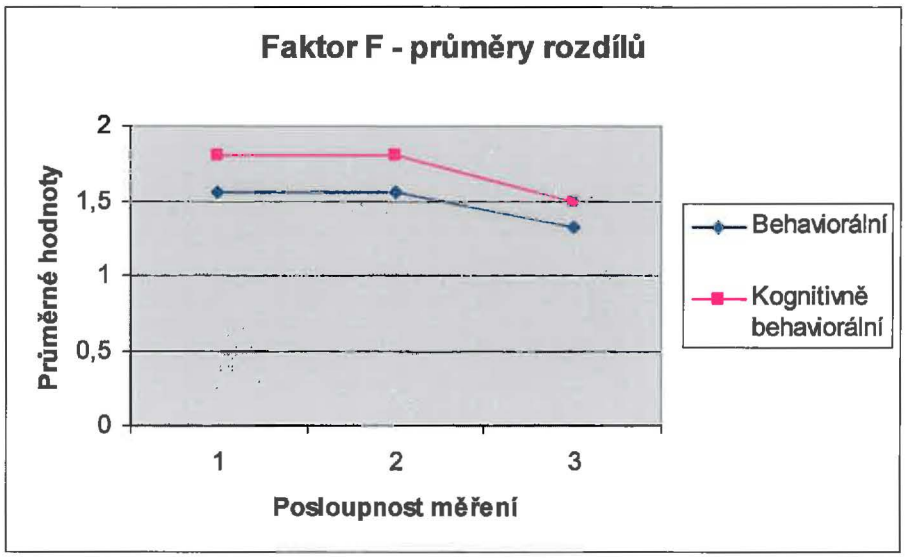


graf 3 - Průměrné hodnoty rozdílů faktoru A - hněv, meziskupinové srovnání

Vývoj faktoru A (hněv) – průměry rozdílů			
Behaviorální	1,22	1,22	0,78
Kognitivně behaviorální	0,8	1,4	1

tabulka 4 - Průměrné hodnoty rozdílů faktoru A - hněv, meziskupinové srovnání

V případě faktoru A – hněv, se rozdíly mezi stavy před a po aplikaci jednotky mezi prvním a druhým měřením výrazně lišily. Ačkoliv zpočátku vykazovaly větší průměrný rozdíl členky skupiny s behaviorální aplikací jednotky, již při druhém měření bylo zjištěno, že průměrné rozdíly mezi pozorovanými stavy u skupiny s kognitivně behaviorální aplikací jednotky přerostly hodnotu těchto rozdílů druhé skupiny. Větší průměrný rozdíl v prvním měřením skupiny s behaviorální aplikací jednotky si vysvětluji tím, že tato skupina žen měla možnost svůj hněv, agresi vybít ve sportovních hrách, „dát ji navenek, praštit do balónu". Průměrné hodnoty tepové frekvence měřené na konci hlavní části této jednotky dosahovaly rovněž vyšších hodnot, a proto usuzuji na větší průměrné rozdíly před a po aplikaci jednotky prvního měření. Skupina žen s kognitivně behaviorální aplikací jednotky se snažila více se zaměřit na své tělo, ke kterému zaujímají spíše negativní postoj, je proto možné, že nedocházelo k tak výraznému katarznímu vybití své agrese jako tomu bylo u skupiny druhé. V druhém měření je ale patrný výraznější posun, který přikládám tomu, že ženy se zaměřovaly na své tělo s ne tak výrazně negativní konotací. Výrazné změny mezi prvním a druhým měřením u behaviorální skupiny nadále nebyly zaznamenány. Třetí měření potom shodně u obou skupin prokázalo pokles průměrných rozdílů, stavy před aplikací a po aplikaci se tedy lišily v průměru méně než v případě druhého pozorování.

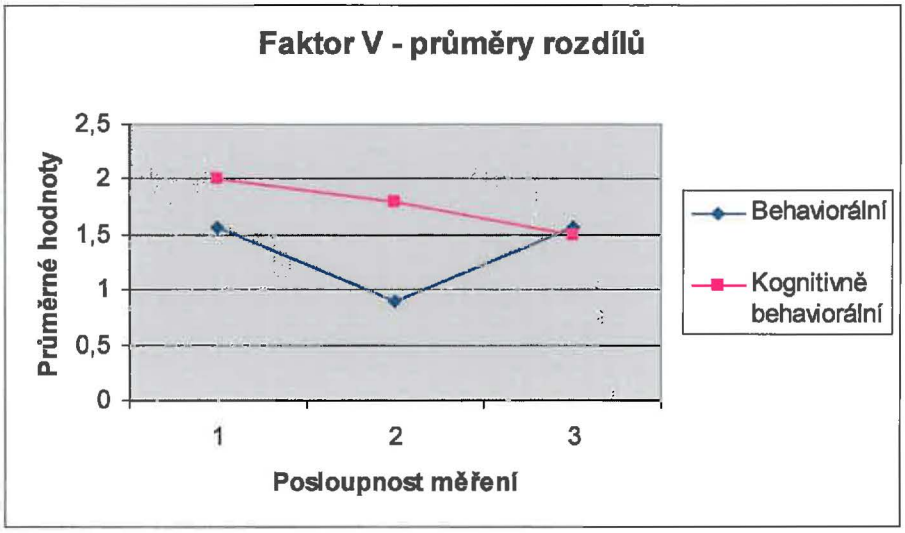


graf 4 - Průměrné hodnoty rozdílů faktoru F - únava, meziskupinové srovnání

Vývoj faktoru F (únava) - průměry rozdílů			
Behaviorální	1,56	1,56	1,33
Kognitivně behaviorální	1,8	1,8	1,5

tabulka 5 - Průměrné hodnoty rozdílů faktoru F - únava, meziskupinové srovnání

Z výsledků měření stavů spadajících pod faktor F - únava vyšlo najevo, že obě skupiny vykazují stejný vývojový trend, a to spíše klesající. Zjištěné změny však nebyly nijak výrazné a objevily se pouze v případě třetího měření. Dalo by se tedy usuzovat na skutečnost, že aplikované jednotky mají vliv na stav jedinců, nicméně narůstající doba, po kterou jsou jednotky aplikovány nevede k prohlubování těchto rozdílů, spíše naopak. Z grafu je možné si vysvětlit skutečnost, že narůstající počet aplikovaných jednotek snižuje pocity únavy.

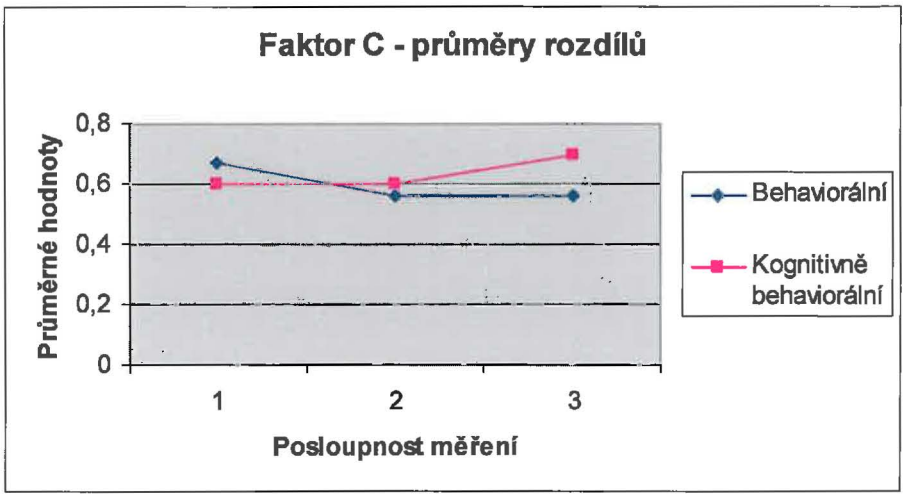


graf 5- Průměrné hodnoty rozdílů faktoru V - aktivita, meziskupinové srovnání

Vývoj faktoru V (aktivita) - průměry rozdílů			
Behaviorální	1,56	0,89	1,56
Kognitivně behaviorální	2	1,8	1,5

tabulka 6- Průměrné hodnoty rozdílů faktoru V - aktivita, meziskupinové srovnání

Ačkoliv byla po druhém měření u obou pozorovaných skupin zjištěna klesající tendence, třetí měření shodu vývojových trendů u obou skupin nepotvrdila. Zatímco průměrné hodnoty rozdílů mezi stavy před a po aplikaci jednotky u skupiny s kognitivně behaviorální aplikací jednotky i nadále klesaly, u skupiny s behaviorální aplikací jednotky se hodnota průměrného rozdílu mezi jednotlivými stavy vrátila na původní, vyšší, hodnotu. Tento graf naznačuje pozitivnější vliv aplikace jednotky s kognitivně behaviorální aplikací s důrazem na emocionální prožitky v průběhu cvičení a následným rozborem na aktuálně prožívaný psychosomatický stav žen této skupiny a na navracející vitalitu a elán v důsledku probíhaných jednotek v čase.



graf 6 - Průměrné hodnoty rozdílů faktoru C - zmatek, meziskupinové srovnání

Vývoj faktoru C (zmatek) - průměry rozdílů			
Behaviorální	0,67	0,56	0,56
Kognitivně behaviorální	0,6	0,6	0,7

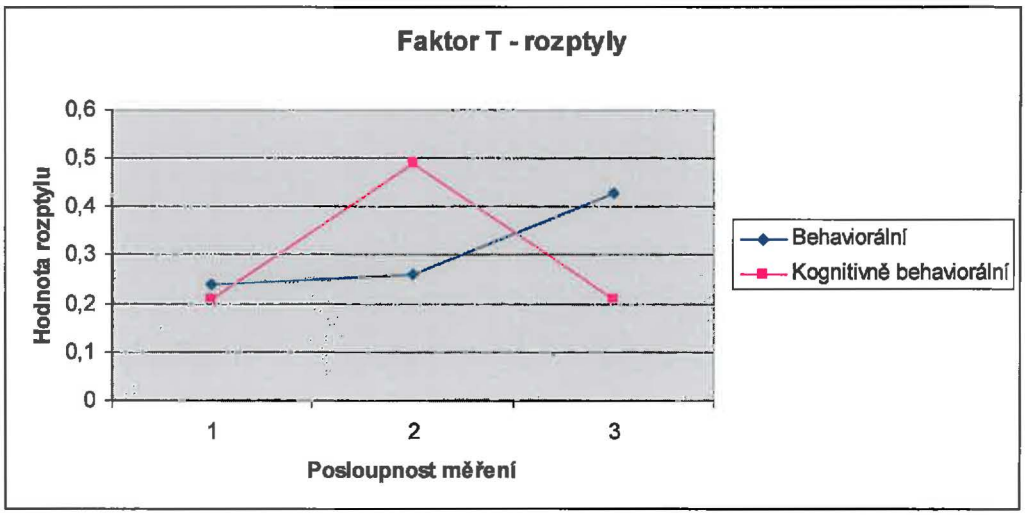
tabulka 7 - Průměrné hodnoty rozdílů faktoru C - zmatek, meziskupinové srovnání

V případě faktoru C – zmatek, se hodnoty průměrných rozdílů v jednotlivých měřeních příliš nelišily. U obou skupin došlo ke zjištění rozdílu pouze v jednom měření. Zatímco u behaviorální skupiny došlo k mírnému poklesu průměrného rozdílu stavů, a to mezi prvním a druhým měřením, u kognitivně behaviorální skupiny došlo naopak k mírnému růstu, a to mezi druhým a třetím měřením. Můžeme tedy říci, že na základě těchto výsledků bylo zjištěno, že rozdíly mezi stavy před a po aplikaci jednotky jsou v případě faktoru C - zmatek v porovnání s ostatními faktory nejstabilnější.

11.1.1.2 Hodnoty rozptylů

Vývoj faktoru T (úzkost) - rozptyly			
Behaviorální	0,24	0,26	0,43
Kognitivně behaviorální	0,21	0,49	0,21

tabulka 8 – Hodnoty rozptylů faktoru T - úzkost, meziskupinové srovnání



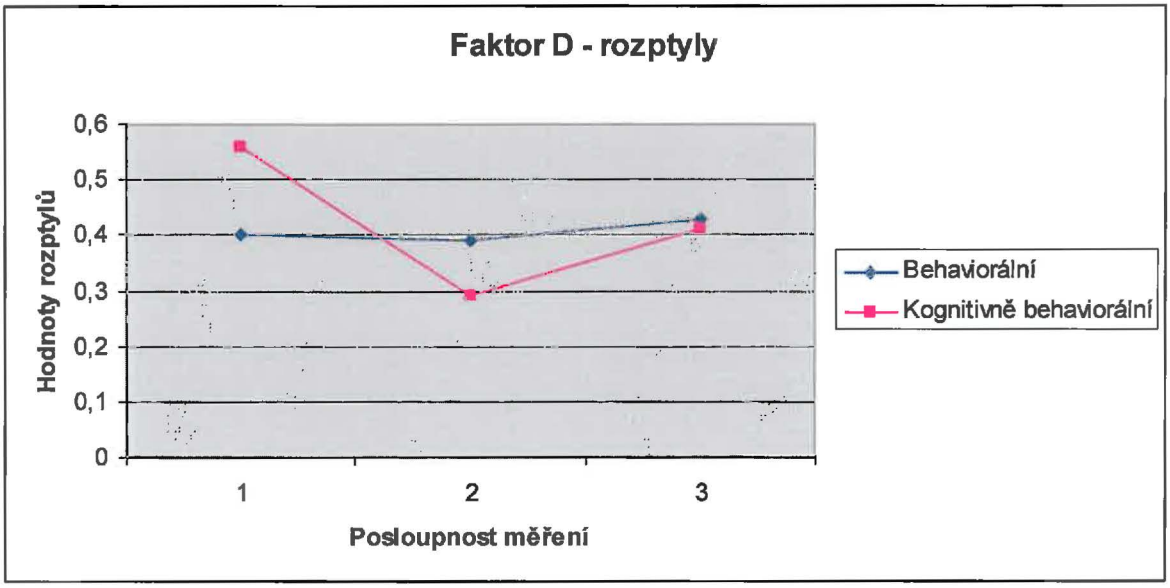
graf 7 – Hodnoty rozptylů faktoru T - úzkost, meziskupinové srovnání

Rozptyl je statistický ukazatel míry variability a říká nám, jak se jednotlivé rozdíly mezi stavy před a po aplikaci jednotky liší od průměrné hodnoty těchto rozdílů. Čím větší je hodnota rozptylu, tím více se jednotlivé rozdíly mezi stavy liší od jejich průměrné hodnoty. Platí tedy vztah mezi průměrem a rozptylem a to takový, že čím nižší je hodnota rozptylu, tím vyšší má průměr vypovídací hodnotu.

Z grafu vývoje rozptylů u faktoru T – úzkost, můžeme vyčíst, že ačkoliv zpočátku si byla variabilita, neboli měnlivost, u obou skupin klientek velmi blízká, v průběhu dalších měření se tato měnlivost u obou skupin poměrně výrazně změnila. U skupiny s behaviorální aplikací jednotky se jednotlivé rozdíly s narůstající dobou lišily od průměru stále více, což by mohlo znamenat, že účinnost aplikace jednotky se v průběhu času mezi jednotlivými klientkami začala výrazněji odlišovat. U skupiny s kognitivně behaviorální aplikací jednotky se po počátečním nárůstu variabilita opět vrátila na svou původní úroveň. Výraznější měnlivost rozdílů mezi stavy před a po aplikaci byla tedy mezi jednotlivými klientkami zejména uprostřed doby, po kterou aplikace probíhala. To ukazuje na fakt, že aplikace kognitivně behaviorální jednotky působí na různé jedince odlišně, což je možné vysvětlit tím, že ne každému vyhovuje tento způsob cvičení a pro každého je rozdílný čas pro zařazení se do skupinového programu. Nicméně z grafu je dále patrné, že po delším čase se variabilita rozptylů vrátila na počáteční úroveň.

Vývoj faktoru D (deprese) - rozptyly			
Behaviorální	0,4	0,39	0,43
Kognitivně behaviorální	0,56	0,29	0,41

tabulka 9 - Hodnoty rozptylů faktoru D – deprese, meziskupinové srovnání

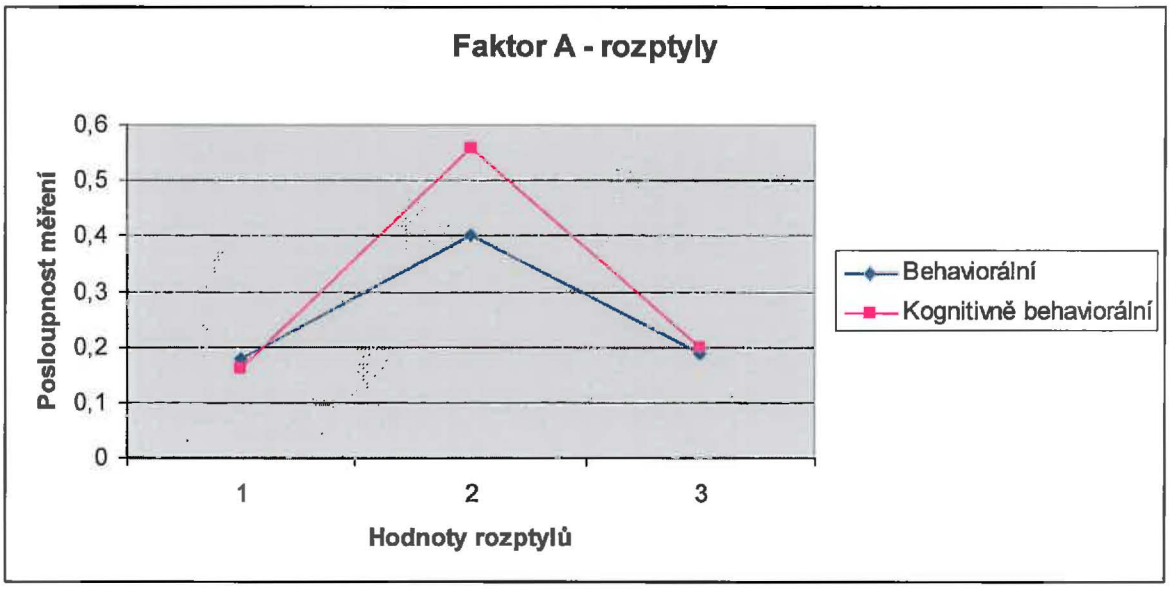


graf 8 – Hodnoty rozptylů faktoru D - deprese, meziskupinové srovnání

V případě faktoru D – deprese bylo zjištěno, že variabilita se u skupiny s behaviorální aplikací jednotky měnila jen málo, tedy, že jednotlivé rozdíly mezi stavy před a po aplikaci se od průměrných hodnot těchto rozdílů lišily v průběhu všech měření přibližně stejně. U skupiny s kognitivně behaviorální behaviorální aplikací se nejvíce variabilita změnila mezi prvním a druhým měřením, kdy hodnota rozptylu klesla téměř na svou polovinu a v dalším měření se opět mírně zvedla. Nejvyšší vypovídací hodnotu měl tedy průměr rozdílů při druhém měření.

Vývoj faktoru A (hněv) - rozptyly			
Behaviorální	0,18	0,4	0,19
Kognitivně behaviorální	0,16	0,56	0,2

tabulka 10 – Hodnoty rozptylů faktoru A - hněv, meziskupinové srovnání

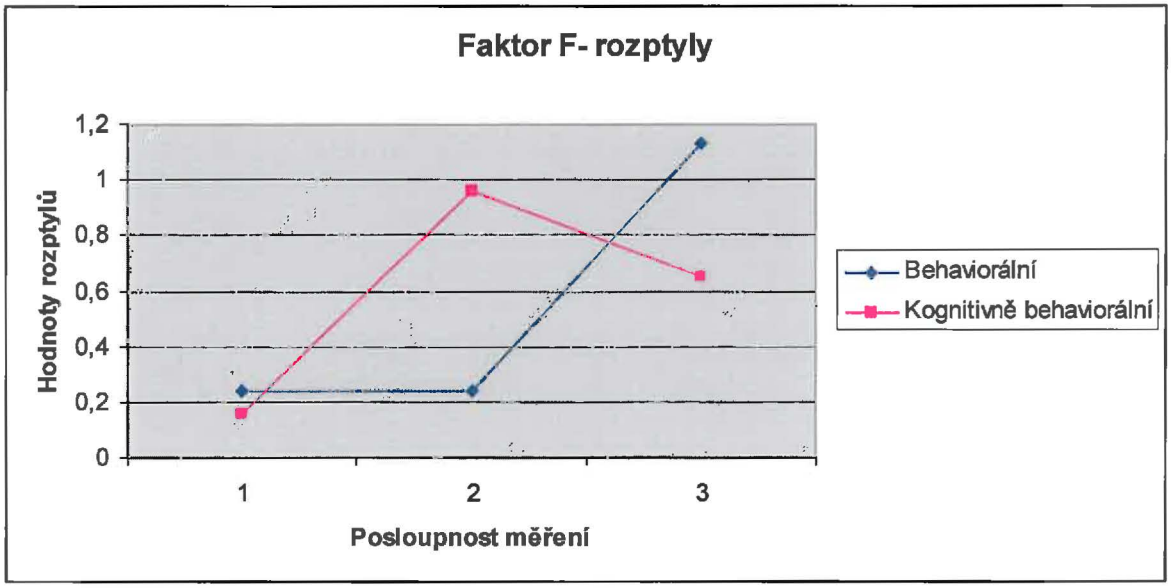


graf 9 – Hodnoty rozptylů faktoru A - hněv, meziskupinové srovnání

Rozptyly rozdílů u faktoru A – hněv, byly u prvního a třetího měření u obou skupin velmi podobné. Podobný byl i vývojový trend obou skupin, kdy po počátečním, poměrně značném, nárůstu variability dat se hodnota rozptylu vrátila zhruba na svou původní úroveň. K největším rozdílům mezi jednotlivými rozdíly stavů a jejich průměrem tedy docházelo uprostřed pozorovaného období.

Vývoj faktoru F (únava) - rozptyly			
Behaviorální	0,24	0,24	1,13
Kognitivně behaviorální	0,16	0,96	0,65

tabulka 11 – Hodnoty rozptylů faktoru F - únava, meziskupinové srovnání

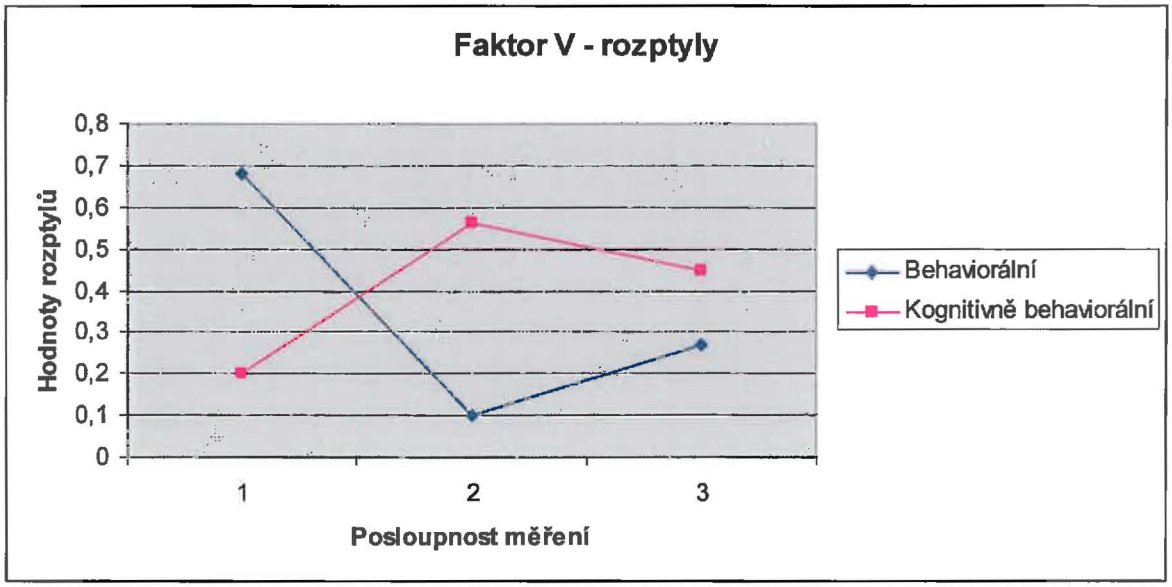


graf 10 – Hodnoty rozptylů faktoru F - únava, meziskupinové srovnání

Ačkoliv v tomto případě byly pozorované rozptyly u obou skupiny zpočátku nepříliš rozdílné, v průběhu dalších pozorování se však rozptyl obou skupin vyvíjel naprosto odlišně a jejich hodnoty se od sebe navzájem značně odlišily. Zatímco u skupiny s behaviorální aplikací jednotky se změna variability objevila až v druhé polovině pozorovaného období, přičemž tato změna byla ze všech pozorovaných změn u všech faktorů největší, u skupiny s kognitvně behaviorální aplikací rozptyl nejdřív vzrostl, poté se o něco snížil. V případě nejvyšších dosažených hodnot měnlivosti u obou skupin se jedná o nejvyšší hodnoty naměřené u všech faktorů vůbec.

Vývoj faktoru V (aktivita) – rozptyly			
Behaviorální	0,68	0,1	0,27
Kognitivně behaviorální	0,2	0,56	0,45

tabulka 12 – Hodnoty rozptylů faktoru V - aktivita, meziskupinové srovnání

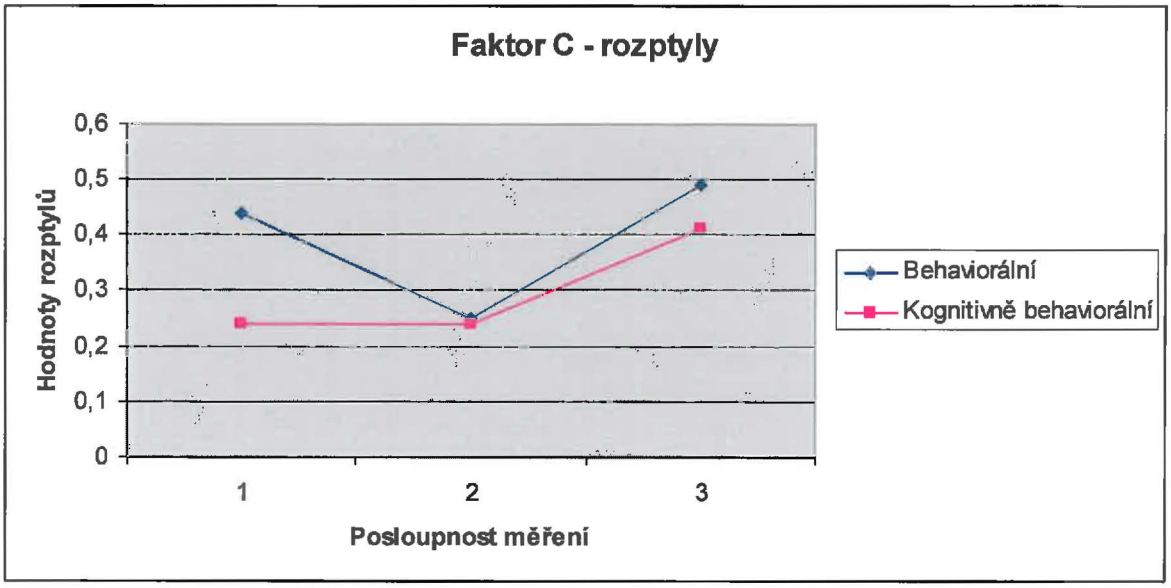


graf 11 – Hodnoty rozptylů faktoru V - aktivita, meziskupinové srovnání

V případě faktoru V – aktivita se projevil vývojový trend u obou skupin naprosto odlišně, nicméně v průběhu druhého a třetího měření se rozdíl mezi rozptyly obou skupin zmenšoval. Nejmenší rozdíl mezi rozptyly byl zjištěn při posledním pozorování. Hodnota rozptylu z druhého pozorování u skupiny s behaviorální aplikací jednotky dosáhla nejnižší úrovně ze všech pozorování a faktorů vůbec, což poukazuje na fakt, že druhý naměřený průměr u faktoru V u skupiny s behaviorální aplikací jednotky má největší vypovídací hodnotu ze všech průměrů vůbec.

Vývoj faktoru C (zmatek) - rozptyly			
Behaviorální	0,44	0,25	0,49
Kognitivně behaviorální	0,24	0,24	0,41

tabulka 13 - Hodnoty rozptylů faktoru C - zmatek, meziskupinové srovnání



graf 12 – Hodnoty rozptylů faktoru C - zmatek, meziskupinové srovnání

V případě Faktoru C –zmatek byly hodnoty variačního ukazatele ve druhém a třetím měření velmi podobné, větší výkyvy mezi měnlivostí, tedy mezi výpovědní hodnotou průměru byly naměřeny u skupiny s behaviorální aplikací jednotky.

11.2 Záměrné pozorování

Škála, která byla použita pro zaznamenávání výsledků záměrného pozorování, obsahovala tři hodnoty: Rozhodně ano, Neurčitě, Rozhodně ne. U daného pozorování frekventantek kurzu bylo pro zařazení do určité škálové hodnoty rozhodující, zda daný emocionální stav frekventantka vykazuje a v jaké míře. Vykazovala-li příznaky určitého stavu v průběhu pozorování v pěti případech ze šesti a vícekrát, byla ohodnocena škálovou hodnotou Rozhodně ano, a to ve významu: ano, frekventantka rozhodně vykazuje příznaky daného emocionálního stavu. Byl-li daný příznak pozorován ve třech či čtyřech případech ze šesti, byl výskyt daného stavu považován za neurčitý a ohodnocen prostřední škálovou hodnotou, a to ve významu: výskyt daného emocionálního stavu byl pozorován pouze někdy a v nepřesvědčivém počtu pozorování, výskyt tohoto stavu byl tedy považován za neurčitý. Bylo-li pozorováno pouze jednou či dvakrát ze šesti případů, že daná klientka vykazuje příznaky daného stavu, byla ohodnocena škálovou hodnotou Rozhodně ne, o významu: ne, klientka rozhodným způsobem nevykazuje příznaky daného emocionálního stavu.
U všech, kromě poslední pozorované oblasti, jsou výsledky u hodnoty Rozhodně ano pozitivně vnímané, dané stavy jsou tedy považovány za požadované. V případě poslední pozorované oblasti, oblasti negativních emocionálních stavů, jsou naopak kladně vnímány výsledky u škálové hodnoty Rozhodně ne, je teda požadováno, aby dané klientky nevykazovaly stavy z této oblasti.

První záměrné pozorování klientek kurzu, které bylo zaznamenáváno do předem připravených formulářů poskytlo následující zjištění.

Negativních hodnot v pozorované oblasti, která byla nazvána „Míra spolupráce v jednotce", bylo ze všech pozorovaných oblastí nejméně. Ve dvou faktorech, a to zaujetí a ochotě spolupráce nebyl dokonce vypozorován žádný negativní stav. Ochota spolupráce je zároveň faktor, u kterého byla naměřena nejvyšší četnost pozitivního postoje ze všech pozorovaných faktorů vůbec. To rovněž ukazuje na fakt, že účast frekventantek kurzu byla dobrovolná a tudíž i ochota spolupráce v jednotkách byla tak znatelná. V oblasti Míra spolupráce v jednotce se vyskytovalo nejvíce záznamů (49) u škálové hodnoty Neurčitě, blízký počet záznamů (41) vykazovala také hodnota Rozhodně ano.

Pozorovaná oblast „Psychologická atmosféra skupiny" se při pozorování jevila spíše neurčitě, nejvíce záznamů obsahuje neutrální hodnota škály. Ani v jednom z faktorů spadajících

do této oblasti nebylo vypozorováno, že by u klientek převažoval sklon k negativnímu nebo pozitivnímu postoji. Zatímco ani v jedné z krajních škálových hodnot nepřesáhla četnost 20 výskytů, v neutrální škálové hodnotě bylo pozorováno rovných 45 výskytů.

Pouze dva faktory v Emocionální oblasti pozitivní, a to optimismus a komunikace mezi členy skupiny, vykazovaly spíše pozitivní hodnoty, ačkoliv tato tendence není nijak silná. U ostatních faktorů jsou četnosti výskytů rozděleny přibližně rovnoměrně, nedá se tedy mluvit o žádném výrazném trendu.

V části Emocionální oblast negativní bylo pozorováním zjištěno téměř u všech faktorů, že klientky převážně, a to poměrně přesvědčivým způsobem, nevykazují negativní emocionální stavy. Pouze u faktoru napětí bylo rozložení četností rovnoměrné, přičemž nejčetněji byla zastoupena středová, neutrální, škálová hodnota. Celkový počet výskytů, který potvrzuje fakt, že většina klientek nevykazuje negativní stavy, byl 42. Neutrálních odpovědí bylo 21 a nejmenší počet výskytů, 13, potvrzovalo existenci negativního emocionálního stavu klientky.

Druhé záměrné pozorování, které bylo uskutečněno v závěru kurzu, bylo zaznamenáváno do stejných formulářů jako pozorování první a byly zjištěny následující skutečnosti.

Oproti prvním výsledkům z počátku týdne byly výsledky druhého pozorování výrazně jednoznačnější, a to ve všech zkoumaných oblastech a kromě jednoho i ve všech faktorech.
Právě v oblasti Míra spolupráce v jednotce se vyskytl faktor, u nějž nepřevažuje ani pozitivní ani negativní tendence. Tímto faktorem je "nepohodlí", u nějž se četnosti výskytů rovnoměrně rozmístily do všech tří škálových hodnot. Opět nejvýrazněji se projevilo pozitivní zaměření u faktoru "ochota spolupráce". Ostatní faktory oblasti vykazují rovněž silné pozitivní zaměření. Zároveň však také přibylo výskytů v negativní škálové hodnotě "rozhodně ne, což ukazuje na fakt, že emocionální stavy se v průběhu zkoumaného období změnily ve smyslu znatelnější vyhraněnosti, a to jak pozitivní tak negativní.

Tato vyhraněnost stavů se potom opakuje ve všech pozorovaných oblastech. Nejjednoznačnějšími faktory, ve kterých klientky při druhém pozorování vykazovaly nejvíce krajních hodnot, jsou "vzájemná podpora" a "sociální izolovanost". Výsledky druhého pozorování jasně ukazují na skutečnost, že klientky byly ve svém chování ve skupině vstřícnější než na počátku zkoumané doby.

V emocionální oblasti pozitivní výsledky pozorování klientek rovněž potvrdily výraznou změnu "k lepšímu", kdy se opět převážná většina výsledků pohybovala v pozitivní škálové hodnotě.

Pravděpodobně největších rozdílů mezi prvním a druhým pozorováním bylo naměřeno v emocionální oblasti negativní. Pouze jedna klientka byla ohodnocena tak, že vykazuje jeden z negativních faktorů, a to faktor "napětí". Nejvýraznější z celého dotazníku byly jednoznačně výsledky faktoru "ironie", kdy u všech klientek bylo pozorováno, že rozhodně nevykazují známky ironie. Podle těchto výsledků lze tvrdit, že stavy jednotlivých zúčastněných se poměrně výrazně zlepšily.

12 Ověření hypotéz

Hypotéza č. 1 byla potvrzena z výsledků záměrného pozorování, které zjistily pozitivní vliv cvičebních jednotek na aktuálně prožívaný psychosomatický stav obézních klientek jak při aplikaci behaviorální, tak při aplikaci kognitivně behaviorální jednotky.

Z výsledků průměrů rozdílů je patrné to, že největších průměrů rozdílů ze všech provedených měření bylo dosaženo ve faktoru T (Tension – Anxiety), definovaném jako Tenze – Úzkost a faktoru D (Depression – Dejection), definovaném jako Deprese – Sklíčenost, tudíž se potvrdila i Hypotéza č. 2.

Rovněž z výsledků záměrného pozorování a reflexí ze závěru cvičební jednotky je možné potvrdit Hypotézu č. 3., která nám říká, že pozitivnější vliv na aktuálně prožívaný psychosomatický stav obézních klientek bude zaznamenán při aplikaci kognitivně behaviorální jednotky s důrazem na prožitkové momenty v průběhu cvičení. Tento jev je rovněž patrný i z uvedených grafů, které vznikly na základě výsledků získaných metodou POMS.

13 Diskuse

Výsledky použitých metod prokázaly, že vlivem kognitivně behaviorálního přístupu z hlediska pohybové terapie obezity došlo k výraznější změně v aktuálně prožívaném psychosomatickém stavu obézních frekventantek kurzu oproti pouze behaviorálnímu přístupu.

Na základě dosavadních zkušeností našich i zahraničních odborníků o vzniku i vývoji obezity převládá konsenzus o multifaktoriální etiologii. Faktory podílející se na vzniku a vývoji obezity je v podstatě možné rozdělit na faktory vnitřní (genetické) a vnější (psychosociální), výskyt těchto faktorů je v poměru 1:1. Navíc tyto faktory spolu navzájem interagují, jejich vliv se může měnit v různém prostředí, za různých podmínek a u každého individua se pak tyto faktory uplatňují ještě odlišně.

Pohybová terapie, která je jednou z nejčastěji používanou léčebnou metodou v oblasti ovlivňování obezity, by proto měla zohledňovat tyto interindividuální a intraindividuální hlediska.

Tak jako se liší lidé s „normální" hmotností, liší se i lidé obézní, i přes tyto odlišnosti je však možné považovat tyto jedince za určitou specifickou skupinu, pro kterou je příznačná určitá charakteristika. Většina obézních totiž preferuje spíše tělesné pohodlí, což je možné také považovat za jednu z možných příčin vzestupu hmotnosti. Důležité je rovněž zaměřit se na to, proč se obézní tolik pohybové aktivitě vyhýbají. Většina z nich nemá vůli cvičit samostatně, bojí se reakce okolí, díky vyšší hmotnosti jsou často při zvýšené pohybové aktivitě rychleji zadýchaní, při běžné denní aktivitě se více potí, tento fyziologický proces považují za symptomatiku své tělesné nezdatnosti. Při cvičení se ještě více zvýrazní jev pocení, což v důsledku představy o tělesné nezdatnosti nepociťují zrovna s největší libostí. Po těchto špatných zkušenostech z cvičení většinou pohybové aktivity zanechají. Tak jako u jiných terapií i u terapie pohybem je nutné pro pocit účinku z její aplikace určité časové období. Dovoluji si proto tvrdit, že účinek kognitivně behaviorálního přístupu z hlediska pohybové terapie, kde je důraz kladen především na prožitkové momenty v průběhu cvičení, je z hlediska ovlivňování přístupu k pohybové aktivitě daleko účinnější než klasická cyklická zátěž. Jedinci se v průběhu pohybové aktivity mohou více zaměřit na své tělo, ke kterému v důsledku idealizace štíhlosti zaujímají spíše negativní postoj.

V průběhu realizovaného kurzu byl patrný i posun v myšlení zúčastněných jedinců. Kognitivně behaviorální jednotky se staly pro většinu klientek již ne pouhou cvičební jednotkou, ale staly se pro ně určitou prožitkovou činností. I přes nepatrné rozdíly ve fyziologické náročnosti jednotek, byla právě tato fyzická náročnost pociťována sekundárně.

14 Závěr

Cílem této práce bylo porovnat účinky aplikace behaviorální a kognitivně behaviorální cvičební jednotky na obézní frekventanty kurzu. Na základě tohoto cíle byly stanoveny tři hypotézy, které byly následným výzkumem ověřovány. Pro získání výsledků bylo použito dvou metod, dotazníku POMS a záměrného pozorování. POMS je ekonomickou a rychlou metodou ke zjišťování přechodných (v rozsahu od několika minut po cca týden trvajících) afektivních stavů. Nejčastější formou testování je v její variantě „right now", která zachycuje aktuální psychický stav, eventuálně jeho změnu po krátkodobé intervenci. Metoda záměrného pozorování byla zvolena z důvodu odlišného způsobu získávání dat, kdy na rozdíl od metody POMS, při kterém klientky zaznamenávaly subjektivní změny afektivních stavů samy, při metodě záměrného pozorování jsou výsledky zaznamenávány nestranným pozorovatelem do předem připravených dotazníků pro každou klientku zvlášť.

Do výzkumu bylo zapojeno celkem 19 obézních frekventantek kurzu, konaném v letním měsíci červenec, roku 2007. Jednalo se o týdenní kurz pro klienty III. Interní kliniky I. LF UK a VFN.

Na základě získaných dat došlo k potvrzení všech tří stanovených hypotéz, které tvrdí, že kognitivně behaviorální přístup v léčbě obezity z hlediska pohybové terapie dosahuje větších úspěchu změn v aktuálně prožívaném psychosomatického stavu klientek.

Pro přesnější výsledky tohoto výzkumu by bylo nutné realizovat výzkum na větším vzorku, nicméně vzhledem ke složitosti v přístupu k této skupině nebylo možné získat více pozorovaných jedinců.

15 Souhrn

Obezita je multifaktoriálně podmíněná choroba, kde se vedle genetických, vnitřních faktorů uplatňuje i celá řada faktorů vnějších, psychosociálních. Odborníci se shodují v tom, že zastoupení těchto faktorů je v poměru 1:1.

Hainer (1997) definuje obezitu jako geneticky podmíněnou náchylnost k hromadění tukových zásob při pozitivní energetické bilanci. Podíl tuku v organismu je dán pohlavím, věkem a etnickým charakterem populace. Obezitu pak charakterizuje zvýšení podílu tělesného tuku a to nad 25% tělesné hmotnosti u mužů a nad 30% tělesné hmotnosti u žen.

Nejčastěji používanou metodou k hodnocení stupně obezity je zjišťovaní hmotnostních indexů, tedy body mass index (BMI), který je celosvětově uznávaným měřítkem pro stanovení diagnózy otylosti a zároveň může sloužit jako ukazatel životní prognózy a rizik většiny komplikací obezity.

Prakticky stejně významná je klasifikace obezity na obezitu androidního typu, označována někdy jako obezita mužského typu, obezita tvaru jablko a obezitu gynoidního typu, obezitu ženského typu, připomínající tvar hrušky, která se vyznačuje zmnožením tuku v oblasti hýždí a stehen. Výzkumy prokazují lepší prognózu co se zdravotních komplikací týká u obezity ženského typu, obezity tvaru hrušky.

Genetická povaha obezity je zřejmá, ale čím je možné vysvětlit fakt, že obezita vykazuje stále rostoucí tendence, že jí trpí stále větší počet obyvatel? Na základě dosavadních zkušeností o vzniku a vývoji obezity převládá konsenzus o multifaktoriální etiologii. Obecně lze tyto faktory rozdělit na biologické, psychologické a sociální, přičemž všechny tyto faktory spolu interagují a navíc vliv těchto faktorů se může měnit v různém prostředí, za různých podmínek a u každého individua se tyto faktory uplatňují odlišně.

Biologické faktory považují za nejčastější příčinu vzniku obezity dlouhodobý nepoměr mezi energetickým přívodem energie a energetickým výdejem. Dále uvažují i geneticky podmíněnou náchylnost k hromadění tukových zásob při pozitivní energetické bilanci. Dědičnost se pak projevuje jednak v rozdílnosti ve spalování základních živin, velikostí výdeje energie, v místě ukládání tuku, výběrem chutí, ale rovněž je prokázaná genetická dispozice k pohyblivosti.

Pro sociální faktory je příznačná značná variabilita. Můžeme sem zařadit jednak tlak společnosti k nadměrnému energetickému příjmu a zároveň ke snižování energetického výdeje, ale rovněž hrají důležitou roli sociografické determinanty jako jsou vzdělání, postavení, příjem, velikost rodiny a jiné.

Nejzajímavější skupinu pro psychology tvoří bezesporu faktory psychologické. Psychologové zkoumají různé frustrující události, stresové situace, emoční problémy. Mnohé studie totiž prokazují zvýšenou citlivost obézních jedinců na zevní stimuly a každý druh emočního vzrušení pak může navodit zvýšený příjem potravy.

Rozpoznání příčin vzniku i uchování obezity je důležité jednak pro její prevenci, ale také pro možnost jejího ovlivnění.

Obezita se dnes léčí nejčastěji pěti možnými přístupy, respektive jejich kombinacemi. Indikace jednotlivých přístupů je dle závažnosti a možných komplikací. Jde především o dietu, psychoterapii, farmakoterapii, chirurgickou léčbu a pohybovou aktivitu. Intervence v oblasti tělesné aktivity je nezbytnou součástí léčby obezity, zařazení do běžného života je základním předpokladem působení v primární i sekundární prevenci. Důležitým momentem je i skutečnost, že pravidelná tělesná aktivita je základem změny životního stylu a pomáhá k udržení dalších změn, zejména nutričních a zvládání stresu.

V současnosti se ukazuje jako nejefektivnější přístup k léčbě obezity kognitivně behaviorální terapie. Zaměřuje se nejen na změnu stravovacích a pohybových návyků, ale rovněž na změnu kognicí a emocí vedoucí k nežádoucímu chování. Tato terapie předpokládá, že chování, myšlení a emoce je možné předvídat, usměrňovat a kontrolovat systematickým ovlivňováním podnětů spouštějících nevhodné chování, dále zdůrazňuje i systematicky pracovat s důsledky tohoto chování.

Empirická část této práce je zaměřena na porovnání aplikace behaviorální jednotky, tj. zařazení klasické cvičební jednotky pro obézní z hlediska její intenzity, trvání do programu kurzu a kognitivně behaviorální aplikace cvičební jednotky, která je zaměřena na kognice a emoce obézních frekventantů kurzu. Důraz byl kladen na přesnost provádění pohybové struktury a pozitivní emocionální prožitek v průběhu činnosti, v závěru jednotky proběhla reflexe z právě proběhlé jednotky. Cílem bylo zjistit jaký vliv měly tyto jednotky na aktuálně prožívaný psychosomatický stav jedinců. Zkoumaný vzorek tvořilo celkem 19 žen ve věku od 22 – 45 let věku. Tato skupina žen byla rozdělena na dvě skupiny dle rovnoměrných hodnot BMI, první

skupinu tedy tvořily ženy s průměrnou hodnotou BMI 33,19, druhá skupina byla reprezentovaná BMI indexem v hodnotě 33,83. Takto zvolený vzorek z hlediska jejího BMI rozdělení měl splňovat reprezentativnost a také měl eliminovat možné rozdíly v komplikacích. Obě tyto skupiny se nacházely v pásmu I.stupně obezity, BMI do 35.

Výsledky provedeného výzkumu prokázaly pozitivní vliv aplikovaných jednotek na aktuálně prožívaný psychosomatický stav frekventantek kurzu u obou skupin, přičemž větší rozdíly byly zaznamenány u skupiny s kognitivně behaviorální aplikací jednotky. Z těchto výsledků se dá usuzovat na větší pozitivní vliv kognitivně behaviorální aplikace jednotky, kterou si vysvětluji tím, že v rámci této jednotky měly frekventantky možnost se zaměřit více na své tělo s jiným přízvukem, než jen s negací. U žen trpící nadváhou či obezitou je totiž často pozorovaný problematický vztah ke svému tělu, které odmítají. V důsledku déletrvající nespokojenosti s vlastním tělem a nižším sebevědomím se u těchto jedinců setkáváme s depresivními příznaky, jako např. zhoršený pocit spokojenosti, nižší sebedůvěra apod. Takto koncipovaná jednotka pak pomáhá těmto ženám si své tělo lépe uvědomit a jinak s ním zacházet.. Z možných reflexí z těchto jednotek se dá usuzovat na to, že tyto ženy by rády své získané dovednosti uplatňovaly i v normálním životě a že si tedy z tohoto kurzu něco odvážejí.

16 Přehled literatury:

ADÁMKOVÁ, M., Kinezioterapeutický program pro pacienty s diagnózou schizofrenie v režimové léčbě krátkodobé hospitalizace, diplomová práce, 2006.

BLAHUTKOVÁ, M., ŘEHULKA, E., DVOŘÁKOVÁ, Š., Pohyb a duševní zdraví. Brno, Paido, 2005.

COOPER, J. P. Mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Olomouc: Votobia, 1995.

CROOKOVÁ, M., V zajetí image těla. North Vancouver: Oldag Publishers, 1995.

ČÁP, J., Psychologie výchovy a vyučování. Praha: Vydavatelství Karolinum a Nakladatelství a Vydavatelství H+H, 1993.

DROTÁROVÁ, E., DROTÁROVÁ, L. Relaxační metody. Praha: Nakladatelství Epocha, 2003.

FERJENČÍK, J., Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Nakladatelství Portál, 2000.

FILASOVÁ, K., Je tloustnutí projevem vnitřní nejistoty?. Psychologie dnes, 4.číslo, 2007.

FOŘT, P., Stop dětské obezitě. Praha: Vydavatelství Euromedia Group, 2004

FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V., Psychologie výživy a sociální aspekty jídla. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003.

FRAŇKOVÁ, S., KLEIN, Z., Úvod do etologie člověka. Praha: Nakladatelství HZ systém, 1997.

GOLEMAN, D., Emoční inteligence. Praha: Columbus, 1997.

HAINER, V., KUNEŠOVÁ, M., Obezita: etiopatogeneze, diagnostika a terapie. Praha: Galén, 1997.

HAINER, V. a Kolektiv. Tajemství ideální váhy. Praha: Grada Publishing, 1996.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., Psychologický slovník. Praha: Nakladatelství Portál, 2000.

HÁTLOVÁ, B. Kinezioterapie., Pohybová cvičení v léčbě psychických poruch. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003.

KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J., Obezita. Pardubice: FILIP TREND Publishing, 2001.

KRCH, F. D. a Kolektiv. Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada Publishing, 1999.

KŘIVOHLAVÝ, J., Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2003.

KUNEŠOVÁ, M., BŘEZOVSKÝ, P., HAINER, V., Fórum zdravé výživy. Nová data o obezitě v České republice [online], 2006, [cit. 2007-06-05].Dostupný na WWW: http://www.fzv.cz/web/fzvakcni/aktualitamesice/obesitas/

MÁLKOVÁ, I., Manuál pro lektory kurzů snižování nadváhy. STOB, 1995.

MÁLKOVÁ, I., KUNOVÁ, V., KUDRNA, P., Obezita je realita aneb hubneme s rozumem. Praha: Radioservis, 2002.

MÁLKOVÁ, I., KRCH, F., D., SOS nadváha. Praha: Nakladatelství Portál, 2001.

MÁLKOVÁ, I., Terapie obezity - část III. Terapie obezity pod odborným vedením [online], 2003, 2003060403 [cit. 2007-06-11].Dostupný na WWW:http://www.stob.cz/view.php?cisloclanku=2003060403,%20autor%20článku%20Iva%20Málková

NAKONEČNÝ, M., Psychologie osobnosti. Praha: Nakladatelství Akademie věd České republiky, 1997.

NEŠPOR, K., Uvolněně a s přehledem. Praha: Grada Publishing, 1998.

NEUMAN, J., ĎOUBALÍK, P., Dobrodružné hry a cvičení v přírodě. Praha: Nakladatelství Portál, 1999.

PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M. a kolektiv, Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Nakladatelství TRITON, 2007.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J., Deprese a jak ji zvládat. Praha: Nakladatelství Portál, 2003.

RICHES. G., Proč jíme to, co jíme: sociální a ekonomické faktory určující volbu potravin [online], 2004, [cit. 2007-06-06]. Dostupný na WWW: http://www.vupp.cz/czvupp/aktualit/foodtoday/ftoday45.htm

ROSCHINSKY, J., Hubneme cvičením a správnou výživou. Praha: Grada Publishing, 2006.

SMOLÍK, P., Duševní a behaviorální poruchy. Olomouc: MAXDORF, 2002.

ŠTOLBOVÁ, E., Život s nadváhou. Praha: Grada Publishing, 2000.

SVAČINA, Š., Obezita a psychofarmaka. Praha: Nakladatelství TRITON, 2002.

17 Seznam tabulek a grafů

tabulka 1- Komplikace obezity 18
tabulka 2 - Průměrné hodnoty rozdílů faktoru T- úzkost, meziskupinové srovnání 59
tabulka 3 - Průměrné hodnoty rozdílů faktoru D - deprese, meziskupinové srovnání 60
tabulka 4 - Průměrné hodnoty rozdílů faktoru A - hněv, meziskupinové srovnání 62
tabulka 5 - Průměrné hodnoty rozdílů faktoru F - únava, meziskupinové srovnání 63
tabulka 6- Průměrné hodnoty rozdílů faktoru V - aktivita, meziskupinové srovnání 64
tabulka 7 - Průměrné hodnoty rozdílů faktoru C - zmatek, meziskupinové srovnání 65
tabulka 8 – Hodnoty rozptylů faktoru T - úzkost, meziskupinové srovnání 65
tabulka 9 - Hodnoty rozptylů faktoru D – deprese, meziskupinové srovnání 67
tabulka 10 – Hodnoty rozptylů faktoru A - hněv, meziskupinové srovnání 68
tabulka 11 – Hodnoty rozptylů faktoru F - únava, meziskupinové srovnání 69
tabulka 12 – Hodnoty rozptylů faktoru V - aktivita, meziskupinové srovnání 70
tabulka 13 - Hodnoty rozptylů faktoru C - zmatek, meziskupinové srovnání 71
tabulka 14- Absolutní četnosti faktoru T – úzkost, meziskupinové srovnání 93
tabulka 15 - Absolutní četnosti faktoru D – deprese, meziskupinové srovnání 94
tabulka 16 - Absolutní četnosti faktoru A –hněv, meziskupinové srovnání 95
tabulka 17 - Absolutní četnosti faktoru F- únava, meziskupinové srovnání 96
tabulka 18 - Absolutní četnosti faktoru V – aktivita, meziskupinové srovnání 97
tabulka 19 - Absolutní četnosti faktoru C – zmatek, meziskupinové srovnání 98

graf 1 – Průměrné hodnoty rozdílů faktoru T – úzkost, meziskupinové srovnání 59
graf 2 - Průměrné hodnoty rozdílů faktoru D – deprese, meziskupinové srovnání 60
graf 3 - Průměrné hodnoty rozdílů faktoru A - hněv, meziskupinové srovnání 61
graf 4 - Průměrné hodnoty rozdílů faktoru F - únava, meziskupinové srovnání. 63
graf 5- Průměrné hodnoty rozdílů faktoru V - aktivita, meziskupinové srovnání 64
graf 6 - Průměrné hodnoty rozdílů faktoru C - zmatek, meziskupinové srovnání 65
graf 7 – Hodnoty rozptylů faktoru T - úzkost, meziskupinové srovnání 66
graf 8 – Hodnoty rozptylů faktoru D - deprese, meziskupinové srovnání 67
graf 9 – Hodnoty rozptylů faktoru A - hněv, meziskupinové srovnání 68
graf 10 – Hodnoty rozptylů faktoru F - únava, meziskupinové srovnání 69
graf 11 – Hodnoty rozptylů faktoru V - aktivita, meziskupinové srovnání 70
graf 12 – Hodnoty rozptylů faktoru C - zmatek, meziskupinové srovnání 71
graf 13 - Absolutní četnosti faktoru T – úzkost, meziskupinové srovnání 93
graf 14 - Absolutní četnosti faktoru D – deprese, meziskupinové srovnání 94
graf 15 - Absolutní četnosti faktoru A – hněv, meziskupinové srovnání 95
graf 16 - Absolutní četnosti faktoru F – únava, meziskupinové srovnání 96
graf 17 - Absolutní četnosti faktoru V – aktivita, meziskupinové srovnání.. 97
graf 18 - Absolutní četnosti faktoru C – zmatek, meziskupinové srovnání 98

18 Přílohy:

18.1 Příloha: Cvičební jednotka s kognitivně behaviorální přístupem

A) Úvodní část

a) seznamovací hra: Hra na jména

První účastník (je dobré, když tuto hru zahájí sám vedoucí) spojí se svým křestním jménem své hobby, zkrátka to, co dělá rád. Jeho soused po pravé straně zopakuje křestní jméno a hobby svého souseda a pokračuje svým vlastním křestním jménem a svým hobbym. Hra pak vypadá následovně: „Jmenuji se Alena a ráda pěstuji zeleninu na své zahrádce". Druhý říká: „To je Alena, ráda pěstuje zeleninu na své zahrádce a já jsem Marie a ráda se dívám na televizi". Takto hra pokračuje, až se dojde na posledního. Tuto hru můžeme i různými způsoby obměnit, např. můžeme své hobby vyjadřovat mimicky.

Tato hra slouží jednak k vzájemnému poznání členů skupiny, ale rovněž k navození pozitivní atmosféry tak, aby se nikdo necítil příliš osamocený.

b) zahřívací cvičení

chůze - nejprve na místě, odlepovat paty a poté zvedat vysoko kolena. Postupně chůzi se změnou místa, po špičkách, po patách. (za chůze mohou klienti zpívat písně dle vlastního výběru).

c) Protahovací cvičení, vyrovnávací cvičení:

Stoj, vzpažit – protáhnout trup, předklon s předpažením a protažení trupu, zapažit a také protáhnout trup.

Stoj roznožný, zůstat v předklonu, vzpažit a hmitat v rovném předklonu, upažit a hmitat v upažení.

Stoj roznožný, jedna paže v bok, druhá ve vzpažení, úklony stranou.

Kroužení paží a částí paží.

Stoj roznožný, upažit, napnuté paže hmitají pouze v rozsahu 2cm nahoru a dolů.

Kroužení nohou a částí nohou.

Stoj spojný, ruce v bok, přednožit a hmitat také pouze v rozsahu 2cm.

Kroužení boků.

B) Hlavní část

a) cviky zaměřené na rozvoj pohybových dovedností

obcházení překážek (překážky jsou umělé či přirozené z lidí), překážky jsou rozestavěné a po zvládnutí je měněna cesta

podcházení překážek, po zvládnutí jsou měněny výšky překážek i cesta

přecházení překážek, chůze po překážce, překonávání překážky, přelézání

b) manipulační cvičení s míčky

Cvičení začínáme v kruhu.

předávání míčku z ruky do ruky nejprve každý sám, v úrovni pasu, kolem pasu, kolem hlavy, kolem kolen, kolem kotníků, pod nohou

předávání míčku v celém kruhu na pravé straně, levé straně, nad hlavou, pod nohama, změna směru (míček je vždy jiná věc, např. horká brambora, těžký kámen, pírko…)

odbíjení míčků o zem na místě, nejprve pravou, levou rukou, střídání pravé a levé ruky, oběma rukama (postupně při odbíjení přidáváme na síle)

odbíjení míčků o zem v pohybu po určené cestě, nejprve pravou rukou, levou, střídání pravé a levé, oběma rukama

nadhazování míčku na místě, s tlesknutím, posléze za zády, pod kolenem

Herní cvičení, soutěživé přemisťování míčků. Rozdělení do dvou skupin, každá skupina má 10 míčků, pět žlutých na jedné straně a pět bílých míčků na straně druhé.Jejich úkolem je přejít co nejrychleji každá s jedním míčkem na druhou stranu, vyměnit je a až se dostanou na druhou stranu ostatní hráčky, absolvovat toto cvičení i nazpátek. Cvičení se skládá z obcházení překážek, přelezení překážky, podlezení překážky, přechod překážky, úsek po špičkách ve vzpažení, úsek po patách v hlubokém předklonu, úsek lezní po čtyřech až na druhou stranu. Vyhlášení vítězného družstva, pochválit i družstvo, které prohrálo.

taneční cvičení s míčky, krátké pohybové skladbičky s míčky.

C) Závěrečná část

Posilování

Jacobsonova relaxace viz Příloha 17.3.

Reflexe, buď formou diskuse, nebo formou hry viz Příloha 17.4.

Zhodnocení cvičební jednotky, pochválení všech účastnic.

18.2 Cvičební jednotka s behaviorálním přístupem

A) Úvodní část

1. **cvičení na rozehřátí organismu:**

Chůze, nejprve na místě, po patách, po špičkách.

Chůze v pohybu, po špičkách ve vzpažení, po patách v hlubokým předklonu.

Chůze se změnou směru na tlesknutí, poté na tlesknutí provést výpad, podřep, sed.

2. Protahovací cvičení, vyrovnávací cvičení:

Stoj, vzpažit – protáhnout trup, předklon s předpažením a protažení trupu, zapažit a také protáhnout trup.

Stoj roznožný, zůstat v předklonu, vzpažit a hmitat v rovném předklonu, upažit a hmitat v upažení.

Stoj roznožný, jedna paže v bok, druhá ve vzpažení, úklony stranou.

Kroužení paží a částí paží.

Stoj roznožný, upažit, napnuté paže hmitají pouze v rozsahu 2cm nahoru a dolů.

Kroužení nohou a částí nohou.

Stoj spojný, ruce v bok, přednožit a hmitat také pouze v rozsahu 2cm.

Kroužení boků.

B) Hlavní část

Cviky vedeme po dlouhé dráze pohybu, zaměstnáváme velké svalové skupiny. Procvičujeme břišní, zádové a hýžďové svaly. Cviky jsou spojeny s dýcháním, vydechujeme s aktivní složkou pohybu. Cviky opakujeme 8 – 10x, tepová frekvence by neměla přesáhnout hodnot 130 tepů za minutu.

Vzpor klečmo, prohnout záda, vyhrbit současně s bradou k hrudníku.

Vzpor klečmo, otáčení trupu vpravo i vlevo současně bérci a otočením hlavy s pohledem na paty.

Sed zkřižmo(turecký sed), dlaně na kolena zvnitřku i z venku a tlačit koleny do dlaní.

Sed zkřižmo, upažit, pokrčit lokty, trup rovně, hmitat lokty nahoru a dolů v rozsahu 2cm.

Leh na zádech, pokrčit obě dolní končetiny a stažením břicha a hýždí zvedat pánev nahoru a dolů.

Leh na zádech, pokrčené dolní končetiny přitáhneme k břichu, uchopíme kolena oběma pažemi a protlačujeme kolena do dlaní.

Leh na zádech, uchopíme jedno stehno a přitáhneme k břichu, výdrž a pak vyměnit.

Sed roznožný předpažit a protáhnout trup nejprve mezi dolní končetiny, poté k jedné i druhé noze.

Leh na boku, zvednutý trup, opora o paže, unožit a hmitat nahoru a dolů, totéž druhá noha.

Leh na břiše, nohy roznoženy a rukama provádíme pohyby jakoby jsme plavali kraula.

Stoj, jedna dolní končetina opřena o podložku, druhá noha pevně stojí, uchopit za kotník či za lýtko a přitáhnout trup ke stehnu.

Stoj s oporou, lehká opora o dlaně, dolní končetiny pokrčeny v kolenou, děláme podřepy.

C) Závěrečná část

Vydýchání a závěrečný strečink.

18.3 Nácvik Jacobsonovy progresivní relaxace

Nácvik progresivní relaxace pomáhá rozlišovat mezi napjatými a uvolněnými svaly. Postupně procházíme jednotlivé svalové skupin, které napínáme a uvolňujeme. Napětí by mělo přijít na konci nádechu, uvolnění s výdechem. Nejdřív příslušné svaly napnete a při tom se soustřeďte na pocity napětí a námahy, takto napjatí vydržte asi pět sekund, pak je uvolněte na deset až patnáct sekund. Poté si uvědomte jaký máte pocit ve svalech při uvolnění. Důležité je dodržet správný postup relaxace.

Instrukce pro progresivní relaxaci

- Zatněte obě pěsti tak, abyste cítili napětí v pěsti a předloktí...uvolněte
- Ohněte lokty a zatněte bicepsy, ruce jsou uvolněné...uvolněte
- Natáhněte obě paže a zatněte tricepsy ...uvolněte
- Přitáhněte ramena k uším ...uvolněte
- Nakrčte čelo a zvedněte obočí ...uvolněte
- Sevřete víčka ...uvolněte
- Pevně sevřete rty k sobě ...uvolněte
- Zatlačte jazyk proti patru, rty jsou u sebe, všimněte si napětí v hrdle ...uvolněte
- Zakloňte hlavu, jak nejdál to jde ...uvolněte
- Zatlačte bradu proti hrudi ...uvolněte
- Zvedněte ramena k uším ...uvolněte
- Hluboký nádech, naplňte plíce, zadržte dech, vydechněte a uvolněte
- Přitáhněte k sobě lopatky ...uvolněte
- Zatněte svaly břicha ...uvolněte
- Zatněte hýždě ...uvolněte
- Napněte stehna ...uvolněte
- Zatlačte nohy do podlahy ...uvolněte
- Zvedněte palce na nohách a tlačte vzhůru
- Klidně a pravidelně dýchejte břichem...udělejte sedm nádechů a výdechů a při každém výdechu nechte tělo zvadnout jako hadrového panáka.

18.4 Hry pro reflexi

Povídání

Vedoucí vyzve každého účastníka, aby v krátkém vyprávění popsal, co se mu na předcházející aktivitě líbilo, s čím byl spokojen, jak se cítil. Jakmile se každý vyjádří je možné začít s diskusí.

Jak bylo

Tato hra se odehrává ve třech kolech. Sedí se v kruhu. V prvním kole každý stručně shrne to, co se mu vůbec nelíbilo, nebo co se vůbec nepovedlo. V druhém kole se každý vysloví k tomu, co se podle jeho názoru povedlo a bylo dobré. První dvě kola nejsou diskusní. Ve třetím kole se každý snaží zaujmout své stanovisko k tomu, co bylo řečeno.

Tvořivost

Tato hra vyžaduje více času, je třeba s tím počítat. Skupinky necháme vyjádřit jejich prožitky ve hře, kresbou, nebo složením pár veršů i scénkou.

18.5 Dotazník POMS

POMS A - B

Jméno: ..... datum:.....

Níže najdete seznam slov, která se používají k popisu pocitu lidí. Prosím zakroužkujte u každé odpovědi vpravo číslo, které nejlépe vyjadřuje, co jste pociťovali v průběhu minulého týdne včetně dneška, co pociťujete právě nyní.

0 = vůbec ne
1 = trochu
2 = středně
3 = značně
4 = velmi značně

Napjatý	0	1	2	3	4	rozzlobený	0	1	2	3	4
vzteklý / rozhněvaný	0	1	2	3	4	malomyslný	0	1	2	3	4
Opotřebovaný	0	1	2	3	4	podrážděný	0	1	2	3	4
Nešťastný	0	1	2	3	4	nervózní	0	1	2	3	4
plný života	0	1	2	3	4	mizerně	0	1	2	3	4
Zmatený	0	1	2	3	4	veselý	0	1	2	3	4
Energický	0	1	2	3	4	rozhořčený	0	1	2	3	4
Rozrušený	0	1	2	3	4	vyčerpaný	0	1	2	3	4
naštvaný/otrávený	0	1	2	3	4	utahaný	0	1	2	3	4
Sklíčený	0	1	2	3	4	rozhněvaný	0	1	2	3	4
Rázný	0	1	2	3	4	plný elánu	0	1	2	3	4
bez naděje	0	1	2	3	4	zbytečný	0	1	2	3	4
Nepříjemně	0	1	2	3	4	roztržitý	0	1	2	3	4
Neklidný	0	1	2	3	4	činorodý	0	1	2	3	4
neschopen soustředit se	0	1	2	3	4	nejistý	0	1	2	3	4
Unavený	0	1	2	3	4	přetažený	0	1	2	3	4

18.6 Dotazník záměrného pozorování

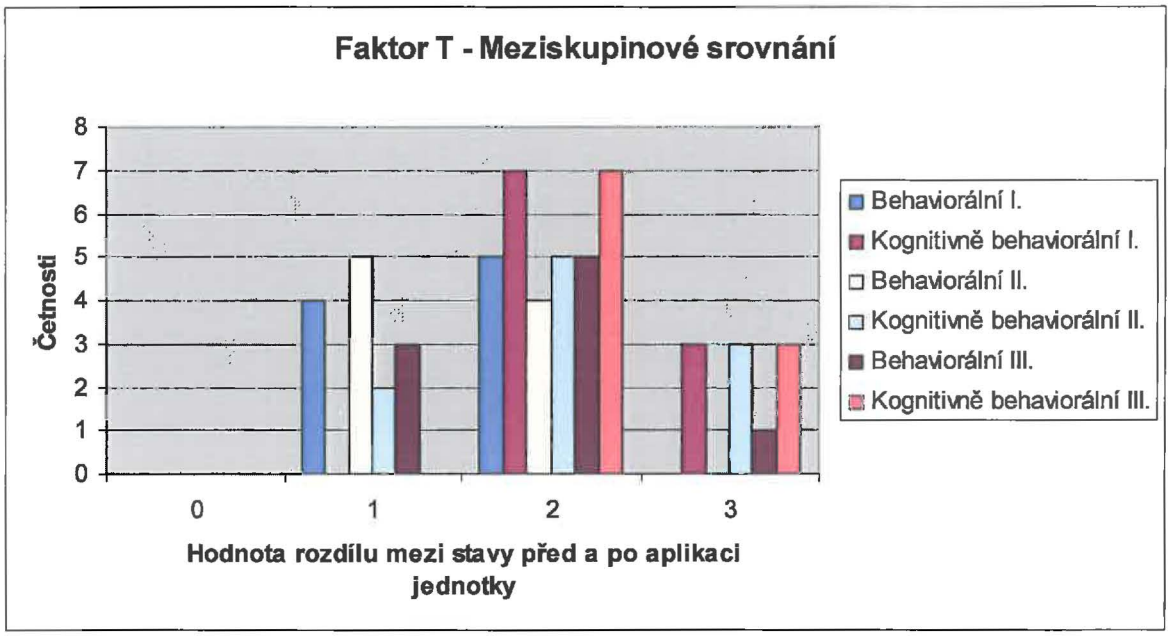
Míra spolupráce v jednotce	Rozhodně ano	Neurčitě	Rozhodně ne
aktivita			
zaujetí			
ochota spolupráce			
Snaha překonávat námahu			
nepohodlí			
Psychologická atmosféra skupiny			
vzájemná podpora			
sociální začleněnost			
sociální izolovanost			
komunikace mezi členy skupiny			
Emocionální oblast pozitivní			
uvolnění			
optimismus			
spokojenost			
komunikace mezi členy skupiny			
Emocionální oblast negativní			
sklíčenost			
napětí			
negativní přístup k jednotce			
Ironie			

18.7 Absolutní četnosti rozdílů

Absolutní četností rozumíme absolutní počet výskytů jednotlivých rozdílů.

Faktor T (úzkost) – meziskupinové srovnání						
Rozdílová hodnota	B I.	KB I.	B II.	KB II.	B III.	KB III.
0	0	0	0	0	0	0
1	4	0	5	2	3	0
2	5	7	4	5	5	7
3	0	3	0	3	1	3

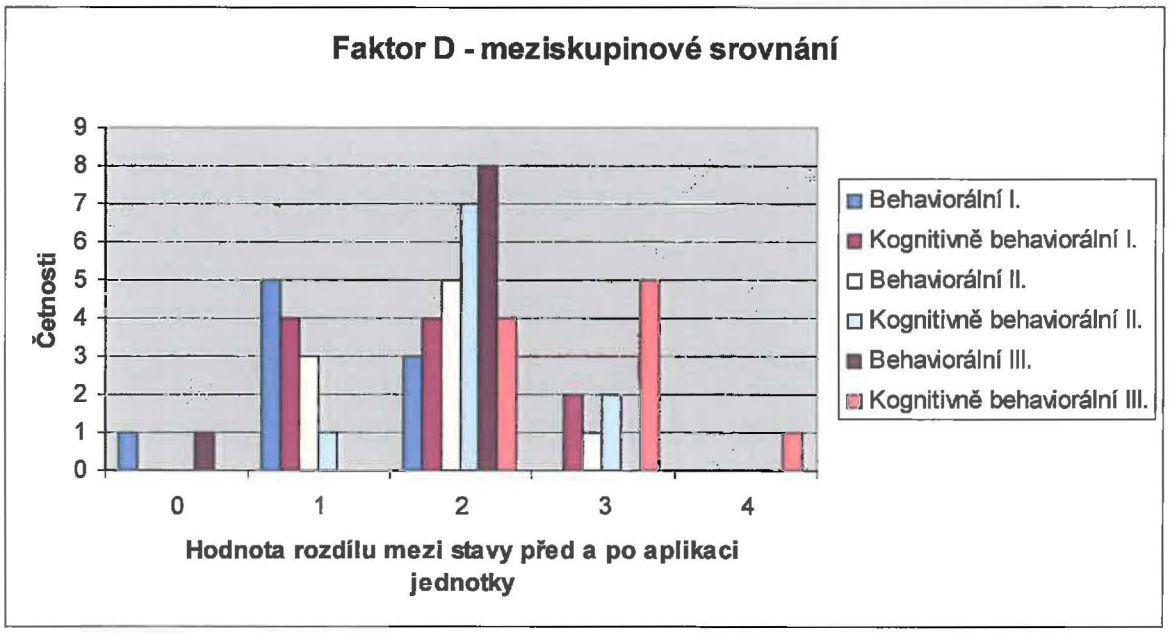
tabulka 14- Absolutní četnosti faktoru T – úzkost, meziskupinové srovnání



graf 13 - Absolutní četnosti faktoru T – úzkost, meziskupinové srovnání

Faktor D (deprese) – meziskupinové srovnání						
Rozdílová hodnota	B I.	KB I.	B II.	KB II.	B III.	KB III.
0	1	0	0	0	1	0
1	5	4	3	1	0	0
2	3	4	5	7	8	4
3	0	2	1	2	0	5
4	0	0	0	0	0	1

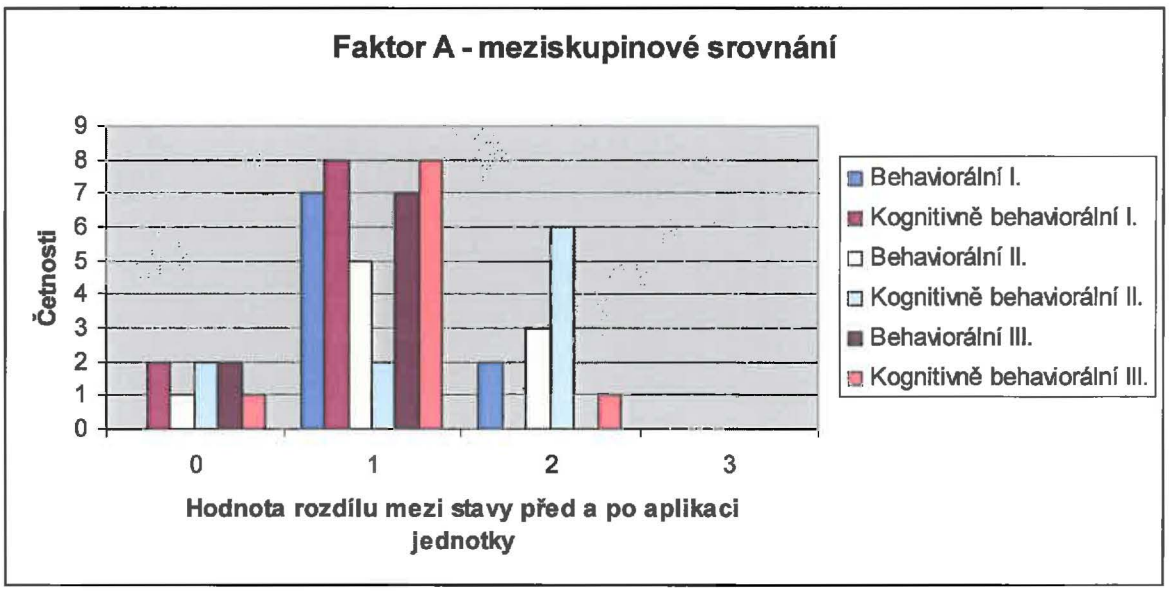
tabulka 15 - Absolutní četnosti faktoru D – deprese, meziskupinové srovnání



graf 14 - Absolutní četnosti faktoru D – deprese, meziskupinové srovnání

Faktor A (hněv) – meziskupinové srovnání						
Rozdílová hodnota	B I.	KB I.	B II.	KB II.	B III.	KB III.
0	0	2	1	2	2	1
1	7	8	5	2	7	8
2	2	0	3	6	0	1
3	0	0	0	0	0	0

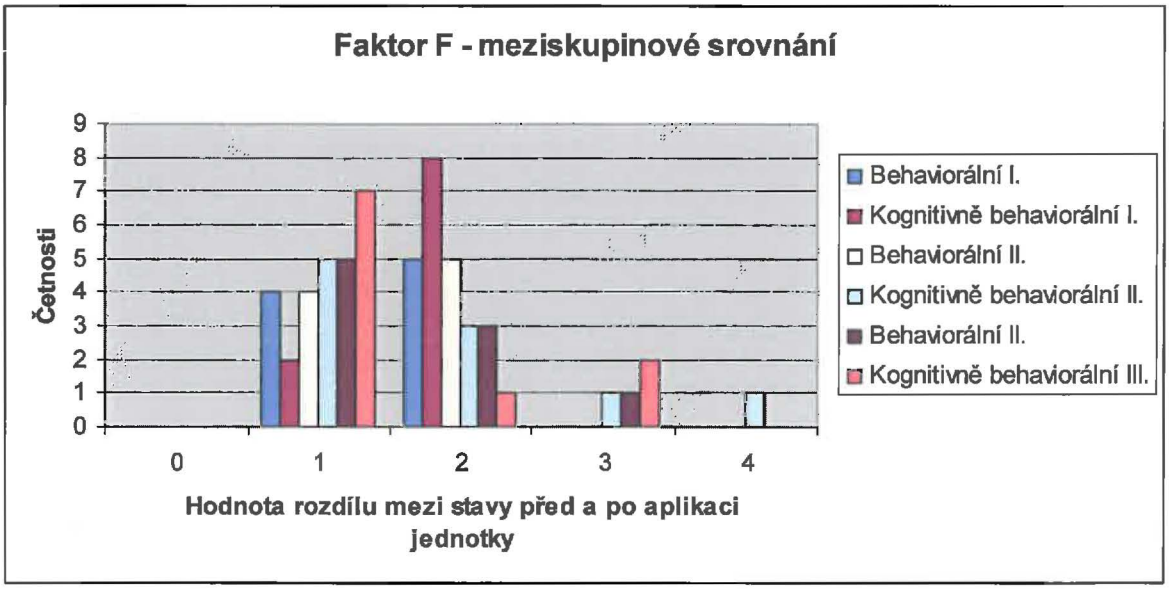
tabulka 16 - Absolutní četnosti faktoru A –hněv, meziskupinové srovnání



graf 15 - Absolutní četnosti faktoru A – hněv, meziskupinové srovnání

Faktor F (únava) – meziskupinové srovnání						
Rozdílová hodnota	B I.	KB I.	B II.	KB II.	B III.	KB III.
0	0	0	0	0	0	0
1	4	2	4	5	5	7
2	5	8	5	3	3	1
3	0	0	0	1	1	2
4	0	0	0	1	0	0

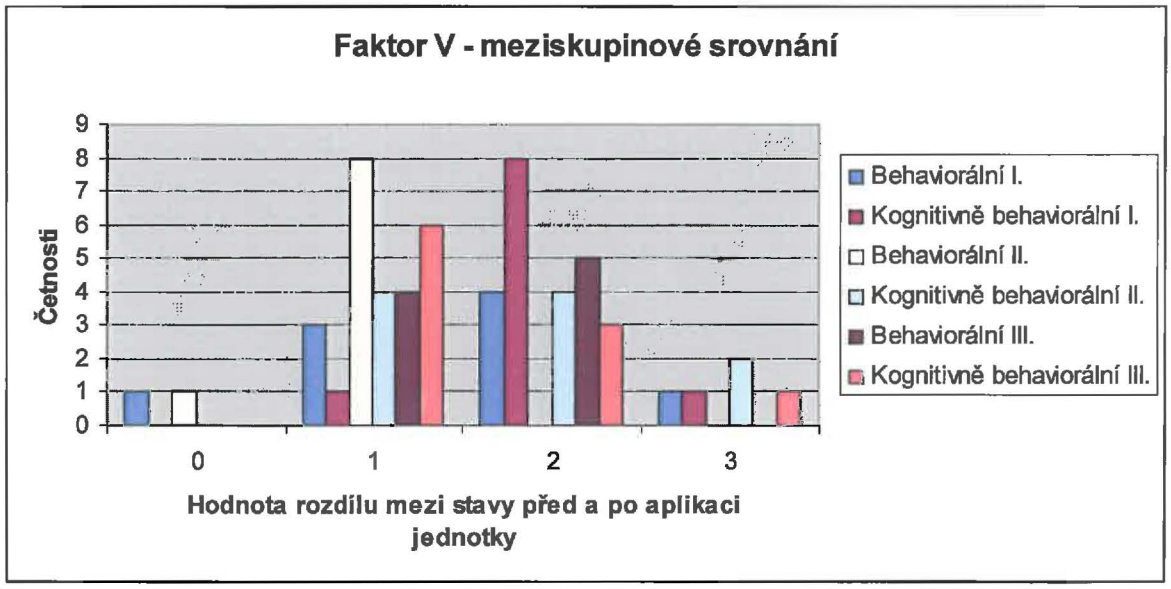
tabulka 17 - Absolutní četnosti faktoru F- únava, meziskupinové srovnání



graf 16 - Absolutní četnosti faktoru F – únava, meziskupinové srovnání

Faktor V (aktivita) – meziskupinové srovnání						
Rozdílová hodnota	B I.	KB I.	B II.	KB II.	B III.	KB III.
0	1	0	1	0	0	0
1	3	1	8	4	4	6
2	4	8	0	4	5	3
3	1	1	0	2	0	1

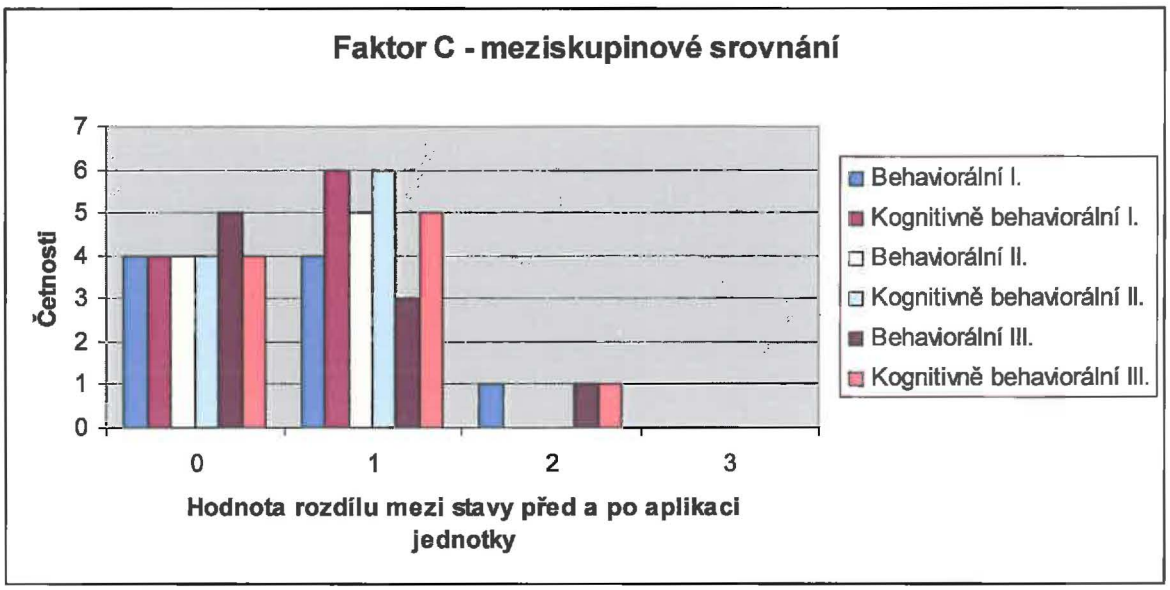
tabulka 18 - Absolutní četnosti faktoru V – aktivita, meziskupinové srovnání



graf 17 - Absolutní četnosti faktoru V – aktivita, meziskupinové srovnání

Faktor C (zmatek) – meziskupinové srovnání						
Rozdílová hodnota	B I.	KB I.	B II.	KB II.	B III.	KB III.
0	4	4	4	4	5	4
1	4	6	5	6	3	5
2	1	0	0	0	1	1
3	0	0	0	0	0	0

tabulka 19 - Absolutní četnosti faktoru C – zmatek, meziskupinové srovnání



graf 18 - Absolutní četnosti faktoru C – zmatek, meziskupinové srovnání