

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

Navazující magisterské studium
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Sebepojetí u žen před plastickou estetickou operací

2005/2006

Lucie Karalová

Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová

Poděkování:

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Heleně Chloubové za pomoc a veškerý čas, který mi věnovala při konzultacích. Děkuji jí rovněž za poskytování cenných rad, informací a materiálních podkladů k práci. Za její ochotu a porozumění.

Mé poděkování patří i všem klientkám, které byly ochotny vyplnit dotazník, a taktéž sestřám a lékařům, jež mne podpořili a umožnili pracovat na našem oddělení kliniky plastické chirurgie nadstandard ve FNKV v Praze.

Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová

Oponent: MUDr. E. LEAMEROVA

Obhajoba diplomové práce dne: 13. 6. 2006

Hodnocení: Práce byla obhájena.

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci pouze těch pramenů, které jsem uvedla v pramenech a literatuře.

V Praze dne 11. 4. 2006

.....


Obsah

| | |
|---|-----------|
| Obsah | 5 |
| Abstrakt | 8 |
| Úvod | 10 |
| Teoretická část | 12 |
| 1. Úvod do potřeb člověka | 13 |
| 1. 1 Hierarchicky organizovaný systém potřeb podle A. H. Maslowa | 14 |
| 1. 2 Hierarchicky organizovaný přístup podle PhDr. H. Chloubové | 16 |
| 2. Sebepojetí | 18 |
| 2. 1 Vymezení sebepojetí | 18 |
| 2. 2 Složky sebepojetí | 20 |
| 2. 2. 1 Kognitivní aspekt „Já“ | 21 |
| 2. 2. 1. 1 Obsah sebepojetí osobnosti | 22 |
| 2. 2. 1. 2 Struktura sebepojetí osobnosti | 22 |
| 2. 2. 1. 3 Dynamika sebepojetí | 23 |
| 2. 2. 2 Emoční aspekt „Já“ | 24 |
| 2. 3 Vývojová stadia propria dle G. W. Allporta | 24 |
| 2. 4 Vznik a vývoj sebepojetí | 26 |
| 2. 5 Poruchy sebepojetí | 28 |
| 2. 6 Projevy poruch sebepojetí | 30 |
| 2. 7 Rozlišení pojmů sebepojetí a sebehodnocení, sebeúcta | 31 |
| 2. 7. 1 Aspekty sebehodnocení | 32 |
| 2. 7. 2 Zdroje sebehodnocení | 32 |
| 2. 7. 3 Individuální rozdíly v aspektech sebepojetí | 33 |
| 3. Faktory ovlivňující sebepojetí | 34 |
| 3. 1 Biologicko – fyziologické vlivy | 34 |
| 3. 2 Psychické – hodnotové vlivy | 35 |
| 3. 3 Sociální vlivy | 37 |
| 3. 4 Kulturní a náboženské vlivy | 40 |
| 3. 5 Vlivy masmédií a reklamy | 42 |
| 3. 6 Vlivy prostředí | 44 |
| 3. 7 Kritické fáze života, jež mohou rovněž ovlivnit sebepojetí žen | 45 |
| 4. Estetika a krása | 49 |
| 4. 1 Vymezení pojmu estetika | 49 |
| 4. 2 Pojem krása | 49 |
| 4. 3 Ideál ženské krásy | 50 |

| | |
|--|-----------|
| 4. 3. 1 Ideál ženské krásy v proměnách času | 50 |
| 4. 3. 2 Ideál ženské krásy současnosti – můj názor | 52 |
| 5. Psychoterapie jako jeden z možných způsobů řešení nespokojenosti se sebou samým | 55 |
| 5. 1 Úvod do psychoterapie | 55 |
| 5. 2 Jednotlivé psychoterapeutické směry - ke změně sebepojetí | 58 |
| 5. 3 Význam psychoterapie – můj názor | 59 |
| 6. Estetická chirurgie a nejčastější operace – další možný způsob jak vyřešit nespokojenost se sebou a se svým vzhledem | 61 |
| 6. 1 Úvod do estetické chirurgie | 61 |
| 6. 2 Korekce odstálých boltečů – otoplastika | 62 |
| 6. 3 Operace nosu – rinoplastika | 62 |
| 6. 4 Rozšíření úzkého rtu | 63 |
| 6. 5 Plastika obličeje – facelift | 63 |
| 6. 6 Operace očních víček - blefaroplastika | 64 |
| 6. 7 Operace čela – forehead lift, brow lift | 65 |
| 6. 8 Mamoplastika | 65 |
| 6. 8. 1 Augmentační mamoplastika | 66 |
| 6. 8. 2 Mastopexie | 67 |
| 6. 8. 3 Redukční mamoplastika | 67 |
| 6. 9 Plastika břišní stěny - abdominoplastika | 68 |
| 6. 10 Odsávání tuku – liposukce | 69 |
| 6. 11 Operace stehen a paží | 69 |
| 7. Shrnutí a výstupy teoretické části | 70 |
| Empirická část | 71 |
| 8. Empirický výzkum | 72 |
| 8.1 Cíle, úkoly a hypotézy výzkumu | 72 |
| 8. 1. 1 Cíle empirického výzkumu | 72 |
| 8. 1. 2 Hypotézy | 73 |
| 8. 2 Metoda výzkumu | 74 |
| 8. 2. 1 Dotazník | 74 |
| 8. 2. 2 Předvýzkum | 75 |
| 8. 2. 3 Zpracování získaných informací z dotazníkového šetření | 75 |
| 8. 2. 4 Charakteristika výzkumného vzorku | 76 |
| 8. 2. 5 Organizace výzkumu – lokace sběr dat | 78 |
| 8. 2. 6 Časový harmonogram výzkumu | 79 |
| Časový plán práce: | 79 |
| 9. Výsledky výzkumu a jejich interpretace | 80 |
| 9. 1 Získané výsledky k hypotéze č. 1 | 80 |

| | |
|--|------------|
| Otázka č. 7 | 80 |
| Otázka č. 8 | 83 |
| Otázka č. 11 | 85 |
| Otázka č. 12 | 87 |
| 9. 2 Získané výsledky k hypotéze č. 2 | 91 |
| Otázka č. 1 | 91 |
| Otázka č. 6 | 92 |
| 9. 3 Získané výsledky k hypotéze č. 3 | 95 |
| Otázka č. 3 | 95 |
| Otázka č. 5 | 95 |
| Otázka č. 15 | 96 |
| 9. 4 Získané výsledky k hypotéze č. 4 | 100 |
| Otázka č. 13 | 100 |
| 9. 5 Získané výsledky k hypotéze č. 5 | 102 |
| Otázka č. 9 | 102 |
| Otázka č. 10 | 103 |
| Otázka č. 14 | 105 |
| 9. 6 Získané výsledky k hypotéze č. 6 | 108 |
| Otázka č. 16 | 108 |
| Otázka č. 17 | 109 |
| Otázka č. 18 | 110 |
| Otázka č. 19 | 112 |
| 9. 7 Získané výsledky k hypotéze č. 7 | 114 |
| Otázka č. 20 | 114 |
| Otázka č. 21 | 115 |
| Otázka č. 22 | 117 |
| Otázka č. 23 | 119 |
| Otázka č. 24 | 120 |
| Otázka č. 25 | 122 |
| Otázka č. 26 | 124 |
| 10. Diskuse | 133 |
| 11. Závěr | 142 |
| 12. Seznam pramenů a literatury | 143 |
| Seznam tabulek | 147 |
| Seznam grafů | 149 |
| Přílohy č. 1 – 4 | |

Abstrakt

1. *Název práce:* *Sebepojetí u žen před plastickou estetickou operací*
2. *Příjmení a jméno:* Karalová Lucie
3. *Katedra:* Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
4. *Obor:* Učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy
5. *Vedoucí práce:* PhDr. Helena Chloubová
6. *Počet stran:* 150
7. *Počet příloh:* 4
8. *Rok obhajoby:* 2006
9. *Klíčová slova:* vyšší psychosociální potřeby, sebepojetí, krása, psychoterapie, estetická chirurgie

10. *Resumé:*

Předložená diplomová práce se věnuje problematice vyšších psychosociálních potřeb a konkrétně je zaměřena na potřebu sebepojetí. Cílem diplomové práce bylo pokusit se zjistit, proč ženy podstupují plastické estetické operace, z jakých pohnutek, co je k tomu vede, nejvíce ovlivňuje a snažit se zachytit jejich charakteristiku.

Práce obsahuje dvě části, teoretickou a empirickou.

V teoretické části jsem se pokusila obecně charakterizovat základní aspekty potřeb u člověka, specifikovat problematiku vyšších psychosociálních potřeb, hlavně sebepojetí. Dále jsem se zabývala pojmy estetika, krása a ideál ženské krásy. Zohlednila jsem psychoterapeutické přístupy, jako jeden z možných způsobů řešení nespokojenosti se sebou samým a jako další možný způsob – estetickou chirurgii.

Pro empirickou část byla zvolena výzkumná metoda dotazníku, zaměřená na soubor 66 respondentek, které byly hospitalizovány na klinice plastické chirurgie ve FNKV v Praze a v soukromém sanatoriu plastické chirurgie v Kolíně. Výzkumný vzorek respondentek byl vybrán s ohledem na získání co možná nejširšího pohledu na celou problematiku daného tématu.

Cílem výzkumu bylo potvrdit nebo vyvrátit stanovené hypotézy. I když nelze na základě tak malého vzorku respondentek závěry zevšeobecňovat, dospěla jsem k následujícím výsledkům: ženy nebyly spokojeny se svou vizáží,

trpěly pocity méněcennosti, i když podle jejich slov, jim tělesný nedostatek nebránil v navazování partnerských vztahů, přesto se rozhodly pro změnu prostřednictvím estetické chirurgie. Vesměs se jedná o ženy, pro které je důležité vypadat dobře, vykonávají prestižní povolání a očekávají, že po operaci budou sebevědomější, úspěšnější, že se jim změní život.

11. Cizojazyčné resumé:

The submitted diploma thesis deals with the issue of higher psychosocial needs and particularly focuses on the need of self-conception. The aim of the thesis is to try to find out, why women undergo plastic aesthetic operations, what their motives are, what they are led by, mostly influence and attempt describe their character.

The thesis is divided into two parts, theoretical and practical.

In the theoretical part, basic aspects of human needs are generally characterized and the issue of higher psychosocial needs with respect of self-conception is specified. Next, the terms of aesthetics, beauty and the ideal of womanly beauty are dealt with. Psychotherapeutic approaches, as one of the potential ways how to solve one's dissatisfaction with oneself and, another potential way, aesthetic surgery were taken into account.

For the practical part, the research method of a survey/questionnaire was chosen. It comprises 66 interviewees staying in hospital at plastic surgery clinic at FNKV in Prague and the private plastic surgery sanatorium in Kolin. The researched sample of respondents was chosen in terms of receiving as wide view of the whole issue as possible.

The aim of the research was to validate or invalidate the set hypothesis. Although the conclusions cannot be generalized on basis of such a small sample of respondents, I came to the following findings. The women were not satisfied with their looks, they suffered from feelings of inferiority even though, in their own words, the physical drawback did not stop them from establishing partner relationships. However, they decided in favour of the change through aesthetic surgery. Generally, it is the women for whom being good-looking is important, they are in a prestigious job and await being more self-confident, successful and a change in their lives after the operation.

Úvod

V rámci této diplomové práce *Sebepojetí u žen před plastickou estetickou operací*, se budu zabývat problematikou sebepojetí, jakožto jednou z vyšších psychosociálních potřeb.

Do poslední chvíle jsem se rozmyšlela jaké téma zvolit, a mé rozhodnutí podpořil fakt, že již od roku 1997 pracuji na klinice plastické chirurgie ve FNKV v Praze a rozhodla jsem se tedy studii věnovat právě sebepojetí žen, které naši kliniku navštěvují.

Cílem diplomové práce bylo pokusit se zjistit, proč ženy podstupují plastické estetické operace, z jakých pohnutek, co je k tomu vede, nejvíce ovlivňuje a snažit se zachytit jejich charakteristiku.

Co se týká potřeb, vycházím z teoretického přístupu humanistického psychologa *Maslowa*, který ve čtyřicátých letech specifikoval teorii lidských potřeb. Sestavil ji do hierarchického pořadí, kde jsou lidské potřeby řazeny od „nižších“ (fyziologických), až po potřeby „vyšší“ (psychosociální). Podle Maslowa je nezbytné uspokojit nejdříve potřeby „nižší“, dříve nežli přistoupíme k zabezpečení potřeb následující úrovně, tedy „vyšších“. Dále se opírám o hierarchicky organizovaný přístup *Chloubové*, který je oproti Maslowovu pojetí složitější (strukturovaný), je určený pro zdravotníky. Ten vychází z myšlenky, že každý člověk si během svého života staví vlastní „Dům životních potřeb“ a aplikuje na něm svoji teorii lidských potřeb.

Diplomová práce má teoretickou a empirickou část.

V *teoretické části* diplomové práce jsem se pokusila charakterizovat základní aspekty potřeb u člověka a specifikovat problematiku *vyšších psychosociálních potřeb*, kdy jsem se zaměřila především na potřebu *sebepojetí*. Dále jsem se zabývala pojmy estetika, krása a ideál ženské krásy. Zohlednila jsem psychoterapeutické přístupy, jako jeden z možných způsobů řešení nespokojenosti se sebou samým a jako další možný způsob – estetickou chirurgií. Závěrem jsem připojila shrnutí a výstupy teoretické části pro sestavení dotazníku a vlastní empirický výzkum.

Empirická část diplomové práce byla zaměřena na získání informací a potvrzení či vyvrácení mých hypotéz.

Pro výzkumnou metodu byl zvolen dotazník, vytvořený na základě znalostí získaných z teoretické části a také díky konzultacím s vedoucí mé diplomové práce PhDr. Helenou Chloubovou. Byl stanoven jeden základní cíl a k němu sedm hypotéz, které měly vytvořit podklady pro samotný výzkum.¹ Vlastní výzkum jsem realizovala na klinice plastické chirurgie nadstandard ve FNKV v Praze po domluvě s přednostou kliniky Doc. MUDr. M. Tvrdkem a v soukromém sanatoriu plastické chirurgie v Kolíně.

Náročná práce týkající se této diplomové studie byla pro mne velkou životní zkušeností. Vedla mne k hlubšímu zamyšlení se nad problematikou sebepojetí, a umožnila mi tak alespoň lehce proniknout do myšlení a způsobu života žen podstupujících plastické estetické operace.

¹ Viz. 8. 1 Cíle, úkoly a hypotézy výzkumu s. 72

TEORETICKÁ ČÁST

„Nesprávné fungování psyché může dalekosáhle poškodit tělo, stejně jako může naopak tělesné utrpení postihnout duši, neboť duše a tělo nejsou nic odděleného, je to spíše jeden a tentýž život.“²

(Carl Gustav Jung)

1. Úvod do potřeb člověka

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka.

Každý člověk je individualita, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby.

Uspokojování potřeb realizujeme prostřednictvím ošetrovatelského procesu, kdy se zabýváme člověkem jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociální.³

Potřeby člověka chápeme jako stav organismu charakterizovaný napětím a dynamickou silou, vzniklou z nedostatku či přebytku a směřující znovu k obnovení homeostázy – životní rovnováhy – pohody.⁴

Život člověka můžeme charakterizovat neustálým uspokojováním různých potřeb, kterým lidé nepřikládají stejnou váhu. Některé potřeby chápou jako nutnost a dokud tyto potřeby fungují, příliš se jimi nezabývají – např. spát, jíst, vyprazdňovat se atd. Jiné potřeby se stávají jejich přáními a tužbami, např. zdraví, spokojenost, úspěch, láska. Život je stálým soukolím různých potřeb. Jedny potřeby v danou chvíli vznikají, další jsou částečně či zcela uspokojeny, jiné jsou odsouvány či vůbec neuspokojeny. Potřeby jsou ve vzájemné interakci a vzájemně se ovlivňují. Proces jejich uspokojování probíhá cyklicky a dočasně. Na začátku tohoto procesu uspokojování potřeb je objektivní nedostatek nebo přebytek.⁵ Člověk si tuto objektivní stránku potřeby uvědomí, dojde k individuálnímu

² Jung, C. G. *Člověk a duše*. Praha: Academia, 1995, s. 19, ISBN 80-200-0543-9

³ Trachtová, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDV PZ, 1999, s. 9, ISBN 80-7013-285-X

⁴ Kolektiv autorů (Chloubová, H., Mellanová, A., Nerudová, I., Neuwirth, J., Pavlíková, P., Staňková, M.), *Základy ošetrování nemocných*. Praha: UK, Karolinum, 2005, s. 13, ISBN 80-246-0845-6

⁵ Chloubová, H. *Uspokojování potřeb ve stáří v současném pojetí ošetrovatelské péče*. Sestra, V., 1995, č. 2, s. 18-19

zobrazení, zpracování a vyvolání základního nelibého pocitu (žízně, hladu, bolesti atd.). Zároveň dochází k racionálnímu a emocionálnímu zpracování, jednak podle daných objektivních podmínek a prostředků, ale i podle subjektivních podmínek (schopnosti, vlastnosti člověka a další). Dále člověk zpracovává potřebu, dává jí hodnotový a emocionální vztah. Výsledkem těchto dvou a dalších faktorů je motivace – různě velké aktivity, která vede člověka k uspokojení potřeby. Jeden a tentýž člověk může proto odlišně prožívat, hodnotit a uspokojovat stejnou potřebu v různém čase, prostředí, situaci, podmínkách atd.⁶

Jeden z představitelů humanistické psychologie *Abraham H. Maslow* předpokládal, že existuje hierarchické uspořádání potřeb. Ve 40. letech 20. stol. vytvořil svůj vlastní model potřeb, který zahrnuje dvě základní úrovně potřeb: fyziologické a psycho-sociální.

Z Maslowova pojetí vychází i *H. Chloubová*. O teorii těchto dvou autorů se chci zmínit podrobněji.

1. 1 Hierarchicky organizovaný systém potřeb podle A. H. Maslowa

Podle *Maslowa* (1908 – 1970) má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou ještě silnější.

Lidské potřeby jsou organizovány v hierarchickém systému podle své naléhavosti. Teprve je-li nižší potřeba uspokojena, může dominovat potřeba vyšší a determinovat chování jednotlivce.⁷

1. Fyziologické potřeby. To jsou základní potřeby, přítomné v každé lidské bytosti od počátku života – potřeba kyslíku, výživy, určitých nerostných látek atd. Jsou-li tyto potřeby frustrovány, působí mocným tlakem na všechny osobnostní funkce.⁸ Je-li člověk hladový, „všechny schopnosti jsou ve službách uspokojení hladu a uspořádání těchto schopností je téměř

⁶ Chloubová, H. *Uspokojování potřeb ve stáří v současném pojetí ošetrovatelské péče*. Sestra, V., 1995, č. 2, s. 18-19

⁷ Trachtová, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDV PZ, 1999, s. 13-14, ISBN 80-7013-285-X

⁸ Drapela, V., J. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál, 1995, s. 139-140, ISBN 80-7178-134-7

zcela determinováno tímto jediným účelem“. Tenze musí být odstraněna a homeostáza obnovena.

2. Potřeby bezpečí. Každý jedinec vyžaduje bezpečí a svobodu od strachu, úzkosti a zmatku. K bezpečí také patří struktura, řád, stanovení mezí a ochrana před poraněním. Ačkoli jsou tyto potřeby důležité po celý život člověka, zvláště silně se projevují v ranném věku a v dětství.

3. Potřeby náležitosti a lásky. Jakmile jsou uspokojeny nižší potřeby, touží jedinec po lásce a citovém vztahu a chce někam patřit. Být osamělý, cítit se vylučován, nebo nemít nikde kořeny je bolestným zážitkem. Podle **Maslowa** cítí lidé, kteří žijí ve vysoce mobilní společnosti, velkou potřebu začlenění do skupin.

4. Potřeby úcty. Kromě některých patologických případů mají tyto potřeby všichni lidé. **Maslow** tyto potřeby dále dělí na potřeby související s vlastní zdatností a vědomím zvládnání životních nároků (**sebeúcta**) a s pověstí, prestiží a uznáním (**úcta druhých**).

5. Potřeba sebeaktualizace. V tomto bodě postupuje jedinec výše na B – úroveň – touží stát se vším, čím se stát může. Maslow zdůrazňuje: „Čím člověk může být, tím také musí být. Musí být věrný své přirozenosti...Na této úrovni jsou rozdíly mezi jednotlivci největší“.⁹

K těmto vyšším potřebám řadí **Maslow** tzv. metapotřeby, nebo také potřeby růstu, které vyjasňují různé specifické tendence seberealizující se osoby. Patří sem potřeby poznání a porozumění, jednoty, rovnováhy a harmonie, spontaneity, individuality, hravosti, autonomie, smysluplnosti, ale i další. Tyto metapotřeby jsou ve srovnání se základními potřebami méně naléhavé, ale jejich vystoupení a uspokojování „posiluje vývoj k pravé lidskosti, k vyššímu štěstí a radosti“ (Maslow, 1960).¹⁰

⁹ Drapela, V., J. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál, 1995, s. 139-140, ISBN 80-7178-134-7

¹⁰ Trachtová, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: IDV PZ, 1999, s. 14, ISBN 80-7013-285-X

1. 2 Hierarchicky organizovaný přístup podle PhDr. H. Chloubové

Chloubová aplikuje problematiku teorií lidských potřeb v ošetrovatelství na „*Domu životních potřeb*“ (viz příloha č. 1). Ve své teorii vychází z A. H. Maslowa.

Hierarchické uspořádání *Chloubové* vychází z myšlenky, že každý člověk si během svého života staví svůj „*Dům životních potřeb*“. Aby takový „*Dům životních potřeb*“ mohl dobře stát, musí mít „pevné základy“, které tvoří:

- **Tělesné potřeby (fyziologické, biologické), které tvoří přízemí domu:**
- jsou dané tělesnými funkcemi organismu, bez nichž člověk funguje s velkými obtížemi, neboť jeho existence je přímo ohrožena.
- zdraví lidé jim nevěnují pozornost, nepřipisují jim velký význam a považují je za samozřejmost. Uvědomují si, že tělesné zdraví není cílem, ale prostředkem a cestou k vyšším životním hodnotám.
- v nemoci, traumatu, či vysokém věku jsou jedna, či více potřeb porušeny. Čím více tělesných potřeb není saturováno, tím je zdravotní stav nemocného ohrožen.
- zdravotní sestry věnují těmto potřebám poměrně velkou pozornost. Tyto potřeby jsou snadněji uchopitelné, a tím lépe poznatelné. Metody léčby, vyšetřování a péče jsou daleko více známé a nemocný o nich zpravidla mluví snadněji.¹¹

Jiné potřeby, nazvané jako psychosociální, mají pro člověka velkou hodnotu (např. zdraví, spokojenost, láska, úspěch aj.). Proto je rovněž můžeme nazvat životními hodnotami, přáními, či přímo životními cíli. Mají daleko silnější dynamiku: zaměření pozornosti, aktivit, emocí, pevných postojů čili motivů chování člověka.¹²

¹¹ Chloubová, H. Psychosociální potřeby nemocných. in: *Základní potřeby člověka: Osobní rádce zdravotní sestry*, Praha, 2004, č. 1, 4/15.2.2, s. 2-3, ISSN 1214-0074

¹² Chloubová, H. Člověk ve zdraví a nemoci. in: *Základní potřeby člověka: Osobní rádce zdravotní sestry*, Praha, 2003, č. 4, 4/15.2.1, s. 3, ISSN 1214-0074

Chloubová popisuje psychosociální potřeby jako mnohem složitější, protože:

- vznikají adaptací člověka na prostředí a jeho socializací.
- jsou velmi individuální, jelikož jsou závislé nejen na individuálních osobnostních, genetických či rasových předpokladech, ale také na prostředí do kterého člověk proniká.
- rovněž jsou závislé i na sociálním prostředí a okolnostech, které umožňují socializaci člověka (výchova, vzdělání, kultura, náboženství atd.).¹³

➤ **Psychosociální potřeby:**

- *základní potřeby existenciální* (potřeby umožňující orientaci a adaptaci v novém prostředí. Pro nemocné mají tyto potřeby zcela základní význam, protože souvisí s jeho existencí – s možností se co nejdříve orientovat ve své nemoci, v nemocničním prostředí a zdravotnicích).¹⁴

➤ **Vyšší psychosociální potřeby:**

- *vztahové – afilační, sociální, lásky a sounáležitosti* (jsou to potřeby, které se stávají důležité v okamžiku, jakmile jsou uspokojeny potřeby tělesné a existenciální. Člověk touží po citovém vztahu, po lásce, chce někam patřit, mít někde kořeny, někomu pomáhat, aby někdo pomáhal jemu).
- *self („Já“) potřeby – sebepojetí a sebeúcty* (tyto potřeby zahrnují všechny myšlenky, vjemy, hodnoty, které charakterizují „Já“, zahrnují vědomí – Kdo a co jsem a co dokáži. Toto vnímané „Já“ pak ovlivňuje, jak se člověk chová a jak vnímá svět).
- *potřeby seberealizace – sebeaktualizace* (sem zařazuje potřeby tvůrčí, duchovní, kulturní, pracovní, estetické atd.).¹⁵

Hierarchické rozdělení **Chloubové** je velmi přehledným, přesným a jasně pojatým systémem nejen u lidí zdravých, ale hlavně nemocných. Především sestry a studenti zdravotnických oborů tak mají možnost díky „*Domu životních potřeb*“ pochopit význam a důležitost potřeb v celém lidském životě.

¹³ Chloubová, H. Psychosociální potřeby nemocných. in: Základní potřeby člověka: *Osobní rádce zdravotní sestry*, Praha, 2004, č. 1, 4/15.2.2, s. 3-4, ISSN 1214-0074

¹⁴ Tamtéž s. 4-5

¹⁵ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných – vztahové potřeby. in: Základní potřeby člověka: *Osobní rádce zdravotní sestry*, Praha, 2004, č. 5, 4/15.2.3, s. 1-2, ISSN 1214-0074

2. Sebepojetí

2.1 Vymezení sebepojetí

Osobnost člověka je celek lidských psychických a fyzických vlastností, jenž má svoji osobitost, tvořící určitý typ. Zároveň se v každém případě jedná o celek jedinečný a neopakovatelný.

Důležitým pojmem psychologie osobnosti je pojem „Já“, neboť tvoří centrum, jádro, osu naší osobnosti.

Právě uvědomění si tohoto tzv. „Já“ je součástí sebepojetí.¹⁶

Vlastní „Já“ je velice důležité v sociální interakci každého člověka. Co si o sobě myslíme, jak na sebe pohlížíme, jak k sobě promlouváme vnitřní řečí, jak si sebe sama ceníme, se odráží nejen v komunikaci s ostatními lidmi, ale výrazně se promítá i do našeho chování a vztahů, které s okolím navazujeme.

Sebepojetí je naše představa o tom, kdo jsme. Je to vnímání sama sebe, našich silných a slabých stránek, našich schopností. Představu o sobě odvozujeme také z představ, které o nás mají druzí, ze srovnání sebe s druhými, z hodnocení vlastních myšlenek a chování. Informace o sobě tedy získáváme velmi podobným způsobem jako informace o druhých.

Existují čtyři zdroje pohledu na sama sebe, které nás během celého života významně ovlivňují:

- **Pohled druhých** (jak mě vidí osoby pro mne významné)
- **Sociální komparace** (jaký jsem ve srovnání se sobě rovnými)
- **Interpretace a hodnocení vlastní osoby** (jak hodnotím své vlastní názory a chování)
- **Kulturní vlivy** (jak se řídím učením kultury, ke které patřím)¹⁷

Sebepojetí úzce souvisí s budováním vlastní identity (kdo jsem), což je hlavním úkolem vývoje v adolescenci. **Erikson** nazval tento aktivní proces sebeurčení krizí identity – je to období experimentování s rolemi, v ideálním

¹⁶ Vymětal, J. *Základy lékařské psychologie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994, s. 18, ISBN 80-901601-3-1

¹⁷ Autor neuveden, *Sebepojetí*, (cit. 2005 – 11 – 22), dostupný z: <http://www.kanata.ic.cz/Sebepojeti.doc>

případě by měla být do 20 – 25 let vyřešena. Získání identity znamená určení si sexuální preference a chování, světový názor a profesionální zaměření. Pokud tento proces není úspěšný, tzn., že jedinec nemá pocit vlastní konzistence, jedná se o tzv. konfuzi identity.

Descartes, Lock, Hume - „Já“ je základní součástí vědomí.

James - důležitou složkou sebepojetí je sociální srovnávání s významnými osobami (significant others) – referenční skupina (nesrovnáváme se s každým, ale s tím, kdo nám je podobný, nebo s tím, ve kterém vidíme zosobnění svých cílů).

Cooley - sebepojetí je zrcadlové „Já“ – to co si o mne myslí jiní. V neznámé situaci je mínění druhých hlavním vodítkem.

Goffman - „Já“ je sérií rolí, které umožňují člověku interakci s druhými. Sebeobjekt je kostka s mnoha stěnami, a která je zrovna nahoře se hodí pro epizodu, kterou právě prožívá.¹⁸

Chloubová - do sebepojetí čili self zahrnuje: „všechny myšlenky, vjemy, hodnoty, které charakterizují „Já“, zahrnují vědomí - Kdo a co jsem a co dokážu? Toto vnímané „Já“ pak ovlivňuje, jak se člověk chová a jak vnímá svět. Každá zkušenost je pak hodnocena ve vztahu k sebepojetí. Jedinec se poté chová v souladu se svým sebeobrazem, chce mít úspěch, dosáhnout uznání druhých, neudělat ostudu, být dobrý a první, pochopit sebe i postavení sebe ve společnosti a světě, chce si zachovat autonomii - svobodu, důstojnost, uchovat si intimitu, mít svou vlastní identitu -jedinečnost.“¹⁹

Rogers - ve své teorii charakterizoval sebepojetí – self ve dvou rovinách:

Reálné „Já“ – je to, jak sebe sám člověk vnímá a hodnotí, tedy to, co považuje u sebe za přítomné a v tomto významu reálné.

Ideální „Já“ – naproti tomu vyjadřuje individuální názor a představu o tom, co je žádoucí a správné, co by si jedinec přál, co uznává jako pozitivní hodnotu ve směru usilování. V tomto významu se jedná o skutečnosti, které nejsou přítomné, ale ideální.²⁰

Reálným „Já“ vyjadřujeme jací jsme, ideálním „Já“ jací bychom si přáli být. Čím blíže je podle **Rogers** ideální self k reálnému self, tím je člověk

¹⁸ Autor neuveden, *Sebeobjekt*, (cit. 2005 – 11 – 22), dostupný z: <http://www.kanata.ic.cz/Sebeobjeti.doc>

¹⁹ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných self (já) – sebepojetí a sebeúcty. in: *Základní potřeby člověka: Osobní ráda zdravotní sestry*. Praha, 2004, č. 6, 4/15.2.4, s. 2, ISSN 1214-0074

²⁰ Vymětal, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, a. s., 1996, s. 48, ISBN 80-202-0605-1

spokojenější a šťastnější. Velký nesoulad mezi ideálním a reálným self vede k tomu, že je člověk nešťastný a nespokojený.²¹

Definice sebepojetí, dle různých autorů, je celá řada. Poslední autor, kterého budu citovat, **Blatný**, charakterizuje sebepojetí jako mentální reprezentaci „Já“, uloženou v paměti jako znalostní strukturu, která se utváří v procesu interakce jedince s prostředím, především sociálním. Je faktorem psychické regulace chování a slouží jako nástroj orientace a stabilizátor činnosti.²²

K aspektům sebepojetí, charakterizujícím sebepojetí jako celek patří: komplexita „Já“ (self-complexity), jasnost sebepojetí (clarity of self-concept) či stabilita sebehodnocení.

Komplexitou „Já“ je označováno bohatství jednotlivých aspektů „Já“, kterými se člověk definuje (hodnoty, cíle, role) a jejich rozložení do různých oblastí osobního zájmu a důležitosti.

Jasnost sebepojetí je definována jako míra, do jaké jsou obsahy sebepojetí jasně a přesvědčivě definovány, jak jsou vnitřně konzistentní a časově stabilní. Je spojena s dobrým sebepoznáním a ve svém důsledku vede k větší sebejistotě a celkově kladnému emočnímu postoji k sobě.

Současný výzkum dále prokázal, že pro výkon a reakce na interpersonální zpětnou vazbu je důležitější **stabilita sebehodnocení**, než to, zda je sebehodnocení vysoké nebo nízké.²³

2. 2 Složky sebepojetí

Sebepojetí zahrnuje složky, které se dají velmi těžko oddělit:

- **kognitivní – poznávací: sebepoznání, sebehodnocení** (představy, mínění, vnímání sebe sama – v reálném „Já“ a ideálním „Já“)
- **emocionální – prožívání: sebeúcta, sebevědomí, svědomí** (jak se cítím, jak se mám rád, jak se sobě líbím)²⁴

²¹ Vymětal, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, a. s., 1996, s. 48, ISBN 80-202-0605-1

²² Blatný, M. *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Brno: Masarykova univerzita, 2001, s. 9, ISBN 80-210-2747-9

²³ Blatný, M. *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Brno: Masarykova univerzita, 2001, s. 12, ISBN 80-210-2747-9

²⁴ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných self (já) – sebepojetí a sebeúcta. in: *Základní potřeby člověka: Osobní rádcé zdravotní sestry*. Praha, 2004, č. 6, 4/15.2.4, s. 3, ISSN 1214-0074

- **konativní** – **usilující**: sebedůvěra, sebejistota (pohotovost k jednání, obsahuje motivaci a je předpokladem pro seberealizaci a sebeaktualizaci)
- **nevědomá** (nepoznaná složka osobnosti)²⁵

O kognitivním a emočním aspektu „Já“ bych se zmínila podrobněji:

2. 2. 1 Kognitivní aspekt „Já“

Kognitivní aspekt „Já“ se týká obsahu a struktury sebepojetí, což znamená penzum znalostí o sobě (obsah sebepojetí) a je určitým způsobem kognitivně organizováno (struktura sebepojetí).

Sebepojetí se vytváří v procesu socializace člověka, v procesu jeho interakce se sociálním prostředím. Konkrétní obsah sebepojetí, daný sociální zkušeností jedince, je proto u každého člověka jiný. Přesto je na obecné úrovni možné vysledovat určité společné rysy obsahové stránky sebepojetí.

Z vývojového hlediska je obsah sebepojetí charakterizován postupným narůstáním informací o sobě (ať už na základě zpětných informací z prostředí nebo na základě vlastního úsudku v průběhu pozorování vlastní činnosti a duševních procesů a stavů) a zjemňováním struktury jednotlivých mentálních reprezentací „Já“. Tento proces je doprovázen zvyšující se schopností abstrakce a uvědomováním si sebe, jako aktivního činitele v průběhu dospívání. Zatímco děti raného věku, jako prostředky sebepopisu používají vlastní činnosti, významné osoby ze svého okolí a postoje. U adolescentů se jako základní prvky sebepopisu objevují demografické charakteristiky, sebehodnocení a fyzické rysy.

Druhým znakem sebepojetí z hlediska jeho obsahu je tzv. princip odlišnosti. Tento princip vyjadřuje skutečnost, že jednotlivé obsahy sebepojetí se utvářejí kolem těch aspektů „Já“, které člověka v nějakém smyslu odlišují od okolí, nebo jsou pro něj důležité, ať už na základě osobních přesvědčení, nebo očekávání ze strany okolí.²⁶

²⁵ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných self (já) – sebepojetí a sebeúcty. in: Základní potřeby člověka: *Osobní rádce zdravotní sestry*. Praha, 2004, č. 6, 4/15.2.4, s. 3, ISSN 1214-0074

²⁶ Blatný, M., Plhánková, A. *Temperament, inteligence, sebepojetí* (Nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu). Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR a Sdružení SCAN, 2003, s. 105, ISBN 80-86620-05-0

2. 2. 1. 1 Obsah sebepojetí osobnosti

Jak již bylo řečeno, je produktem socializačního procesu a jeho vývoj je vázán na:

- **potřebu pozitivního vztahu** (pohledu, úcty) – všichni lidé mají silnou touhu být milováni a uznáváni těmi, na nichž jim záleží. Tato potřeba se projevuje již u kojence v potřebě lásky a péče a je postupně odrážena v prožitcích uspokojení člověka, je-li ostatními pozitivně přijímán (schvalován) a ve frustraci, je-li zamítán.
- **potřebu pozitivní sebeúcty** – její rozvoj zajišťuje, že se osoba snaží jednat způsobem, který je příznivě posuzován jak druhými, tak i sebou samým.
- **podmínky váženosti** (hodnocení) – poněvadž má dítě nutkavou potřebu pozitivního přijetí, je citlivé k postojům, očekáváním, jež vůči němu projevují pro něj důležití lidé. Učí se, co může a co nemůže dělat, tzn. za co očekávat pozitivní vztah k sobě a za co nikoli.
- **bezvýhradný (nepodmíněný, nepodmiňovaný) pozitivní vztah (úcta)** – znamená, že daná osoba je přijata a respektována právě proto a právě taková jaká je, bez jakýchkoli „kdyby“, „ale“ a „kromě“.²⁷

2. 2. 1. 2 Struktura sebepojetí osobnosti

Struktura sebepojetí je chápána jako relativně stabilní celek osobních charakteristik, jež se vyvíjejí, tedy diferencují a integrují. Na prvním místě tvoří strukturu sebepojetí to, co považujeme za samozřejmost a co si plně uvědomujeme. Je to oblast vedoucí k **identitě** a patří sem zejména jméno, pohlaví, dále různé sociální role. Následují charakteristické, nápadnější **vlastnosti chování i vlastnosti osobnostní**, které se zvláště týkají vztahů k druhým a k nejbližším lidem. Další součástí struktury sebepojetí je **sebehodnocení**.²⁸ Sebehodnocením vyjadřujeme to, jak sebe prožíváme, myslíme, hodnotíme ve srovnání nejdříve s vrstevníky a s tím, co se „má a nemá“, později tak nastane generalizace (zevšeobecnění) průběžných výsledků srovnávání, které je pro duševní zdraví

²⁷ Mikšík, O. *Psychologické teorie osobnosti*. Praha: UK, Karolinum, 1999, s. 155, ISBN 80-7184-926-X

²⁸ Vymětal, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, a. s., 1996, s. 46-47, ISBN 80-202-0605-1

nesmírně důležité, zaujímá v teorii osobnosti, ale i psychoterapie významné místo. Potom zpravidla přichází oblast našich základních *hodnot* či hodnotových postojů a *svědomí*, tvořeného z velké části introjekty. *Tělesné schéma, vnější zjev*, zvláště pak obličej, tedy jak si člověk myslí, že vypadá, ale i to jak jej druzí vidí a posuzují, bývá úzce vázáno k sebehodnocení. Dospíváme k němu srovnáváním a zkušenostmi zejména z vývojového období puberty a adolescence. Do již zmíněné oblasti sebehodnocení patří i *sebeúcta*, čili to, jak si sami sebe vážíme či nevážíme. Sebehodnocení může být přiměřené, ale i zvýšené, nebo naopak snížené, jak tomu bývá u lidí depresivně laděných. Aby člověk žil v duševní pohodě, musí si sám sebe vážit a sám sebe si váží nakonec tehdy, jestliže mu důležité osoby jeho života dávají najevo, že ho pozitivně oceňují.²⁹

Německý lékař a psycholog *G. W. Speierer*, používá výrazy sebepojetí či sebeobraz synonymně a ve významu individuální osobnosti člověka. Podle něj je struktura sebepojetí tvořena třemi oblastmi:

- a) *Vrozené organizmické hodnocení*, jež vzniklo evolucí a obsahuje zděděné a bioneuropsychologické dispozice.
- b) *Hodnotové introjekty*, neboli hodnoty a názory převzaté ze sociálního prostředí působením úmyslné i neúmyslné výchovy v rámci socializace.
- c) *Zkušenostní individuální konstrukty*, které si člověk osvojil na základě přímé zkušenosti s významnými životními událostmi a situacemi během života.³⁰

2. 2. 1. 3 Dynamika sebepojetí

Vedle obsahu a struktury má sebepojetí i svoji dynamiku.³¹

²⁹ Vymětal, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, a. s., 1996, s. 46-47, ISBN 80-202-0605-1

³⁰ Vymětal, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, a. s., 1996, s. 49, ISBN 80-202-0605-1

³¹ Vymětal, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, a. s., 1996, s. 50, ISBN 80-202-0605-1

Dynamikou sebepojetí vyjadřujeme proces změny, tedy měnění se osobnosti člověka. Chápeme ji ve dvojitým významu – jednak v souvislosti s ontogenezí lidské psychiky, tedy jak se sebepojetí lidského jedince vytváří a mění ve vývoji. Druhý význam se váže spíše na krátkodobé časové úseky a stavy sebepojetí, zajímáme se zvláště o průběh vnitřních psychických procesů, jak se jedinec vyrovnává s běžnými požadavky života i zátěží apod.³²

2. 2. 2 Emoční aspekt „Já“

Zatímco kognice funguje jako prostředek poznání, emoce dodávají psychice rozměr citového prožívání, který u člověka prostřednictvím sebeuvědomění nabývá specifické kvality v podobě emočního vztahu k sobě.

Význam tohoto emočního vztahu k sobě spočívá, v nejširším smyslu, v jeho adaptační funkci. Jde především o obranu „Já“, realizovanou prostřednictvím kognitivních a behaviorálních strategií, které umožňují anticipaci a vyhnutí se stresu.

Kromě obrany „Já“ však emoce plní úlohu i v organizaci sebepojetí, a to jednak tím, že umožňuje třídění informací relevantních pro „Já“ na základě jejich pozitivitu nebo negativitu.³³

2. 3 Vývojová stadia propria dle G. W. Allporta

G. W. Allport (1887 – 1967) identifikoval 7 rozdílných aspektů „Jáství“, zahrnutých do vývoje propria od dětství do dospělosti. Jejich konečná konsolidace (spojení) vytváří „Já (self)“ jako objekt subjektivního vědění a cítění:

- **vědomí tělesného „Já“** – je prvním aspektem rozvíjení propria. Dítě začíná odlišovat sebe od ostatních objektů. Tělesné „Já“ je kotvou pro sebeuvědomění v celém průběhu života.³⁴
- **vědomí identity „Já“** – je nejzřejmější, když dítě poznává prostřednictvím jazyka sebe jako zřetelný a stálý rámeček referencí. Jeho nejvýznamnějším

³² Vymětal, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, a. s., 1996, s. 50, ISBN 80-202-0605-1

³³ Blatný, M., Plhánková, A. *Temperament, inteligence, sebepojetí* (Nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu). Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR a Sdružení SCAN, 2003, s. 114, ISBN 80-86620-05-0

³⁴ Míksík, O. *Psychologické teorie osobnosti*. Praha: UK, Karolinum, 1999, s. 112-114, ISBN 80-7184-926-X

zakotvením je přechod dítěte na své vlastní jméno, kdy si začne být vědomo, že je touže osobou, navzdory změnám v rozvoji a v interakci s okolím.

- **vědomí sebeúcty** – se začíná rozvíjet ve 3. roce života jako pocit hrdosti (pýchy) na dosahované výsledky. Jeho rozvoj závisí na úspěších dítěte ve zvládnání úkolů v okolním světě.
- **extenze vědomého „Já“** – začíná se rozvíjet přibližně ve věku 4 - 6 let, kdy si dítě začíná uvědomovat, že mu náleží nejen fyzické tělo, ale i jisté příznačné aspekty jeho prostředí, včetně lidí. Dítě se učí význam pojmu „můj“.
- **vědomí obrazu o sobě, sebepojetí** (image „Já“) – se začíná vyvíjet kolem věku 5 - 6 let, kdy dítě ví, co rodiče, příbuzní, učitelé a jiní od něho očekávají. Začíná rozlišovat mezi „dobrým“ a „špatným“, ale dosud nemá jasně vyvinuto vědomí, ani koncepci toho, jaké by mělo být. Schopnost myslet o sobě jaké je, jaké by potřebovalo být a jaké by mohlo být, teprve klíčí.
- **vědomí „Já“ jako racionální klenba** – mezi 6 - 12 rokem si dítě začíná být vědomo racionální schopnosti nalézt řešení životních problémů a tudíž se účinně vyrovnávat s reálnými nároky (požadavky). Začíná přemýšlet o myšlení.
- **proprioové směřování** (snažení, usilování) – klíčovým problémem adolescenta je výběr životní kariéry, ale i jiných životních cílů. Ví, že musí sledovat a plánovat budoucnost a v tomto vědomí si jeho „Jáství“ osvojuje dimenzi v dětství zcela chybějící, proprioové usilování, jehož esencí je:
 - sledování dlouhodobých cílů
 - smysl pro směřování a zaměřenost úsilí na vymezené objekty (cíle)
 - udělení životu vědomí účelu, cíle, záměru.

Konečným stadiem vývoje propria je sjednocená lidská schopnost sebezpoznání a sebeuvědomění.³⁵

³⁵ Mikšík, O. *Psychologické teorie osobnosti*. Praha: UK, Karolinum, 1999, s. 112-114, ISBN 80-7184-926-X

2. 4 Vznik a vývoj sebezpečení

1. Ranné dětství

Základy sebezpečení vznikají v ranném období lidského života – přibližně do věku tří let – a jsou důležitou základnou duševního života člověka.

Vědomí tělového „já“ – vyvíjí se nejdříve a vzniká z vnímání vlastního těla (viz výše Vývojová stadia propria dle G. W. Allporta - str. 24). Vědomí sociálního „já“ – vyvíjí se postupně jako vědomí vlastní jedinečnosti a identity (jsem jiný než všichni ostatní, jsem to stále „já“, ačkoliv se měním, stárnu). Americký psycholog **G. H. Mead** (1934) popsal vědomí sociálního „já“, jako stav, kdy se „biologické individuum“ mění v lidskou společenskou bytost, jedince s lidskou mentalitou a s lidským způsobem chování.“³⁶

Vědomí vlastní identity je určováno:

- *nepodmíněnou láskou rodičů,*
- *nepodmíněným pozitivním hodnocením,*
- *kladnými postoji k dítěti,*
- *vzájemnou důvěryhodnou interakcí,*
- *vytvářením určitého řádu a jistot,*
- *saturací základních potřeb dítěte.*

Zatímco děti včleňují do sebezpečení většinou názory dospělých autorit a jejich láska, souhlas a podpora jsou důležitými předpoklady jejich zdravého sebezpečení - tzn. jejich šťastného života a vyrovnanosti, tak v dospívání (pubescence a adolescence) je to již jinak.³⁷

2. Dospívání

Dospívání je dobou nejzranitelnější a nejcitlivější pro sebezpečení,³⁸

³⁶ Nakonečný, M. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1997, s. 40-41, ISBN 80-200-0628-1

³⁷ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných self (já) – sebezpečení a sebeúcty. in: *Základní potřeby člověka: Osobní rádcé zdravotní sestry*. Praha, 2004, č. 6, 4/15.2.4, s. 3-4, ISSN 1214-0074

³⁸ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných self (já) – sebezpečení a sebeúcty. in: *Základní potřeby člověka: Osobní rádcé zdravotní sestry*. Praha, 2004, č. 6, 4/15.2.4, s. 4-5, ISSN 1214-0074

protože mladý člověk rekapituluje předešlé zkušenosti se sebou samým a zároveň čelí jevům a vlastnostem zcela novým. Případný vznik psychických traumat v tomto období může mít charakter trvalých následků v sebepojetí.

V tomto období mohou vzniknout dva druhy nesouladu:

- *mezi reálným a ideálním „Já“*
- *mezi sebepojetím a vlastními zkušenostmi*

Chování člověka je pak ovlivněno nejen tímto souladem či nesouladem, ale i vnitřními faktory, které ovlivňují sebepojetí v dospívání, jako je tělesný zjev, defekt, pohlavní znaky, identifikace s pohlavím, vrozené schopnosti, IQ, výkony, modely v určitých rolích a další.

V dospívání mají vliv na vytváření sebepojetí z okolí více vrstevníci, různé skupiny a sekty, média, než rodiče a autority dětství (např. učitelé).

Může se objevit v dospívání rizikové chování, jako je:

- **agresivní** (násilí, šikana, týrání, diskriminace, rasismus, páčám trestné činnosti...),
- **únikové** (užívání drog, alkoholu, her, počítačů...),
- **sexuální** (úniky a hledání nových sexuálních partnerů a praktik, předčasná mateřství a rodičovství...),
- **poruchy příjmu potravy** (bulimie, anorexie...),
- **adrenalinové výkony** (rizikové sporty, nebezpečné řízení vozidel a provozování her...),
- **sebevražedné pokusy a vraždy** (demonstrativní pokusy, dokonané sebevraždy a vraždy...).³⁹

³⁹ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných self (já) – sebepojetí a sebeúcty. in: Základní potřeby člověka: Osobní rádce zdravotní sestry. Praha, 2004, č. 6, 4/15.2.4, s. 4-5, ISSN 1214-0074

3. Dospělost

Dospělí jsou obvykle realističtější, dokáží již hodnotit svou skutečnou cenu a hodnotu, takže utvrzování v sebepojetí již nemá tak významnou životní sílu. Rovněž většina dospělých tuto dobu posune k vyšší a uspokojivější hladině růstové motivace, k seberealizaci.⁴⁰

2. 5 Poruchy sebepojetí

1. Poruchy vzniklé v dětství:

Za podmínky, že primární socializace člověka neprobíhá tak, jak by měla, mohou se objevit různé druhy komplexů, jako obrazy frustrovaného ega. Nejčastěji jde o komplex méněcennosti, komplex viny a o řadu konkrétních komplexů, které se týkají různých, nejčastěji však tělesných nedostatků.⁴¹

2. Poruchy vzniklé v dospívání:

Zde došlo k poruchám sebepojetí v citlivém věku puberty a adolescence a jejich příčinou může být:

- **opakovaná citová zklamání** (rozchody, rozvody, problémy ve vztazích...),
- **nápadný tělesný defekt či pohlavní znak** (tvar nosu, odstáté uši, velká nebo malá prsa),
- **nesprávně generalizované neúspěchy ve výkonu** (nešikovnost, nesportovnost),
- **přesvědčení o adekvátním stupni inteligence** (hloupý, chytrý),
- **sexuální zneužívání či identifikace s opačným pohlavím** (poruchy, sexuálně nepřitažlivý...),⁴²

⁴⁰ Mikšík, O. *Psychologické teorie osobnosti*. Praha: UK, Karolinum, 1999, s. 169, ISBN 80-7184-926-X

⁴¹ Mikšík, O. *Psychologické teorie osobnosti*. Praha: UK, Karolinum, 1999, s. 245, ISBN 80-7184-926-X

⁴² Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných self (já) – sebepojetí a sebeúcty. in: *Základní potřeby člověka: Osobní rádcé zdravotní sestry*. Praha, 2004, č. 6, 4/15.2.4, s. 9, ISSN 1214-0074

- **problematická osobní identifikace** (s autoritou, rolí, různé modely rolí...),
- **srovnávání se s druhými v materiální oblasti** (chudý, bohatý, žebrák...),
- **neuspokojivá rodina** (vztahy mezi rodiči a dítětem, zanedbávání, chaotické prostředí...),
- **problematická morální identifikace** (poruchy svědomí, různá přesvědčení...).⁴³

3. Poruchy vzniklé aktuálně:

Tyto poruchy vznikly u nemocných s dříve zdravým sebepojetím. Týkají se nemocných, u kterých je příčina v aktuální poruše zdraví, následcích terapie a nedůstojném - neprofesionálním přístupu k nemocnému.

Příčiny v poruše zdraví:

- **vznik tělesného handicapu** - amputace prsu, končetiny, stomie, nápadné jizvy, ztráta vlasů...,
- **život ohrožující nemoci a úrazy** - akutní IM, náhlé příhody břišní, šok, nemoci se ztrátou vědomí, zhoubná onemocnění..., přináší ohrožující pocity z opakování či nebezpečí smrti,
- **vznik chronického onemocnění a projevů** - diabetes mellitus, kolitida, alergie, inkontinence, bolest, všechny chronické choroby s projevy omezující nebo dokonce měnící doposavadní způsob života a sebepojetí,
- **porucha kognitivních funkcí** - nemoci (CMP, Alzheimerova, Parkinsonova, roztroušená skleróza, encefalitidy...), úrazy hlavy atd. přináší změny vnímání sebe sama, komunikace a sebepojetí,
- **nepřipravenost na stáří** - snížení a změny sexuálních funkcí, snížení ostatních výkonů a smyslů, změny kůže a vlasů, ztráty zubů, problémy s vyprazdňováním - inkontinence, se spánkem atd.⁴⁴
- **ztráta soběstačnosti** - omezení pohyblivosti, používání kompenzačních

⁴³ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných self (já) – sebepojetí a sebeúcty. in: *Základní potřeby člověka: Osobní rádce zdravotní sestry*. Praha, 2004, č. 6, 4/15.2.4, s. 9, ISSN 1214-0074

⁴⁴ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných self (já) – sebepojetí a sebeúcty. in: *Základní potřeby člověka: Osobní rádce zdravotní sestry*. Praha, 2004, č. 6, 4/15.2.4, s. 11-12, ISSN 1214-0074

pomůcek, ztráta kontroly nad některými životními aspekty, strach z pádů atd. přináší pocity závislosti a bezmocnosti.⁴⁵

2. 6 Projevy poruch sebepojetí

Pro projevy porušení v této oblasti jsou typické určité způsoby myšlení a chování, které mohou být nelogické nebo jinak narušené. *Chloubová* je popisuje jako maladaptivní formy (obránné mechanismy člověka):

- **negativismus** - nemocný se negativně, buď otevřeně, nebo skrytě, vyjadřuje o sobě samém, nepřijímá pozitivní zpětné vazby druhých a podceňuje se,
- **racionalizace** - myšlenkovými operacemi nemocný upravuje význam nepříjemné zkušenosti tak, aby mohla být přijata v souladu s jeho sebepojetím,
- **represe** (popření, odmítnutí) - tyto nemocní „zapomněli-odmítli“ velmi nepříjemnou „zraňující zkušenost“ (znásilnění, bití, zneužívání, ublížení...), chovají se, jako by ta zkušenost neexistovala, protože je nepříjemná pro jejich sebepojetí,
- **projekce** - jsou formy chování, kdy nemocný projektuje (přenáší) své nedostatky, nepříjemné zkušenosti, negativní pocity na jiné lidi,
- **přenesení** - nemocný se naučil odreagovat svou agresivitu na něčem či někom jiném (zařízení, pes, dítě...), nebo ve výkonu práce (řezník...),
- **kompensace (odčinění)** - tyto nemocní si zpravidla uvědomili svou nedostatečnost, či nepříjemnou zkušenost a vykompenzovali ji (nahradili) nebo odčinili jinou schopností, či výkonem, aby byli v souladu se svým sebepojetím,
- **rezignace** - vzdání se dosažení cíle,⁴⁶
- **sociální izolace** – vyhýbání se sociálním situacím a styku s lidmi

⁴⁵ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných self (já) – sebepojetí a sebeúcty. in: Základní potřeby člověka: *Osobní rádce zdravotní sestry*. Praha, 2004, č. 6, 4/15.2.4, s. 11-12, ISSN 1214-0074

⁴⁶ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných self (já) – sebepojetí a sebeúcty. in: Základní potřeby člověka: *Osobní rádce zdravotní sestry*. Praha, 2004, č. 6, 4/15.2.4, s. 9-10, ISSN 1214-0074

(samotářství). Takový způsob chování se může stát trvalým, mluvíme pak o krajní introverzi jako rysu osobnosti.⁴⁷

Mgr. E. Trachtová projevy u nemocných popisuje jako:

- **katastrofizace** (je tendence myslet na nejhorší)
- **minimalizace a maximalizace** (tendence přehlížet úspěchy a zdůrazňovat chyby)
- **černobílé myšlení** (tendence zařazovat věci k jednomu nebo druhému extrému)
- **generalizace** (znamená, že daný problém je aplikovaný na všechny situace)
- **vztahovačnost** (sklon k názoru, že to, o čem hovoří a co dělají jiní lidé, se vztahuje na nás).⁴⁸

Symptomy nízkého sebepečetí mohou být skryty pod nejrůznějším obrazem projevů. Je obtížné je rozpoznat a identifikovat. Podstatné je navázat s nemocným vztah vzájemné důvěry, otevřenosti, upřímnosti, kdy nemocný cítí podporu a spolupráci. Nasloucháním nemocnému, kladnou reakcí na ventilaci jeho problémů mu umožníme abreakci, to dodává člověku jistotu a zároveň ho zbavuje nejistot a pochyb, že jedná správně v mezích morálních hodnot.⁴⁹

2. 7 Rozlišení pojmů sebepečetí a sebehodnocení, sebeúcta

V současné odborné literatuře jsou v některých případech pojmy sebepečetí a sebehodnocení používány synonymně.⁵⁰ Jedna skupina autorů se domnívá, že lidé v běžném životě nerozlišují mezi sebehodnocením a

⁴⁷ Čáp, J., Mareš, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, s.r.o., 2001, s. 205, ISBN 80-7178-463-X

⁴⁸ Trachtová, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDV PZ, 1999, s. 161, ISBN 80-7013-285-X

⁴⁹ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných self (já) – sebepečetí a sebeúcta. in: *Základní potřeby člověka: Osobní rádce zdravotní sestry*. Praha, 2004, č. 6, 4/15.2.4, s. 11, ISSN 1214-0074

⁵⁰ Blatný, M. *Sebepečetí v osobnostním kontextu*. Brno: Masarykova univerzita, 2001, s. 26, ISBN 80-210-2747-9

sebepojetím. Tito autoři přistupují k sebepojetí z hlediska lidí samotných. Druhá skupina autorů považuje sebehodnocení pouze za aspekt sebepojetí, byť důležitý.

Skutečnost, že sebepojetí a sebehodnocení nejsou identickými konstrukty, byla podpořena řadou výzkumů. Dokumentují to např. výsledky transkulturních výzkumů kdy bylo zjištěno, že v odlišných kulturách se objevují odlišná kritéria pro hodnocení vlastní osoby.⁵¹

2. 7. 1 Aspekty sebehodnocení

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

Velká pozornost byla věnována negativním důsledkům nízkého sebehodnocení, v současnosti se však ukazuje, že i vysoké sebehodnocení může mít negativní konsekvence. Lidé s vysokým sebehodnocením mají tendenci vytvářet si o sobě nadhodnocené či přemrštěné závěry a jejich předpoklady o vlastním výkonu často překračují jejich schopnosti, což ve svém důsledku vede k selhání. Odměna, kterou získávají, je tedy nižší než odměna lidí s nižším sebehodnocením, kteří si však stanovují adekvátní cíle, resp. cíle, kterých mohou dosáhnout (vyhýbání se neúspěchu).

Dalším aspektem sebehodnocení je jeho stabilita.⁵²

2. 7. 2 Zdroje sebehodnocení

Sebepojetí je tradičně považováno za produkt sociálního učení v procesu interakce osoba - svět.⁵³ Sebehodnocení jako jedna ze složek sebepojetí je chápáno jako výsledek sociálního srovnávání a sebezposuzování na základě

⁵¹ Biatný, M. *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Brno: Masarykova univerzita, 2001, s. 26, ISBN 80-210-2747-9

⁵² Biatný, M., Plhánková, A. *Temperament, inteligence, sebepojetí* (Nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu). Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR a Sdružení SCAN, 2003, s. 119, ISBN 80-86620-05-0

⁵³ Biatný, M., Plhánková, A. *Temperament, inteligence, sebepojetí* (Nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu). Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR a Sdružení SCAN, 2003, s. 116, ISBN 80-86620-05-0

pozorování vlastní činnosti. Pro vytváření sebehodnotících kritérií a výsledný emoční vztah k sobě je významné především posílení z prostředí, zvláště od významných druhých.⁵⁴

2. 7. 3 Individuální rozdíly v aspektech sebepojetí

Individuální rozdíly v sebepojetí byly sledovány především z hlediska jeho obsahu a struktury (kognitivní aspekt „Já“) a úrovně sebehodnocení (emoční aspekt „Já“).

Lidé se vzájemně liší v konkrétním obsahu sebepojetí, v jeho bohatosti a v jeho vnitřní organizaci. Tyto rozdíly na nejobecnější úrovni ovlivňují způsob, jakým jsou interpretovány vstupující informace a jak jsou vytvářeny plány pro řízení činností odpovídajících vytvořenému obrazu „Já“. Pozitivní nebo negativní vztah k sobě ovlivňuje jednak samotný způsob chování, jednak jeho obsah - soutěžení, konformitu, kauzální atribuce, výkon, nastavení cílů a další.

Individuální rozdíly můžeme dále sledovat v dalších aspektech sebepojetí jako je, komplexita „Já“ (self-complexity), jasnost sebepojetí (self-concept clarity) a stabilita sebehodnocení (vysvětlení pojmů viz str. 20).⁵⁵

⁵⁴ Blatný, M., Plhánková, A. *Temperament, inteligence, sebepojetí* (Nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu). Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR a Sdružení SCAN, 2003, s. 116, ISBN 80-86620-05-0

⁵⁵ Blatný, M. *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Brno: Masarykova univerzita, 2001, s. 30, ISBN 80-210-2747-9

3. Faktory ovlivňující sebepojetí

Faktorů, které se podílejí na utváření sebepojetí ženy je celá řada a jsou velmi obtížně vymezitelné, zaměřím se na ně tedy v obecné rovině, protože stejně tak mohou ovlivňovat i sebepojetí muže. Odlišnosti typické u žen se pokusím specifikovat.

3. 1 Biologicko – fyziologické vlivy

Věk, genetika a vliv rodičů a výchovy – Základní předpoklady pro vývoj sebepojetí jsou položeny ještě *před narozením*. Vysvětlením nám mohou být poznatky o problematické socializaci a následně pocitech nejistoty u tzv. nechtěných dětí.

Každé věkové období má pro formování vztahu k sobě samému svá specifika (viz str. 24 – 27). Pozitivně v tomto směru působí uspokojování nejen biologických potřeb dítěte, ale zejména potřeb psychosociálních – potřeby bezpečí, jistoty, lásky. Role matky nebo primárních pečovatelů je v tomto období nezastupitelná a nesmírně významná.

V období *mladšího školního věku* je sebekoncepce dítěte ovlivněna výkonem ve škole, dále vztahem k vrstevníkům (oblíbenost, neoblíbenost). V tomto období můžeme zaznamenat první vážnější poruchy sebepojetí s pocity nejistoty. Zdrojem jsou neadekvátní požadavky rodičů, nedostatek pozitivní motivace.

V období *adolescence a dospělosti (mateřství)* hodnotí lidé sami sebe na základě úspěšnosti ve škole, výkonnosti v zaměstnání, vnějšího vzhledu a fyzické atraktivity.

Období *stárnutí a stáří* je charakteristické egocentrickým zaměřením osobnosti, emocionální labilitou a zhoršenou schopností adaptace. V tomto období ovlivňují sebepojetí ženy vztahy s nejbližšími, zda žije s partnerem, dětmi, popř. žije sama v domově důchodců. Důležitou roli také hraje uspokojení potřeby sociálního uznání spojeného s pocity potřebnosti nebo zbytečnosti.⁵⁶

⁵⁶ Trachtová, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: IDV PZ, 1999, s. 156-158. ISBN 80-7013-285-X

Zdravotní stav a fyzický vzhled – Narušení sebepojetí bude přímo úměrné závažnosti onemocnění a bude modifikováno osobnostními vlastnostmi jedince, jeho individuálními postoji, hodnotami.

Oblast sebekoncepcie výrazně ovlivňují tzv. esteticky znehodnocující onemocnění, které narušují obraz těla, tj. vnímání fyzického, tělesného „Já“. Rovněž tělesný handicap nebo naopak fyzická přednost – stavba těla, některé tělesné znaky (malá či velká prsa...). Domnívám se, že u žen je asi daleko vyšší orientace a úsilí ke vzhledu.

Jistou roli ve vypořádání se se situací sehrává i stupeň soběstačnosti – míra samostatnosti popř. participace ženy při vykonávání denních aktivit, adaptační mechanismy a způsoby zvládání stresových situací.⁵⁷

3. 2 Psychické – hodnotové vlivy

Osobnost člověka, jeho vlastnosti, vlohy, schopnosti, temperament ovlivňují vnímání sama sebe, sebekoncepci. Typ osobnosti, zejména podle Eysenckovy typologie, rovina extroverze – introverze, emocionální labilita – stabilita, jsou při vnímání a vytváření si vztahu k sobě určující.⁵⁸

Temperament jako dispoziční báze osobnosti, tvořící základ individuálních rozdílů v chování a prožívání, hraje stejně důležitou roli při formování sebepojetí jako působení sociálních situací.⁵⁹

Tuto hypotézu potvrdil svými četnými výzkumy i **Blatný**, vědecký pracovník Psychologického ústavu AV ČR v Brně. Blatný zkoumal rozdíly v obsahu a struktuře sebepojetí skupin, definovaných na základě temperamentových dimenzí extroverze a neuroticismu: introvertů a extrovertů a osob emočně stabilních a emočně labilních.⁶⁰

Výzkum potvrdil předpokládané, např. že temperamentové charakteristiky osobnosti ovlivňují úroveň globálního sebehodnocení: extroverti a stabilní osoby mají vyšší sebehodnocení, než introverti a labilní osoby.

⁵⁷ Trachtová, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: IDV PZ, 1999, s. 156-158, ISBN 80-7013-285-X

⁵⁸ Trachtová, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: IDV PZ, 1999, s. 156-158, ISBN 80-7013-285-X

⁵⁹ Blatný, M. *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Brno: Masarykova univerzita, 2001, s. 31, ISBN 80-210-2747-9

⁶⁰ Blatný, M. *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Brno: Masarykova univerzita, 2001, s. 95, ISBN 80-210-2747-9

Nejvyšší úroveň sebehodnocení tedy dosahují sangvinici (stabilní extroverti), středních hodnot flegmatici (stabilní introverti) a cholericí (labilní extroverti) a nejnižší úroveň sebehodnocení mají melancholici (labilní introverti).

Temperamentové vlastnosti ovlivňují i způsob, kterým je emoční vztah k sobě prezentován. Extroverze je spojena s tendencí tvrdit o sobě pozitivní hodnotící výroky, zatímco neuroticismus je spojen s ochotou souhlasit s negativními sebehodnotícími výroky atd.⁶¹

Pozitivní emocionální stavy (radost, spokojenost) a vztahy, jako je láska, přátelství, jsou významným zdrojem zdravého sebevědomí.

Hodnotový systém - E. Spranger (1992) vytyčil 6 typů životních hodnot, jež jsou u každého člověka různě zastoupeny:

1. teoretický – kdy je osoba primárně zaměřena na odhalení pravdy. Má racionální, kritický a empirický přístup k životu, je vysoce intelektuální a tíhne ke kariéře ve vědě či filozofii.
2. ekonomický – osoba dává nejvyšší hodnotu tomu, co se jeví užitečné či pragmatické. Má zájem vydělávat si peníze a považuje neaplikovatelné znalosti za zbytečné.
3. estetický – za nejvyšší hodnotu má tvar a harmonii. Posuzuje jednotlivé zážitky z hlediska krásy, symetrie či dokonalosti. Život vnímá jako proces událostí, kdy každá individuální imprese potěší sama o sobě.
4. sociální – má za nejvyšší hodnotu lásku lidí. Na teoretické, ekonomické a estetické postoje pohlíží jako na chladné, nehumánní a považuje lásku za jedinou vhodnou formu mezilidských vztahů.⁶²
5. politický – s dominujícím zájmem o moc. Co do povolání nejde nezbytně o politiky, neboť vůdci v jakékoli oblasti obecně vysoce cení moc a vliv.

⁶¹ Blatný, M. *Sebepečení v osobnostním kontextu*. Brno: Masarykova univerzita, 2001, s. 95, ISBN 80-210-2747-9

⁶² Mikšík, O. *Psychologické teorie osobnosti*. Praha: UK, Karolinum, 1999, s. 115, ISBN 80-7184-926-X

6. náboženský – se orientuje na porozumění světu jako sjednocenému celku. Hledá jednotu a vyšší významy v kosmu.⁶³

Ženy, ale stejně tak i muži hodnotí sami sebe (vytvářejí si svoji sebekoncepci) na základě toho, jak hodnotí sami sebe v následujících oblastech:

- výkonnost v zaměstnání
- intelekt
- vnější vzhled a fyzická atraktivita
- sexuální atraktivita a výkonnost
- oblíbenost u jiných
- schopnost řešit problémy
- nezávislost
- osobní vlohy a schopnosti.⁶⁴

3. 3 Sociální vlivy

Socializace člověka, zařazení do společnosti je procesem, který má pro další vývoj člověka zásadní význam.

E. Durkheim, zakladatel nejdůležitější školy francouzské sociologie, zdůrazňoval, že společnost je skutečností svého druhu. V jeho pohledu – žít ve společnosti – znamená existovat pod nadvládou logiky společnosti. Lidé často jednají podle této logiky, aniž ji znají.⁶⁵

Peter L. Berger vyjadřuje názor, že nejčastěji my sami si přejeme právě to, co od nás společnost očekává. My sami se chceme podřídít pravidlům. My sami chceme plnit úkoly, které nám společnost přidělila. Společnost nejen určuje, co děláme, nýbrž i to, co jsme.⁶⁶

W. D. Frohlich a *S. Wellek* (1972) podali následující vymezení pojmu socializace. „Socializace je široký pojem pro celkový proces, v jehož rámci

⁶³ Mikšík, O. *Psychologické teorie osobnosti*. Praha: UK, Karolinum, 1999, s. 115, ISBN 80-7184-926-X

⁶⁴ Trachtová, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDV PZ, 1999, s. 158, ISBN 80-7013-285-X

⁶⁵ Berger, P. L. *Pozvání do sociologie*. Praha: Správa sociálního řízení FMO, 1991, s. 42, ISBN 80-85469-08-01

⁶⁶ Berger, P. L. *Pozvání do sociologie*. Praha: Správa sociálního řízení FMO, 1991, s. 84, ISBN 80-85469-08-01

individuum vyvíjí jemu vlastní sociálně relevantní schéma chování a prožívání prostřednictvím aktivní interakce s druhými lidmi.“

Jedná se o proces sociálního učení, který začíná osvojováním si základních kulturních návyků, později mluvené řeči a dalšími změnami, až po vpravování se do role svého pohlaví, orientace ve světě hodnot a jejich přejímání, resp. zvnitřňování.⁶⁷

Jan Čáp a Jiří Mareš zjednodušeně vyjádřili socializaci „jako začleňování dítěte do společnosti, rozvíjení dítěte jako společenské bytosti.“

Zdaleka se nejedná o pasivní přizpůsobování se jedince vnějšímu sociálnímu prostředí. V socializaci probíhá vzájemné působení mezi jedincem a druhými lidmi i celou společností a její kulturou. Každý člověk si po svém vytváří obraz o sobě a o světě, snaží se prezentovat sám sebe před druhými, aktivně působí na své prostředí a spoluvytváří svou osobnost. Proto také socializací nevznikají ve stejném prostředí stejné osoby, ale rozmanité individuality. Socializace probíhá v průběhu celého života.⁶⁸

Výchova - Kořa charakterizuje socializaci: „Socializace je v nejširším smyslu slova formováním a růstem osobnosti pod vlivem rozmanitých vnějších podnětů, včetně lidských činností, které souborně nazýváme výchovou“.⁶⁹

Dále tedy velkou roli hraje právě **výchova v rodině**, ve škole, vrstevníci. Atmosféra v rodině, vztahy k rodičům, způsob výchovy (autoritativní, liberální, demokratický). V našich podmínkách stále převládá direktivní výchova formou příkazů a zákazů. Obecně převládá od útlého věku až do dospělosti kritika negativního, nad kladným hodnocením a odměňováním pozitivního.

Sociální role - postavení ženy v zaměstnání, ve společnosti, v rodině, spokojenost nebo nespokojenost s plněním sociálních rolí jsou dalším sociálním faktorem.⁷⁰

Termín sociální role můžeme definovat jako soubor práv a povinností, spojených s postavením ženy ve společnosti, je to určitý očekávaný způsob

⁶⁷ Nakonečný, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 1999, s. 57, ISBN 80-200-0690-7

⁶⁸ Čáp, J., Mareš, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, s.r.o., 2001, s.54-55, ISBN 80-7178-463-X

⁶⁹ Jedlička, R., Klíma, P., Kořa, J., Němec, J., Pilař, J. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Themis, 2004, s. 15, ISBN 80-7312-038-0

⁷⁰ Trachtová, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: IDV PZ, 1999, s. 159, ISBN 80-7013-285-X

chování. Výraz pochází od svitku či role papíru, na němž měl herec napsánu svou část divadelní hry.

Jedinec postupně přijímá roli dítěte v rodině, nejstaršího ze sourozenců, žáka ve škole, člena sportovního oddílu, pracovníka určité profese (některé profese vyžadují, aby ženy vypadaly „dobře“, např. modelky, herečky, zpěvačky, manažerky atd.), muže nebo ženy, otce nebo matky atd. Některou roli jedinec ochotně přijímá, proti jiné se bouří, přesto ji však v mnoha případech dříve nebo později přijímá. Člověk může plnit v témže období svého života několik různých sociálních rolí. Ty mohou, ale také nemusí být navzájem slučitelné, může mezi nimi vznikat rozpor, konflikt. Někdy se stává, že se jedinec tak silně identifikuje s jednou sociální rolí, že to plně vyčerpává jeho čas i síly a pro jiné formy života nezbyvá místo (např. identifikace s rolí úspěšné pracovnice, s kariérou nebo identifikace s rolí dokonalé matky, která vše obětuje dítěti). Taková identifikace s jednou sociální rolí znamená ochuzení života a osobnosti, v krajních případech vede k její deformaci a k vážným konfliktům s druhými lidmi.⁷¹

Podrobněji bych se zmínila o *identifikaci s ženskou rolí* vůbec. Jedná se o proces, během něhož by žena měla přijmout fakt, že je žena a během kterého by si měla osvojit a plnit všechny sociální role, které s ženstvím souvisí.

Identifikovat se s ženstvím znamená, že žena je:

- **spokojena převážně se vzhledem a funkcí těla**, které jí bylo díky genetické předurčenosti dáno,
- **přijímá** všechny prožitky, které jí tělo přináší a zvládá je bez pocitů ukřivděnosti (**menstruační potíže** a problémy, těhotenské nepříjemnosti, **porodní** a **poporodní bolesti**, klimakterické jevy, **choroby ženských orgánů** apod.),
- **osvojuje si** a zvládá **většinu sociálních rolí osobního života** a naplňuje je bez větších problémů a krizí, které by nepříznivě ovlivňovaly její psychiku,⁷²
- **vytváří harmonické vztahy**, které souvisí s jednotlivými rolemi ženského života (vztah k partnerovi, dětem a později i k jejich partnerům),
- **má silnou touhu po reprodukci**,

⁷¹ Čáp, J., Mareš, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, s.r.o., 2001, s. 57, ISBN 80-7178-463-X

⁷² Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M. *Speciální psychologie*. Brno: IDVZP, 1999, s. 113, ISBN 80-7013-243-4

- **těší ji péče o narozené děti**, je schopná rozpoznat a uspokojovat jejich potřeby a cítí se zodpovědná za jejich výchovu až do doby jejich citové a ekonomické nezávislosti.

Identifikace s ženstvím je proces, který v podstatě probíhá celý život. Některé role svého života může žena naplnit až v pozdním věku: roli prababičky nebo vdovy.⁷³

3. 4 Kulturní a náboženské vlivy

Sebepojetí „Já“ v různých kulturách – Může existovat „Já“ nezávisle na společnosti? Pravděpodobně ne. Důvod vzrůstu počtu různých sekt a církví je možná touha lidí někam náležet – úplná nezávislost je velmi nepohodlná. Pro mnoho lidí je každodenní odcizení a anonymita západní společnosti psychologickou zátěží, kterou jen těžko zvládají.⁷⁴

Vliv kultury charakterizuje *D. G. Myers* (1993) takto: „Zda máme tendenci být expresivní nebo rezervovaní, lhostejní nebo formální závisí z části na tom, zda jsme strávili svůj život v africké, evropské nebo asijské kultuře.“

Každá kultura staví před své příslušníky určité kulturní vzorce (obyčeje, módy, mravy, zákony, tabu), které více či méně determinují jejich postoje a chování.

Jiné kulturní vzorce, resp. standardy určují způsob oblékání a přípustnou míru obnažování (móda), způsob formálních i neformálních styků, udržování tělesné vzdálenosti u komunikujících osob a přípustnost tělesných dotyků mezi nimi a další způsoby slušného chování.

Srovnajme např. značné omezení způsobů sociálních interakcí u arabských žen, podléhajících vlivu islámského fundamentalismu, ve srovnání s evropskými a americkými ženami.⁷⁵

- *Mbiti* (1970): V *Africké* filosofické tradici je individuální „Já“ pevně umístěné uvnitř kolektivního „Já“ kmene či národa. „Jáství“ je zasazeno do kontextu rytmu přírody. Jednotlivci jsou neoddělitelní od rodu či

⁷³ Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M. *Speciální psychologie*. Brno: IDVZP, 1999, s. 113, ISBN 80-7013-243-4

⁷⁴ Autor neuveden, *Sebepojetí*, (cit. 2005 – 11 – 22), dostupný z: <http://www.kanata.ic.cz/Sebepojeti.doc>

⁷⁵ Nakonečný, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 1999, s. 47-48, ISBN 80-200-0690-7

kmene, který tvoří. Individualismus je chápán jako nezodpovědnost a nekulturnost.

Evropský pohled na podstatu světa je: přežití nejsilnějších a vláda nad přírodou. Naopak principy afrického myšlení jsou: přežití kmene a soulad s přírodou.

- **Bharati** (1986): *Hinduistická* koncepce „Já“. Není zde jako v africkém vyzdvižen sociální kontext, ale zvláštní pojetí „Jáství“. Neoddělitelnost pravého „Já“ od boha. Jednota vnitřního „Já“ se všehomírem. Máme jej všichni, ale přístup k němu si je zapotřebí vypracovat (meditace, sebeovládání, askeze,...).
- **Devos** (1985): *Japonské* děti jsou vychovávány k uvědomění si působnosti svých činů na druhé. Matky dávají dětem na vědomí, že jejich činy někdy působí utrpení druhým – pocity viny. Nejvyšší uspokojení nalézají Japonci v pocitu náležením někam, v pocitu nalezení skupinové identity.⁷⁶
- A co sebepojetí např. *arabských* žen? Kde je jejich svoboda, individualita? Kdy vyložení Koránu jim přikazuje:
 - Hidžáb (závoj) musí nosit každá žena.
 - Ženy jsou pole k plození dětí. Jak řekl ajatolláh Mutahári: „Specifickou úlohou ženy v této společnosti je vdát se a rodit děti.“
 - Ženám je zakázáno studovat vybrané obory (např. zemědělství, archeologie, umělecká řemesla a mnoho dalších).
 - Dočasný sňatek je zákonný. Muž může mít čtyři „stálé“ manželky a tolik „dočasných“ kolik si přeje.⁷⁷
 - Věk, kdy mohou být děvčata provdána byl snížen na 13 a poté na 9 let.
 - Íránské ženy se nemohou provdat za cizince bez písemného svolení ministerstva vnitra.
 - Rozvod je nepopíratelným právem muže, s ženou se může rozvést bez jakéhokoliv předchozího upozornění.
 - Vdaná žena nemůže bez manželova svolení cestovat, pracovat, jít na vysokou školu atd.

⁷⁶ Autor neuveden, *Sebepojetí*, (cit. 2005 – 11 – 22), dostupný z: <http://www.kanata.ic.cz/Sebepoietí.doc>

⁷⁷ Kasem Abul, *Ženský ráj*, (cit. 2005 – 11 – 27), dostupný z:

http://www.pravdaoislamu.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=31&Itemid=22

- Vdané ženy nemohou cestovat do zahraničí bez písemného svolení svých manželů. A mnoho dalších příkazů a omezení.⁷⁸

Postavení ženy v islámské kultuře je hlavně poslední dobou velmi diskutované téma. Do popředí se dostává hlavně kritika z hlediska lidských práv. Do těchto diskuzí začíná také okrajově zasahovat soudobý feminismus. V diskuzi mezi západními a islámskými koncepcemi si každá strana hájí své hodnoty.

Důležitá je otázka místa ženy ve veřejném životě. Dnešní realita však sahá od zahalených žen, plně se věnující rodině až po vysoce elegantní intelektuálky, podnikatelky a rektorky univerzit...

3. 5 Vlivy masmédií a reklamy

Masmédia - dále se chci rovněž zmínit o *masmédiích*, která na nás útočí ze všech stran. Po přečtení různých ženských časopisů jsem si udělala tento názor:

Postavení žen ve společnosti se za posledních několik desetiletí výrazně zlepšilo. Jak je to ale s obrazem žen v médiích – módních časopisech, filmech, televizi atd.? Vysílají k ženám rozporuplné signály. Na jedné straně povzbuzují jejich sebevědomí, prosazování se ve společnosti. Na straně druhé na ně kladou nesmyslné estetické nároky a tím je frustrují.

„Krásná těla“ modelek na módních fotografiích... Tyto ženy určují ideál krásy naší doby. Poslední dobou se stále více odborníků ptá, nemůže mediální obraz ženství vážně ohrozit psychické a fyzické zdraví dívek a žen? Patologicky vychrtlá těla v pokroucených pózách...⁷⁹

Podle psychologických výzkumů začnou mladé dívky v pubertě překvapivě rychle ztrácet sebevědomí a pozitivní představu o sobě samých. Tato krize sebevědomí je způsobena konfliktem mezi obrazem, který si dívky tvoří samy o sobě, a obrazem ženství, který jim předkládají média. Tento pocit může přetrvávat po celý život. Snaha vyrovnat se ideálu vede nejen k psychickým, ale i fyzickým problémům. Trpí jimi i samy modelky. Přesto má mnoho dívek a žen snahu tyto modely napodobovat, protože jim je společnost předkládá jako jediný správný typ krásy. Mediální důraz na štíhlost se nezdá zvrhne v patologický

⁷⁸ Kasem Abul, *Ženský ráj*, (cit. 2005 – 11 – 27), dostupný z: http://www.pravdaoislam.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=31&Itemid=22

⁷⁹ Hanáková Petra, *Média frustrují ženy neskutečnými ideály krásy*, (cit. 2005 – 09 – 11), dostupný z: <http://www.feminismus.cz/fulltext.shtml?x=115083>

jev, např. „poruchy přijímání potravy“, mezi které patří bulimie a anorexie, přehnaná pohybová zátěž ve fitcentrech atd. Ženy posedlé touhou být „dokonalé“ utrácují spoustu peněz za značkové věci, drahé kosmetické přípravky, navštěvují salóny krásy, solaria apod.

Reklama a ideál krásy - jsou ale vůbec „ideály krásy“ z časopisů jako Elle či Cosmopolitan vůbec skutečnými postavami? Většina fotografií modelek totiž využívá mnohých úprav a triků. Prvním a nejjednodušším z nich je nafocení postavy z takového úhlu, aby se zdála co nejdelší a nejštíhlejší. Složitější úpravy se pak provedou přímo na fotografii pomocí počítačových grafických programů.

Ženská těla se používají jako lákadlo nejen pro obálky ženských magazínů, ale hlavně pro reklamní fotografie, inzerující nejrůznější zboží.

Reklama vytváří neskutečný a idealizovaný obraz ženství záměrně, aby v ženách vzbudila pocit nedostatečnosti. Zároveň inzerce naznačuje, že tuto nedostatečnost lze zlepšit, zakoupíme-li si výrobek, který reklama nabízí.⁸⁰

Žijeme v reklamním věku. Billboardy, šoty, inzeráty, letáky jsou všude kolem. Pravděpodobnost, že jedinec žijící v soudobé společnosti reklamu jako fenomén nezaznamenal, je téměř nulová. Reklama pracuje s hodnotovými měřítky publika a pokouší se je formovat ve prospěch svého cíle – zvýšení prodeje.

Odmalička slýcháváme, že krása není vším a důležitý je hlavně charakter. Bohužel, málokdy toto opravdu platí. Na pracovním trhu, ve společnosti i v partnerských vztazích jsou upřednostňováni lidé s vizáží, která se podobá mediálnímu standardu a schopnosti, kvalifikace a znalosti jsou pouze doplňujícím faktorem. Domnívám se, že hodnota člověka by se neměla odvíjet od toho, jak vypadá, ale jaký je. Kde se stala chyba? Je na nás všech, abychom se pokusili stávající situaci změnit, protože i nám by se jednou mohlo stát, že bychom pro svůj životní cíl nemuseli být dostatečně krásní.

⁸⁰ Hanáková Petra, *Média frustrují ženy neskutečnými ideály krásy*, (cit. 2005 – 09 – 11), dostupný z: <http://www.feminismus.cz/fulltext.shtml?x=115083>

3. 6 Vlivy prostředí

Vlivy prostředí hrají rovněž důležitou roli při utváření sebepojetí ženy a osobnosti vůbec. Známa je typologie prostředí navržená *J. Pietrem*, v níž je základem dělení postupně se zvětšující vzdálenost od jedince, jehož utváření zkoumáme.

1. **Mikroprostředí:** představuje prostorový rámec života jedince jakožto jedince i jako člena malé sociální skupiny (rodiny, malého pracovního kolektivu apod.). Jde o prostředí osobní, v němž působí vše, co jedince bezprostředně obklopuje na úrovni materiální, sociální i kulturní, vše, co má přímý a bezprostřední vliv (velikost bytu, kulturní vybavenost, počet osob a jejich vzájemné vztahy i vztahy a pozice zaujímané k jedinci atd.).
2. **Semiprostředí:** tj. začlenění malé sociální skupiny do širšího prostorově vymezeného společenství (obytný blok, malá ves, škola). Jde o prostředí místní, lokální, kde hraje roli vzdálenost, občanská vybavenost, mezilidské (sousedské) vztahy, kulturní příležitosti, tradice apod.
3. **Mezoprostředí:** je tvořeno krajinou, okresem a městem, roli zde hraje typ a hustota osídlení, pracovní příležitosti, doprava, hygiena, kulturní a vzdělávací příležitosti, postavení v rámci státu apod. (Zajisté ženě vtisknou určitá typická stigmata okolnosti, zda např. vyrůstala nebo žije na malé vesnici, farmě, stará se o hospodářství, je rodinný typ, má kupu dětí o něž pečuje a ty jsou pro ni vším. Naopak určitě rozpoznáme velký rozdíl u ženy, která žije ve velkoměstě, je kariéristka, např. významná manažerka, svobodná, řídící se posledními módními trendy, obklopená spoustou příležitostí ke společenskému vyžití).⁸¹
4. **Makroprostředí:** zahrnuje již větší území až po stát či část kontinentu. Na jedince většinou nepůsobí přímo, ale přes prostředí sdružené, osobní.

⁸¹ Smékal, V. *Psychologie osobnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989, s. 333, ISBN neuvedeno

Svou roli však hraje v měřítku společensko-ekonomické formace a historie, která ovlivňuje postavení a společenské vědomí jedince.

5. **Globální prostředí:** se stále více chápe jako celý kontinent či dokonce svět nebo vesmír. Ukazuje se, že v rovině ekologické a boje za mír a proti válce i v rovině celkového pokroku lidstva se na této úrovni existující tzv. globální problémy dotýkají každého jedince.⁸²

3. 7 Kritické fáze života, jež mohou rovněž ovlivnit sebepojetí žen

Vývoj člověka je celoživotní proces. Každý nový úsek života znamená nové požadavky, nové úkoly, problémy přizpůsobování a tím obnovené procesy proměny a zrání.

Tento celoživotní vývoj probíhá diskontinuálně, období rychlých změn se střídají s klidnějšími, stabilnějšími fázemi.

Pod pojmem krize rozumíme silně afektované, konfliktově vyhocené prožívání a chování v určitých obdobích života nebo v zátěžových životních situacích.

Nové životní úkoly nebo zvládání nových požadavků může vést ke zvýšenému psychickému napětí a nestabilitě, dosavadní možnosti řešení nebo koncepty života jsou zpochybněny nebo již nestačí. Krize proto často znamená předěl v životě. Můžeme z ní vyjít s novými cíli, s novou sebejistotou, novými způsoby chování a postoji ve smyslu zrání, ale může dojít i ke stagnaci ve vývoji nebo ke ztroskotání. Těžké krize, které žena už nemůže sama zvládnout, potřebují psychoterapeutické vyšetření – nebo jestliže krize byla způsobena situačně – je zapotřebí zasáhnout.⁸³

Adolescence. Podstatným úkolem zrání v adolescenci je najít vlastní identitu. To znamená najít sama sebe ve své vlastní autonomní osobnosti najít jednotu vlastního prožívání „Já“ a chování a moci se na ni spolehnout. Je to odpověď na otázku: Kdo jsem? Obsahově se tento koncept vztahuje k vlastnímu tělu, k vlastním schopnostem, specifickým naučeným způsobům chování a

⁸² Smékal, V. *Psychologie osobnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989, s. 333, ISBN neuvedeno

⁸³ Feldmann, H. *Kompendium lékařské psychologie*. Praha: Victoria Publishing, 1995, s. 133-134, ISBN 80- 85605-67-8

k sociálním skupinám, k nimž člověk patří. Vyhrocené potíže v tomto věku nazýváme krize zrání. Difúze identity znamená neschopnost najít sama sebe a psychosociálně se integrovat.

Momenty zrání v dospělosti.

Intimita a partnerství s opačným pohlavím, navázání intenzivního trvalého vztahu. Důležitými úkoly zrání při tom jsou: zachovat si v partnerském vztahu vlastní identitu, najít rovnováhu mezi oboustrannými potřebami a mezi dáváním a přijímáním, schopnost snášet přechodná zklamání a selhání na základě vzájemné důvěry.

Těhotenství a porod jsou v životě ženy vedle biologického procesu i jednou z nejpodstatnějších psychosociálních událostí spojenou s reprodukcí a mateřskou potřebou. Těhotenství je novou, afektivně silně poznamenanou oblastí prožívání a zkušeností, která působí na sebepojetí a sebechápání ženy. Vědomí bezprostředního procesu reprodukce ve vlastním těle, změněný obraz těla a jeho prožívání, pocity pohybů dítěte jako výraz vlastní aktivity očekávaného dítěte jsou právě tak důležité jako nová orientace postojů a hodnot. Najít identitu a odpovědnost jako matka, novou solidaritu s partnerem, vnitřní anticipaci budoucí úlohy matky, aktualizovaná problematika odloučení od vlastní matky. Důležité je, zda dítě je chtěné (plánované nebo akceptované) nebo nechtěné.⁸⁴

Jak jsem se již zmínila, jednou z charakteristik těhotenství jsou výrazné změny vzhledu. Jiná je i funkce změněného těla. *Mellanová* ve Speciální psychologii, v kapitole - Faktory ovlivňující psychiku těhotné ženy, se zabývá mimo jiné, osobností ženy a jejím sebepojetím. „Jsou ženy, kterým těhotenství doslova „sluší“, druzí o nich říkají, že rozkvetly mateřstvím. Ale jsou i ženy, u kterých jejich vzhled může vyvolávat pochybnosti, zda se budou partnerovi ještě líbit, zda pro něj budou i nadále sexuálně přitažlivé. Mnoho žen si ve vysokém stupni těhotenství nedovede představit, že budou ještě někdy štíhlé a pružné, že budou opět atraktivní. Snížené sebevědomí až pocity méněcennosti jako důsledek změněného sebepojetí, jsou častěji popisovány u žen, které měly poruchy sebehodnocení již před graviditou, které si nejsou jisté pevností partnerského vztahu.“⁸⁵

⁸⁴ Feldmann, H. *Kompendium lékařské psychologie*. Praha: Victoria Publishing, 1995, s. 133-134, ISBN 80- 85605-67-8

⁸⁵ Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M. *Speciální psychologie*. Brno: IDVZP, 1999, s. 119, ISBN 80-7013-243-4

Rodičovství. Rozšíření partnerské dvojice o děti, založení rodiny, znamená nové zkušenosti a adaptivní úkoly, reorganizaci životního stylu, zaměření na potřeby dětí.

Práce a povolání. Se svými rozdílnými sociálními a ekonomickými aspekty a možnostmi seberealizace. Určitá emancipace žen a nároky na ně kladené, ať už týkající se podaného pracovního výkonu a nebo vzhledu.

Životní předěl. Ve věku kolem 40 let si mnozí uvědomují, že překročili polovinu života a tím jeho vrchol. S nevyhnutelností vlastní smrti, jejíž realita byla až doposud někde skryta a maskována v pozadí, si člověk uvědomuje ohraničenost vlastního života. Při krizi v polovině života se objevuje skrytý strach, nejistota a deprese, uvědomění křehkosti dosavadních iluzí jistoty, a dochází k maskování nevyhnutelnosti smrti aktivitou. Z této krize vychází člověk zralejší tehdy, jestliže se mu podaří „truchlit“ nad anticipovanou vlastní smrtí a jestliže ji včlení do konceptu života tak, že získá novou sebejistotu a hlubší pocit kontinuity života, reality a seberealizace.⁸⁶

Klimakterium, involuční stáří. Přechod je spojen s přirozeným úbytkem ženských pohlavních hormonů - estrogenů. S klesající hladinou estrogenů dochází k nepříjemným projevům menopausy, především návaly horka, pocení, bušení srdce a nespavost. Objevují se poruchy nálady, podrážděnost a nervozita, ztráta sebedůvěry, úzkost či nejistota. Protože estrogeny jsou důležité pro správnou funkci a kvalitu tkání, je pokles estrogenů doprovázen zrychleným procesem stárnutí kůže, tvorbou vrásek a dochází ke změnám na sliznicích (např. pochvy, močového ústrojí a spojivky). Sliznice vysychá a atrofuje, stává se tak náchylnou k infekcím. To se může projevit pálením nebo bolestivostí při pohlavním styku a ztrátou zájmu o sexuální život.⁸⁷

Dochází k organickým změnám a významně se zvyšuje riziko vzniku dalších onemocnění (např. osteoporóza, kardiovaskulární onemocnění, nádory atd.), atrofují genitálie a prsy, zvyšuje se podíl tělesného tuku, ten se začíná hromadit i mimo typická ženská místa (zadek, boky, prsa).⁸⁸ A tak mezi ženami v přechodovém věku drasticky přibývá obezity. Ženy většinou nesou přechod

⁸⁶ Feldmann, H. *Kompendium lékařské psychologie*. Praha: Victoria Publishing, 1995, s. 135-136, ISBN 80- 85605-67-8

⁸⁷ Autor neuveden, *Klimakteriem bez potíží*, (cit. 2006 – 02 – 17), dostupný z: <http://www.klimakteriembezpotizi.cz/a/index.asp?t=0>

⁸⁸ Herodková Jana, *Klimakterium dá ženám zabrat*, (cit. 2006 – 02 – 17), dostupný z: <http://kina.seznam.cz/zdrav/67788-klimakterium-da-zenam-zabrat.html>

těžce. Mají pocit, že přestávají být atraktivní, sledují každou vrásku, která se objeví na obličeji či ve výstřihu, nařikají na řidnutí, šedivění vlasů a probírají své zdravotní potíže. V této době se také často osamostatňují děti a odcházejí z domova. A tak rodiče, kteří časem zapomněli na sebe, své potřeby a všechny síly věnovali pouze rodině a hlavně dětem, mají najednou dost času, se kterým nevědí, jak naložit. Většinou totiž opustili své koníčky a zájmy. Někdy mají dokonce pocit, že v životě o něco přišli, že jim něco uniklo a že se jejich šance zažít ještě něco úžasného pomalu uzavírají. Mnohdy si už ani nerozumějí s partnerem, a tak se za každou cenu snaží něco změnit, či ještě něco ze života „urvat“. Odborníci tomuto stavu říkají „syndrom zavírajících se dveří“.⁸⁹

Žena, která akceptovala své pohlaví, by měla bez větších psychologických problémů přijmout fakt klimakteria. Vyrovnat se se skutečností, že již nikdy nemůže naplnit nejzákladnější biologické poslání svého pohlaví, kterým je reprodukce. Vyrovnaná žena mnohdy fakt klimakteria a splněných mateřských povinností vítá, protože teprve pak může převzít některé sociální role, které jí přinesou pocit plné seberealizace.⁹⁰

Dalšími kritickými fázemi jsou odchod do důchodu, stáří s možnou polymorbiditou, osamělostí atd.⁹¹

⁸⁹ Herodková Jana, *Klimakterium dá ženám zabrat*, (cit. 2006 – 02 – 17), dostupný z: <http://kina.seznam.cz/zdrav/67788-klimakterium-da-zenam-zabrat.html>

⁹⁰ Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M. *Speciální psychologie*. Brno: IDVZP, 1999, s. 113, ISBN 80-7013-243-4

⁹¹ Herodková Jana, *Klimakterium dá ženám zabrat*, (cit. 2006 – 02 – 17), dostupný z: <http://kina.seznam.cz/zdrav/67788-klimakterium-da-zenam-zabrat.html>

4. Estetika a krása

4.1 Vymezení pojmu estetika

Estetika jakožto filozofie krásna je velmi starý obor filozofického myšlení. Její jméno ovšem a její ustanovení v samostatnou filozofickou disciplínu je teprve dílo 18. století, kdy ji *Alexander Gottlieb Baumgarten* (1714-1762) oddělil od ostatních filozofických disciplín a nazval estetikou.

Vedle přesného, logického poznání rozumového, byl shledán i při poznávání smyslovém určitý stupeň dokonalosti, a tím byl cit krásna, jež smysly prostředkují. Toho užil Baumgarten a vedle logiky, jakožto vědy o dokonalém poznání rozumovém, a etiky, jako vědy o dokonalém chtění vztahujícím se k dobru, postavil estetiku, jakožto vědu o dokonalém poznávání smyslovém, vztahujícím se ke krásnu.⁹²

4.2 Pojem krása

Vznik pojmu krásna, spolu s dobrem a pravdou vytvořilo důležité pilíře budoucí evropské filozofie, především ovšem filozofie idealistické.

Jak bychom mohli definovat krásu?

Krásna má mnoho podob a projevuje se na rozmanitých úrovních, známe krásná těla i krásné duše, krásné činy a krásné řeči, v základu všeho pak je krásna a zářivost světa jako dobře uspořádaného celku. Krásna znamená sličnost, výraznost i přesvědčivost, dokonalost, vhodnost a přiměřenost, moudrost i čestný zdar. Je nutně (bytostně) objektivní, výmluvná a přesvědčivá sama sebou, dovolává se naší způsobilosti vidět, obdivovat a milovat (toužit). V jistém smyslu vlastně uvedené schopnosti zakládá, upevňuje a rozvíjí.⁹³ Vždy se totiž rovná smyslu pro uspořádání a řád, potřebě souladu a harmonie, smyslu pro symetrii, rytmus a styl, a zakládá se na porozumění pro uměřenost, vhodnou míru, příslušné meze a

⁹² Mokrejš, A., Svoboda, K., Novák, M., Patočka, J. Studie o počátcích uvažování o kráse v antickém Řecku. Praha: KLP (Koniasch Latin Press), 1997, s. 75, ISBN 80-85917-34-3

⁹³ Mokrejš, A., Svoboda, K., Novák, M., Patočka, J. Studie o počátcích uvažování o kráse v antickém Řecku. Praha: KLP (Koniasch Latin Press), 1997, s. 21, ISBN 80-85917-34-3

omezení, nezbytné hranice, výraznou určitost, dokonalou skloubenost a účelnou výstavbu.

Smyslem pro krásu, schopností obdivu, lásky a touhy vyvolaných krásou, porozuměním pro její nesmrtelnost, se tedy vyznačuje pouze člověk, který má rozum, tj. rozumějící duši, který se dokáže oprostít od všeho matoucího, co brání ryzímu nahlédnutí. Smysl pro krásu představuje druh moudrosti a ta tkví ve schopnosti vidět a rozumět, ve snaze zahlédnout přirozenost věcí a rozumět jejich dokonalosti.

Obdiv ke kráse a touha po ní pak vede také člověka a povzbuzuje ho k tomu, aby se pokoušel vytvářet a uskutečňovat krásné věci, aby žil a tvořil v kráse, aby byl její součástí.⁹⁴

4. 3 Ideál ženské krásy

4. 3. 1 Ideál ženské krásy v proměnách času

Historie nás učí, že se ženská těla vždy měnila s cílem dosáhnout nějakého ideálu. Například Venuše Willendorfská pocházející z paleolitu, před 10ti až 15ti tisíci lety, což byla doba, kdy pro ženu bylo nanejvýš žádoucí, aby byla tlustá. Venuše má velká prsa, břicho, velké hýždě a stehna. Z *paleolitu* také pochází mnoho figurek, jež zdůrazňují sexualitu. I u nás byla nalezena pravěká soška Venuše ve Věstonicích.

Ve starověkém *Řecku a Římě* byly v módě atletické postavy. Jak muži, tak i ženy provozovali tělesná cvičení. Ideální tělo nemělo příliš mnoho křivek, ale bylo souměrné a zdravé. Ženy měly ladnější křivky, ale nebyly baculaté. Sochy mužů představovaly fyzicky i duševně dokonalé mladíky, bez vady na kráse. Zdůrazňování sexuality ustoupilo, ženy ji spíše plaše skrývaly.⁹⁵

Ve *středověku* bylo módní a morální popírat vše, co souviselo s tělesností: potravu, sex, různé radosti a příjemnosti. Toto popření bylo známo jako asketismus. Ideální ženské tělo, jak jej známe z uměleckých děl, mělo hubené paže a nohy, velice bledou kůži, žádné řasy, vysoké čelo a vydulý žaludek.

⁹⁴ Mokrejš, A., Svoboda, K., Novák, M., Patočka, J. Studie o počátcích uvažování o kráse v antickém Řecku. Praha: KLP (Koniasch Latin Press), 1997, s. 21, ISBN 80-85917-34-3

⁹⁵ Skočilová Michaela, *Ideál ženské krásy v proměnách času*, (cit. 2005 – 07 – 26), dostupný z <http://lide.gymcheb.cz/~miskocil/ideal.html>

V éře **baroka**, v 17. a 18. století, v době dekadence a smyslového požitku byly v módě mohutné ženy. Jídlo bylo opět v pořádku s obecnými mravy a baculatá žena se považovala za bohatou ženu, která si mohla dovolit mnoho jíst. I když barokní žena nebyla tak tlustá jako Venuše Willendorfská, bujné křivky těla zůstávaly módními.

Na přelomu **19. a 20. století** přišly do módy mohutně rozvinuté hýždě. Oděvy zdůrazňovaly mohutné pozadí. Protože korzety stahovaly pasy, ženy často trpěly bolestí vnitřních orgánů a často omdlévaly. Ideální viktoriánská žena byla smrtelně bledá, do květin v mdlobách padající kráska. Malby Ofélií a dam ze Shalottu zobrazují bujné ženské tvary. Právě ženy prokleté dobrým zdravím se nejvíce zajímaly o souchotinářsky bledou pleť. Jako odpověď na tento ideál a sociopsychologické faktory jako šestinedělí, vynucená nečinnost a krajní nuda žen středních tříd se objevila anorexie.

Poválečná doba se vyznačovala bujnou smyslností. Byla to doba hodných dívek, ale pouze zlobivé holky a osudové ženy uváděly věci do pohybu. Alespoň v seriálech a filmech, které se začaly rozvíjet. Úspěšné ženy byly ty, které věděly, co chtějí a šly si za tím.

Konec 60. a počátek 70. let přinesl do módy ženy malé, štíhlé – jako modelka Twiggy. V té době ženy získávaly přístup k antikoncepci a uplatňovaly se ve veřejném životě. Trochu to připomíná 20. léta, kdy ženy získávaly volební právo a politické zastoupení, což bylo také provázeno androgynní módou. Tento archetyp přetrval až do současnosti. Nikdo nevolá po návratu zkrocené smyslnosti nebo osudových žen ze čtyřicátých a padesátých let.

Ke změně estetického ideálu dochází **na počátku 20. století**. Ženy začínají více pracovat v různých profesích, a tak jejich postavu přestávají formovat nepohodlné šaty, například již zmíněné korzety. Po první světové válce přišla do módy chlapecká postava (Miss America měla v té době míry 81-63-89) a opálení.⁹⁶ Ve 30. a 40. letech pak byly zdůrazňovány ženské křivky. V roce 1942 vyšla kniha Nový lékařský rádce, v které autor popsal tehdejší ženský ideál: „Jemná stavba kostí, oblé tvary, plné, nepřevísle prsy, široké kyčle, neochlupený trup a obličej.“ Ještě dlouho po druhé světové válce, kdy byl nedostatek jídla, byla plná postava považována za znak blahobytu. Ideálem je Marilyn Monroe a míry

⁹⁶ Skočilová Michaela, *Ideál ženské krásy v proměnách času*, (cit. 2005 – 07 – 26), dostupný z <http://lide.gymcheb.cz/~miskocil/ideal.html>

91-58-91. Zlom nastal v 60. letech, kdy se symbolem stává modelka Twiggy s mírami 79-56-81. Podle tehdejších průzkumů však tento typ postavy nebyl rozhodně tím pravým pro muže (jejich ideální žena měla mít velká ňadra jako modelky focené pro pánský magazín Playboy). V roce 1982 americký časopis Time vyhlásil za ideální ženu herečku Jane Fondovou. V té době se kladl důraz na pevnou a sportovní postavu.⁹⁷

4. 3. 2 Ideál ženské krásy současnosti – můj názor

Ideál krásy je ovlivňován nejen tím, kdy a kde žijeme, ale také například strachem ze stáří a smrti. Co je v jedné zemi považováno za velmi přitažlivé, jinde odpuzuje. Například podle výzkumu Američanky A. Fallonové z konce 80. let jsou Afroameričanky se svou plnější postavou spokojeny více než Američanky bílé pleti. Mezi afroamerickou populací totiž silné ženské tělo vyjadřuje sexualitu a smyslnost. Na Filipínách, v Indonésii nebo Číně zase tloušťka znamená dostatek potravy, a tedy i bohatství.⁹⁸

Vietnamci považují za krásné ženy ty, jejichž plet' září alabastrově. Místní ženy se dokonce brání jakémukoli proniknutí slunečních paprsků ke kůži, takže i při velmi slunečných dnech chrání bělostné tělo dlouhými rukávy a klobouky.

Číňané k ženám nevzhlíželi. Tedy přesně řečeno, koukali dolů, na chodidla. Čím menší nožka (proslulé liliové květy), tím krásnější a také vášnivější žena. Japonské gejši doposud věří, že mučivé obvazování a deformování nohou vedoucí k dětské velikosti, zvyšuje jejich vaginální reflexy.

Japonkám vždy připadaly krásnější oči evropského typu, a tak začaly experimentovat s jejich úpravou. Dnes běžně podstupují kúry pro zakulacení očí.

Číňané svoji touhu po „jiné“ kráse (tedy západní) dovedli až do extrému. V jejich pojetí krásný rovná se vysoký, a protože genetické dispozice tuto teorii moc nepodporují, uchylují se až k brutálním úkonům a jdou doslova do morku kostí – kosti si nechávají prodlužovat.⁹⁹

⁹⁷ Skočilová Michaela, *Ideál ženské krásy v proměnách času*, (cit. 2005 – 07 – 26), dostupný z <http://lide.gymcheb.cz/~miskocil/ideal.html>

⁹⁸ Skočilová Michaela, *Ideál ženské krásy v proměnách času*, (cit. 2005 – 07 – 26), dostupný z <http://lide.gymcheb.cz/~miskocil/ideal.html>

⁹⁹ Kratochvílová, J. *Krása je příčinou utrpení, zdrojem inspirace i velkých zisků*. Čilichili, 2006, s. 30-41, č. 4

Domnívám se, že ideál krásy naší doby, je nám svým způsobem „vnucován“ módním průmyslem, a určují jej modelky, manekýny a missy, které jsou nám předkládány jako ten jediný správný typ krásy.

Fashion look klade důraz na štíhlost, mnohdy až patologickou. Naprostá většina dívek a žen zdaleka nemá míry 90-60-90 a výšku nad 175cm, které jsou pro práci v modelingu podmínkou. Proč tedy musí být modelky, kterým se chtějí mladé dívky podobat, tak vyhublé? „Taková je objednávka z ciziny. Štíhlé chlapecké postavy vyžadují módní návrháři. Lépe se na tyto typy šije a modely na nich vypadají také dobře,“ vysvětluje ředitelka agentury Czechoslovak Models Milada Karasová v jednom článku (Většina Češek se necítí krásná a chce zhubnout – i DNES.cz).

Problémem je, že spousta mladých děvčat, je pozlátkem showbyznysu okouzlena a snadno zmanipulovatelná. Také se touží objevovat na titulních stránkách prestižních módních časopisů, být středem pozornosti vlivných a bohatých mužů, cestovat a vydělávat spousty peněz „pro nic za nic“. Mně by se to také líbilo... Ale vím, že nic není zadarmo a mnohdy tak růžové, jaké se zdá být. Každá mince má svůj rub a líc. Navíc nadpřirozený půvab některých celebrit se často lidem podsouvá, aniž by skutečně existoval. Podobně jako kolem soutěží miss se vytváří falešné fluidum inteligentních krás a mnohdy „skutek utek“, stává se často, že kolem pěveckých a hereckých hvězd se uměle vytváří mlžný opar úchvatné nádhery. Například často čteme o nádherné Penélope Cruze či Julii Roberts, dle mého názoru však patří mezi průměrné „tuctovky“, kterých by si na ulici bez jejich slávy všiml jen málokdo. Tématem masmédií, reklamy a ideálu krásy jsem se zabývala už v kapitole 3. 5 Vlivy masmédií a reklamy.

Žijeme v komerčním světě a jsme konzumenty toho, co nám tržní svět nabízí. Je žádoucí být „in“ a oblékat se ve značkových obchodech typu Promod, Kenvelo, Terranova, Orsay..., boty kupovat u Baři, Nike, Adidas..., mít gelové nehty, vlasy sestříhané do módního účesu, který právě letí, neopomenout melír, zvolit správný „in“ makeup, pravidelně navštěvovat kosmetiku, solárium a hlavně fitcentrum, abych náhodou nepřibrala, řekne si leckterá dívka, no, když tak by mi pomohla liposukce a možná bych svolila i k jinému chirurgickému zákroku. Vždycky se mi líbil nos Claudie Schiffer, poprsí Pamelý Anderson... (I když jsem svou studii zaměřila na sebepojetí *ženy*, neodpustila bych si se nezmínit o Michaelu Jacksonovi, který se bezesporu stal průkopníkem v oblasti totální změny

sebe sama. Jeho postupná přeměna z mladíka černé pleti s afro vlasy na něco neidentifikovatelného je spíše odstrašujícím příkladem). Vše dovršit správně zvoleným drahým parfémem, např. Hugo Boss, Nina Ricci, Givenchi... a být jako ostatní. Být „in“, nevybočovat, výstřednost se nenosí... Ne, nechci být pesimistická, nebo nějak zaujatá a možná už přeháním, ale opravdu spousta lidí se nechá ovlivnit, ztrácí tak svou přirozenost a to je škoda, ne? Samozřejmě, že je správné chtít vypadat dobře, hezky, čistě, upraveně, moderně, ale určitě není žádoucí až přehnaná honba za uniformní „krásou“, umělou dokonalostí bez osobitosti a jedinečnosti.

Konečně o určité vzpouře proti „dokonalé, vyumělkované kráse“ svědčí i současná billboardová kampaň kosmetické firmy Dove s názvem „Kampaň za skutečnou krásu“ (viz www.kampanzaskutecnoukrasu.cz), která postavila svůj marketingový úspěch na nedokonalosti. A o tom to právě je. Ukazuje, že krása má několik rozměrů. Každý vnímá krásu jinak. Pro někoho je krásná pihatá zrzka, pro někoho jižanská tmavovláska. Pro jednoho představuje ideál energická boubelka, pro jiného zas křehká víla. Je to subjektivní. Co člověk – to názor. Příjemným překvapením jsou i výsledky jejich průzkumu – většina lidí dává přednost nedokonalosti před absolutní dokonalostí. V malých chybičkách je krása, ty nás dělají zajímavými a odlišnými od druhých. V některém časopise mne zaujal slogan „Dokonalá krása je reklamní trik, jímž oblbují svět ti, co na ní vydělávají.“ (Od reklamních agentur, přes fotografy, modelky, kadeřníky, stylisty, maskéry, osvětlovače...). Moc se mi líbil. Je fakt, že díky komerčnímu módnímu trendu povrchnosti se stal z fyzické dokonalosti přeceňovaný fenomén, který přesto, že má svá kritéria např. souměrnost, ladnost, jemnost, výraznost, apod., je pojmem velice relativním. První dojem sice dělá vizáž, avšak řeč, osobitá gestikulace a chování může první dojem změnit v plus nebo minus. Bezduhá fyzická krása ať přírodní či umělá, se za chvíli okouká a stane se z ní nudný stereotyp. Lidé se brzy nasytí povrchní nádhery a budou spíš toužit po osobitém kouzlu, originalitě a hledání nových tváří a typů pro reklamu.

5. Psychoterapie jako jeden z možných způsobů řešení nespokojenosti se sebou samým

5.1 Úvod do psychoterapie

V dnešní době se lze setkat s mnoha pojetími a definicemi psychoterapie. Důraz je kladen na různé stránky psychotherapeutického procesu a cílů léčby. Svůj základ však zpravidla odvozují od francouzského lékaře a psychologa **P. Janeta** (1895-1947), který ji prvně vymezil jako léčení psychologickým působením, majícím své zákonitosti. Nelze zde nezpomenout neuropsychiatra a moravského rodáka **S. Freuda** (1856-1939), zakladatele psychoanalýzy, neboť společně s P. Janetem položili základy psychoterapie jako samostatného oboru.¹⁰⁰

Podle **Kratochvíla** psychoterapie je léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii psychologickými prostředky. Nebo jinými slovy: psychoterapie je záměrné upravování narušené činnosti organismu psychologickými prostředky. Narušení činnosti se může týkat psychických procesů a osobnosti nebo somatických procesů a funkcí orgánových. Může být záležitostí, podmíněnou jak psychogenně tak somatogenně. K psychologickým prostředkům pak patří především slovo, ale i mimika nebo mlčení, emotivita a emoční vztahy, učení, manipulace prostředím a jiné.¹⁰¹

C. G. Jung popsal psychoterapii jako dialektický vztah mezi lékařem a pacientem. Je to střetnutí dvou duševních celostí, ve kterém je všechno vědění jen nástrojem. Cílem je proměna a to nikoliv změna předem určená, ale spíše změna, která se nedá určit a jejímž jediným kritériem je zmizení vázanosti na „Já“. Žádná snaha lékaře prožitek nevynutí. Lékař může pacientovi nanejvýše připravovat cestu k dosažení postoje, který bude klást rozhodujícímu prožitku nejmenší odpor.¹⁰²

Vymětalova definice:¹⁰³ psychoterapie je především léčbou, ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciární prevencí) poruch zdraví, která se

¹⁰⁰ Vymětal, J. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995, s. 52, ISBN 80-901773-4-4

¹⁰¹ Kratochvíl, S. *Psychoterapie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1968, s. 4, ISBN neuváděno

¹⁰² Jung, C. G. *Člověk a duše*. Praha: Academia, 1995, s. 78, ISBN 80-200-0543-9

¹⁰³ Vymětal, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1997, s. 14, ISBN 80-86123-02-2

uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychoterapie představuje zvláštní psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy i tělesné procesy tím způsobem, že navozuje žádoucí změny a tak podporuje zdraví či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví. Vlastní psychoterapie probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a pacientem.¹⁰⁴

Mně osobně se z těchto tří definic nejvíce zamlouvá právě ta Vymětalova, která se opírá o Rogerse.

Cílem psychoterapie a to v podstatě jakékoliv, je především umožnit pacientovi (a často i jeho nejbližším, tedy rodině) pravdivější orientaci ve světě, v němž žije, čemuž předchází prohloubení sebepoznání a porozumění souvislostem mezi zdravotními obtížemi a způsobem života.¹⁰⁵

Vlivem psychologického působení se uskutečňuje **změna** osobnosti klienta, jeho chování a jeho postavení v rodině, zaměstnání, event. mezi přáteli, nebo lidmi jinak blízkými.

V psychoterapii zaměřené na osobnost se snažíme, aby klient více akceptoval sebe, získal k sobě lepší vztah, jindy usilujeme o snížení požadavků, které na sebe klade atd. Změna v osobnosti mívá často za následek i změněné chování.

Za hlavní zdroj změny v psychoterapeutickém významu považujeme tendenci člověka po dosahování vyšší kvality, zdokonalování sebe spolu s druhými a tuto skutečnost nazýváme psychosociálním zráním, osobnostním růstem a rozvojem.

Změna vyvolaná psychoterapeutickým působením má stránku rozumovou, citovou a akční.¹⁰⁶

- **Působení na převážně rozumovou stránku** tvoří základ psychoterapie a bývá vyjadřováno pojmy: náhled, kognitivní korektivní zkušenost, pravdivější sebepoznání apod.¹⁰⁷

¹⁰⁴ Vymětal, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1997, s. 14, ISBN 80-86123-02-2

¹⁰⁵ Vymětal, J. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995, s. 54, ISBN 80-901773-4-4

¹⁰⁶ Vymětal, J. *Psychoterapie (Pomoc psychologickými prostředky)*. Praha: Horizont, 1987, s. 53-55, ISBN 40-093-87

¹⁰⁷ Vymětal, J. *Psychoterapie (Pomoc psychologickými prostředky)*. Praha: Horizont, 1987, s. 56-57, ISBN 40-093-87

- **Působení převážně na citovou stránku** klienta bývá nazýváno emoční korektivní zkušeností a v souvislosti s touto oblastí se setkáváme s výrazy odžití, odreagování apod.
- **Působení na převážně akční stránku** člověka vyjadřuje pohled na lidského jedince jakožto bytost nejenom rozumovou a citovou, nýbrž i jednající a aktivně zasahující. V rámci psychoterapeutické práce se zde setkáváme s výrazy jako nácvik, přeučování, trénink, modifikace chování apod.

Při terapeutickém vedení a ovlivňování pacientů je žádoucí respektovat všechny tři stránky změny – rozumovou, citovou a akční – a působit na ně současně, jinak bývá dosažena změna jen krátkodobě.¹⁰⁸

Léčba jedince může probíhat jako :

- **individuální terapie** – při které se setkání účastní zpravidla pouze pacient a terapeut, významné postavy pacientova života mohou být v odůvodněných případech se souhlasem pacienta přizvány
- **skupinová terapie** – léčba určitého počtu pacientů
- **léčebné společenství** – představuje sociální pole v rámci zařízení, které je specifickým způsobem strukturováno a ve kterém probíhá terapeutický proces. Jednou z forem organizace léčebného společenství je např. komunita.¹⁰⁹

V psychoterapeutické teorii jsou důležité tři základní proměnné, které by měly sytit a nést vztah mezi terapeutem a klientem.

Jedná se o terapeutův:

- postoj, který nazveme plná akceptace, úcta a vřelost
- schopnost vysoké empatie, čili porozumění vcítěním
- osobnostní rys projevující se značnou autenticitou – ryzostí osobnosti a chování terapeuta.¹¹⁰

¹⁰⁸ Vymětal, J. *Psychoterapie (Pomoc psychologickými prostředky)*. Praha: Horizont, 1987, s. 56-57, ISBN 40-093-87

¹⁰⁹ Vymětal, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1997, s. 51-54, ISBN 80-86123-02-2

¹¹⁰ Vymětal, J. *Psychoterapie (Pomoc psychologickými prostředky)*. Praha: Horizont, 1987, s. 62, ISBN 40-093-87

5. 2 Jednotlivé psychoterapeutické směry – ke změně sebepojetí

- **Psychoanalytická psychoterapie** – je nejstarší a dlouhodobá. Vychází z Freuda, z psychoanalýzy, a její vymezení vůči ní je značně složité. Klíčovou koncepcí psychoanalýzy, která je dnes uznávána obecně, je myšlenka nevědomé části psychiky.
- **Rogeroivská psychoterapie** – v širších souvislostech je zařazována do oblasti humanistické psychologie. Její autor, psycholog **C. R. Rogers**, ji poprvé formuloval v r. 1940. Původně byla tato terapie nazývána „nedirektivní“, později jako „terapie zaměřená na klienta“. Rogeroivský přístup vychází z předpokladu růstu a změny v každém člověku, který je možný právě a především ve vztahu s druhými lidmi. Základním východiskem je subjektivní, prožitková zkušenost člověka.
- **Logoterapie a existenciální analýza** – logoterapie je terapeutickým přístupem zaměřeným na duchovní stránku lidské existence. Ta se v životě člověka projevuje svobodou v osobních volbách, odpovědností za ně a prožíváním jejich smysluplnosti, či nesmyslnosti vzhledem k rozpoznávaným životním hodnotám. Tvůrcem tohoto směru je vídeňský lékař **Viktor Frankl**. Ten se otázkou o smyslu života zabýval již od mládí.
- **Tvarová terapie** – zakladatelem je **Frederich S. Perls**, německý lékař. Tvar (Gestalt) je tvořen sestavou nebo vzorci jednotlivých částí celku. Gestaltisté se domnívají, že organismus vnímá celek a ne částice a kousky celku. Celek je vždy víc než pouhý souhrn jednotlivých částí. Cílem zaměřeného pozorování v tvarové terapii je uvědomění nebo vhléd. Tvaroví terapeuti studují nejen obsah vědomí, ale i samotný proces uvědomování si vědomí.¹¹¹

¹¹¹ Vymětal, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1997, s. 174-260, ISBN 80-86123-02-2

- **Systemická rodinná terapie** – je poměrně mladý psychoterapeutický směr. Její počátky sahají do padesátých let. Zastánci této terapie jsou přesvědčeni, že psychické problémy vznikají v sociálních vztazích a proto je systém těchto vztahů také adresátem terapeutických zásahů. Zapojení partnerů, s nimiž pacienta pojí důležitý vztah, do terapie – formou párové, nebo rodinné terapie – podstatně přispívá k porozumění pacientově individuální problematice.¹¹²
- **Behaviorální terapie** – je název pro ty terapeutické směry, které se zaměřují na změnu konkrétního chování člověka v kontextu jeho prostředí. Pojem chování je zde chápán široce, jako repertoár aktivit organismu, které mohou mít formu reakcí *fyzilogických* (bušení srdce, pocení...), *emocionálních* (strach, hněv...), *kognitivních* (vnímání, očekávání, přesvědčení...) a *motorických* (útek, útok...). Základním východiskem je předpoklad, že většina našeho chování „normálního“ i „abnormálního“ je naučena v procesu interakce s naším prostředím.¹¹³

5. 3 Význam psychoterapie – můj názor

Domnívám se, že by bylo na místě a na mnohých klinikách tomu tak opravdu je, že klientky, které se rozhodují podstoupit estetickou operaci, by nejprve měly absolvovat psychoterapeutický rozhovor. Možná by jim pomoc odborníků odhalila jiné pojetí sebe sama a pomohla v sobě objevit jiné hodnoty. Občas se mi zdá, že některé klientky, které k nám přicházejí, ani zas tak moc tělesnou úpravu nepotřebují. Ale ony ten svůj „komplex“ vidí jako obrovský, brání jim v normálním životě, protože k němu upírají veškerou svou pozornost a svalují na něj všechny své neúspěchy. Jsou jakoby posedlé touhou po změně a doufají, že se jim tím změní i život. Samozřejmě, že v případech, kdy odchylka od normy je opravdu velmi znatelná a té ženě způsobuje potíže, pohybovat se ve společnosti, je vystavena nepříjemným narážkám od okolí, které se týkají jejího vzhledu a omezuje ji to v běžném životě, izoluje se, tak tam je, myslím si, na

¹¹² Vymětal, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1997, s. 174-260, ISBN 80-86123-02-2

¹¹³ Vymětal, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1997, s. 152, ISBN 80-86123-02-2

místě kosmetickou úpravu podstoupit, pokud se tím problémy vyřeší a ona se bude cítit spokojená a šťastná. Opravdu hodně záleží na tom, z jakého důvodu se klientka rozhodla operaci podstoupit. Jsou i případy, kdy žena doufá, že určité vylepšení jí vrátí zpět mládí a nebo manžela, který si našel milenku. V takové situaci je psychoterapie na místě a důležitá, protože v těchto a podobných případech samotný zákrok problém nevyřeší, možná právě naopak prohloubí.

6. Estetická chirurgie a nejčastější operace – další možný způsob jak vyřešit nespokojenost se sebou a se svým vzhledem.

6.1 Úvod do estetické chirurgie

V dnešní době jsou esteticko-chirurgické výkony žádány mnohem častěji než kdy dříve. Zkušený chirurg je schopen tyto výkony provádět bezpečně s maximálním přínosem pro pacienta.

Výběr pacienta je pravděpodobně důležitější než jakýkoli jiný faktor. Ne všichni pacienti jsou vhodnými kandidáty pro estetické operační výkony a u některých jsou přímo kontraindikováni. Věk nebo špatný celkový zdravotní stav pacienta může být důvodem pro odklad, popřípadě odmítnutí těchto čistě elektivních výkonů. Při rozhodování musí být brány v úvahu dva další důležité faktory. Prvým faktorem je proveditelnost výkonu z anatomického hlediska. Může být plánovaná úprava provedena úspěšně a bezpečně? Který postup nejlépe zajistí úspěch? Druhým faktorem je psychologický stav pacienta. Pochopil pacient plně podstatu uvažovaného výkonu, jeho rizika a následky? Jsou pacientovy představy realistické? Změna vzhledu obyčejně nezachrání hroutící se manželství, nezajistí získání nového zaměstnání nebo zásadně neovlivní osobní pohled na život. Proto by pacienti s takovými představami neměli podstupovat estetické operace. Operace by měla být odložena u osob vystavených těžkému stresu, který je spojen například s rozvodem, smrtí milované osoby, nebo v jiných obdobích emocionální nestability.¹¹⁴

Ideálním adeptem pro kosmeticko-chirurgický výkon je dospělý nebo vyzrálý mladý jedinec, který má realistické představy o tom, co má být provedeno, není k operaci nucen někým jiným a neočekává zásadní změny v interpersonálních vztazích nebo možnostech uplatnění, v důsledku operace. Dosažení osobní spokojenosti je dostatečným důvodem pro požadavek estetického zlepšení. Dále jsou popsány nejčastěji prováděné esteticko

¹¹⁴ Way, L.W. a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 1998. 2.díl, s. 1403, ISBN 80-7169-397-9

chirurgické výkony. Některé z těchto výkonů nejsou prováděny z čistě kosmetických důvodů, ale jsou při nich upravovány i funkční potíže.¹¹⁵

6. 2 Korekce odstálých boltců – otoplastika

Jedná se o nejčastější vrozenou deformitu boltce, která se obvykle koriguje už v dětském věku.

Kožní řez se vede na zadní straně boltce (takže výsledná jizva není vidět) a exciduje se kožní nadbytek. Principem operace je úprava tvaru chrupavky, kdy pomocí nářezů nebo výbrusu se chrupavka v místě antihelixu změkčí a nově modeluje. Hlubokou konchu je možno upravit excizí nebo zanořením.¹¹⁶

6. 3 Operace nosu – rinoplastika

Důvodem pro operaci nosu je jednak snaha odstranit zhoršenou průchodnost nosu (obvykle jako následek poranění), jednak požadavek na úpravu tvaru nosu, kdy se odstraňuje nosní hrbol, upravuje se zbytnělý nebo pokleslý hrot nosu, popřípadě se provádí zmenšení neúměrně velkého nosu. Velmi často se některé z těchto potíží vyskytují společně.

Výkony se zásadně provádějí z intranazálního přístupu. Kůže nosu se uvolní od kostních a chrupavčitých struktur, takže tyto struktury mohou být redukovány, přetvarovány nebo doplněny a kožní kryt je poté přiložen zpět. K obnově dobré průchodnosti nosu se provádí úprava tvaru septa a popřípadě dolních skořep nosních.

Operaci lze provést v lokální i celkové anestezii. V obou případech se běžně užívá ještě topická anestezie a infiltrace lokálním anestetikem obsahujícím vazokonstrikční látky. Následná hospitalizace nemusí být nutnou podmínkou.¹¹⁷ Sutura nosní sliznice se provádí pouze řídce vstřebatelnými stehy a zavádí se tamponáda, která působí hemostaticky a chrání nosní sliznici v počáteční fázi

¹¹⁵ Way, L.W. a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 1998. 2.díl, s. 1403, ISBN 80-7169-397-9

¹¹⁶ Zeman, M. a kol. *Speciální chirurgie*. Praha: Galén, 2004, s. 545, ISBN 80-7262-260-9

¹¹⁷ Way, L.W. a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 1998. 2.díl, s. 1404, ISBN 80-7169-397-9

hojení. Zevní dlaha slouží k omezení otoku a poskytuje určitou ochranu, zvláště v případech, kdy byla provedena osteotomie nosních kůstek.

Obvykle je zapotřebí 10 - 14 dnů, než odezní největší otok a zmizí ekchymózy kolem očí. Dalších několika měsíců je potom zapotřebí k tomu, aby se vrátila normální citlivost a kompletně odezněl otok.

Tyto výkony na nose jsou poměrně časté, jsou bezpečné a přinášejí většinou dobré výsledky. Mezi možné komplikace patří krvácení, vnitřní jizvení, opětovné zhoršení průchodnosti nosu a nepravidelnosti kontury. Infekční komplikace jsou řídké s výjimkou výkonů, kde se použil aloplastický nosní implantát.¹¹⁸

6. 4 Rozšíření úzkého rtu

Rozšíření úzkého rtu můžeme docílit implantací vlastní tkáně nebo umělého materiálu do rtu nebo chirurgickou metodou při využití tkáně z okolí. V případě chirurgického zákroku s použitím tkáně z okolí se provádí několik nářezů v oblasti vnitřní strany rtu, takže výsledné jizvy po operaci nejsou vidět. Uvolněním, posunutím a následným sešitím tkáně na vnitřní straně rtu se docílí jeho rozšíření. Výkon se provádí v místním nebo v lehkém celkovém znecitlivění, stehy se odstraňují 10 - 12 den po operaci.¹¹⁹

6. 5 Plastika obličeje – facelift

Kombinovaným působením gravitace, zevních vlivů a ztráty elasticity kůže vlivem stárnutí dochází k tvorbě různě výrazných vrásek a kožních nadbytků na tvářích, hraně mandibuly, krku a dalších částech obličeje. Tyto přirozené známky stárnutí mohou být z velké části odstraněny pomocí faceliftu. Tímto postupem není možno odstranit všechny vrásky, zvláště na čele, okolo očí, v nazolabiální rýze a na rtech. Jejich odstranění vyžaduje další výkony.¹²⁰

Plastika obličeje je poměrně rozsáhlý výkon, kdy dlouhé, skryté řezy začínají v temporálním krajině, pokračují před a za boltci a končí v okcipitální

¹¹⁸ Way, L.W. a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 1998. 2.díl, s. 1404, ISBN 80-7169-397-9

¹¹⁹ M oidlová Marta, *Laser Plastic*, (cit. 2005 – 09 – 13), dostupný z: <http://www.estetic.cz/estetic/cz/index.html>

¹²⁰ Way, L.W. a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 1998. 2.díl, s. 1404, ISBN 80-7169-397-9

krajíně. Kůže v oblasti tváří, dolní čelisti a krku se uvolní od spodiny a nadbytek se odstraní. Z tváří a podbradku se odstraní nadbytek tuku. M. platysma, který je základem tvaru krku, může být tvarován, aby byl vytvořen ostrý mentokolický úhel, který přispívá k mladistvému vzhledu této oblasti. V některých případech se do rány zavádějí drény a přikládá se lehký kompresivní obvaz. Po zavedení liposukce se tato technika využívá i v oblasti obličeje a krku a napomáhá při tvarování brady a krajiny dolní čelisti. Suverénní je její užití při korekci dvojité brady.

Tento často časově náročný (2 - 4 hodiny) a rozsáhlý výkon je možno provádět v lokální i celkové anestezii. Rutinně se užívá lokální aplikace vazokonstrikčních látek.

Mezi možné komplikace patří vznik hematomu, kožní nekrózy, poranění některé větve faciálního nervu nebo velkého aurikulárního nervu, jizvy a asymetrie. Znamky stárnutí se často znovu objevují v průběhu jednoho nebo několika let.¹²¹

6. 6 Operace očních víček - blefaroplastika

Proces stárnutí přináší i změny postihující oční víčka. Tyto změny se projevují poklesem okraje víčka, je patrný nadbytek kůže a ochablý sval umožňuje herniaci intraorbitálního tuku. Běžně se s tímto stavem setkáváme u pacientů středního a vyššího věku, ale je možno jej nalézt i u pacientů mladých, na základě rodové dispozice. Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit otoky renálního a srdečního původu nebo důsledky poruchy funkce štítné žlázy. Nejedná se pouze o vadu estetickou, ale i vadu funkční, vyvolávající pocit únavy a bolestivost očí.¹²²

Podstatou blefaroplastiky je odstranění nadbytku kůže na horních i dolních víčkách spolu s periorbitálním tukem, který se vyklenuje ven přes ochablá orbitální septa. Tento výkon se provádí samostatně nebo společně s plastikou obličeje.¹²³

Na horních víčkách se nejprve barvou označí kožní nadbytek, který má být odstraněn, a řezy se potom vedou v těchto liniích. Na dolních víčkách se řez vede pod

¹²¹ Way, L.W. a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 1998. 2.díl, s. 1404, ISBN 80-7169-397-9

¹²² Zeman, M. a kol. *Speciální chirurgie*. Praha: Galén, 2004, s. 545, ISBN 80-7262260-9

¹²³ Way, L.W. a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 1998. 2.díl, s. 1404, ISBN 80-7169-397-9

řasami a podle potřeby se upravuje m. orbicularis oculi. Prostory, které obsahují periorbitální tuk, jsou otevřeny a vyklenující se tuk se odstraní.

Kožní nadbytek na dolních víčkách je pečlivě vyměřen a kůže se resekuje. Rány se uzavírají pomocí kožních stehů a přikládá se lehký obvaz plus studené obklady.

Výkon se provádí obvykle v lokální anestezii za použití lidocainu s adrenalinem. Otok a kožní hematomy vymizí během 7-10 dní a stehy se odstraňují po 5 - 6 dnech.

Mezi možné komplikace patří krvácení, vznik hematomu, vznik epidermové kožní cysty, ektropium a asymetrie. Pacienti jsou obvykle s dosaženými výsledky spokojeni. Recidivy jsou mnohem méně časté než u plastiky obličeje.¹²⁴

6. 7 Operace čela – forehead lift, brow lift

Tato operace napomáhá k vyhlazení vrásek v oblasti čela a ke zvednutí pokleslého obočí, které se s postupujícím věkem posouvá níže a dává očím a tím celému obličeji smutný výraz. Forehead lifting se provádí buď klasicky nebo endoskopicky. U klasické operace se vede řez ve vlasaté části hlavy nad čelem a postupně se uvolní celá kůže až ke kořeni nosu. Po přerušení mimických svalů, které způsobují vznik vrásek na čele, natáhneme uvolněnou kůži a její přebytek odstraníme. Výsledná jizva je skrytá ve vlasech, takže je kosmeticky přijatelná. U endoskopické operace se používá optika, která umožní zavádět operační nástroje z malých řezů ve vlasech. Zákrok se provádí v celkovém znecitlivění za jedno až dvoudenní hospitalizace. Kompresivní obvaz čela se odstraňuje po pěti dnech a pacient si může umýt hlavu. Stehy se odstraňují 12. – 14. den.¹²⁵

6. 8 Mamoplastika

Mimo výkonů, které souvisejí s léčbou rakoviny prsu,¹²⁶ se operace na ženském prsu provádějí z některého z následujících důvodů: požadavek na zvětšení prsů (augmentační mamoplastika), nebo zvednutí a modelace pokleslých prsů

¹²⁴ Way, L.W. a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 1998. 2.díl, s. 1404, ISBN 80-7169-397-9

¹²⁵ Moidlová Marta, *Laser Plastic*, (cit. 2005 – 09 – 13), dostupný z: <http://www.estetic.cz/estetic/cz/index.html>

¹²⁶ Way, L.W. a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 1998. 2.díl, s. 1405, ISBN 80-7169-397-9



(mastopexie). Augmentace, modelace a úprava asymetrie prsů se téměř vždy provádějí z kosmetických důvodů. Redukce hypertrofických prsů se může provádět i pro funkční potíže, protože tato hypertrofie může způsobovat vadné držení těla, bolesti zad a ramenou a velmi nepříjemné zářezy od podprsenky.¹²⁷

6. 8. 1 Augmentační mamoplastika

K augmentaci prsů se užívají implantáty se silikonovým pouzdem plněné silikonovým gelem, fyziologickým roztokem, vzduchem nebo kombinací těchto náplní. Tyto implantáty se vkládají pod prsní žlázu, nebo pod pektorální sval. Implantace se provádí z periareolárního, submamárního nebo axilárního přístupu. Z řezů v uvedených oblastech pokračuje preparace ve vrstvě nad nebo pod svalem a vytváří se prostor pro vložení implantátu. Drenáž rány není obecným pravidlem, přikládá se však lehký kompresivní obvaz.

Výkon je možné provést ambulantně v lokální anestezii, i když při implantaci pod sval je tento postup méně vhodný. Častěji se tyto výkony provádějí v celkové anestezii.

Přestože ve většině případů jsou pacientky naprosto spokojeny, zůstává zde jeden závažný problém, a to kontraktura pouzdra, která se vyskytuje až ve 20 % případů. Jizevnatá tkáň obklopující implantát se může kontrahovat různě intenzivně i u jednoho pacienta. Zabránit vzniku této kontraktury je obtížné, i když jsou vytvořeny optimální podmínky pro hojení (je užit vhodný implantát, je zabráněno vzniku infekce, krvácení je pečlivě stavěno, je odstraněna všechna tkáňová drť a je omezen pohyb). Zdá se, že u implantátů umístěných subpektorálně je tvorba pouzdra méně intenzivní a že případná deformace je méně závažná.

K dalším komplikacím, které se mohou vyskytnout, patří hematoma, infekce, „vycestování“ implantátu, jeho vyprázdnění nebo ruptura, asymetrie prsů a vznik nápadné jizvy. Funkce prsu a jeho citlivost nejsou obvykle žádným způsobem porušeny.

Silikonový gel se k těmto účelům používá již 30 let. Přestože tato skutečnost je v poslední době předmětem sporů, nebyl dosud podán žádný vědecký důkaz, že by silikonový gel působil karcinogenně nebo způsoboval kolagenní onemocnění.¹²⁸

¹²⁷ Way, L.W. a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 1998. 2.díl, s. 1405. ISBN 80-7169-397-9

¹²⁸ Way, L.W. a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 1998. 2.díl, s. 1405. ISBN 80-7169-397-9

6. 8. 2 Mastopexe

Mastopexe je dalším z běžných výkonů, který se užívá ke korekci pokleslých nebo ptotických prsů. Přestože se některé prsy vyvíjejí již jako ptotické, je ve většině případů ptóza způsobena přirozeným uvolněním tkání v průběhu jejich stárnutí, poklesem a atrofií po proběhlém těhotenství a kojení. Není jasné, zda nošení podprsenky je schopno tento proces nějak významně ovlivnit. Stupeň deformity je určován na základě vzájemné polohy areoly a podprsni rýhy, a dále podle směřování bradavky.

Úpravu lze provést společně s redukcí nebo augmentací. Je nezbytné vést řezy kolem areoly, přes dolní kvadranty (v různém rozsahu) a obvykle v místě podprsni rýhy, s výjimkou jen minimálně deformovaných prsů. Důsledkem jsou rozsáhlé jizvy.

Tento výkon se obvykle provádí v celkové anestezii, užívá se drenáž ran a pacientka je hospitalizována. Rekonvalescence vyžaduje 2 - 3 týdny.

Ke komplikacím patří krvácení, infekce, vznik nekrózy některé z tkání, změna citlivosti a ztráta přirozené funkce areolo-mamilárního komplexu, nápadné jizvy a asymetrie prsů.

Spokojenost pacientky s výsledkem není často tak velká jako u jiných operací. Ve velké míře závisí na tom, jak dobře je pacientka připravena akceptovat vzniklé jizvy.¹²⁹

6. 8. 3 Redukční mamoplastika

Redukční mamoplastika je podobná mastopexi, protože téměř všechny hypertrofické prsy jsou zároveň ptotické a potřebují i modelaci. K výraznému zvětšení prsů může dojít během puberty nebo i později v průběhu života. Velké prsy mohou pacientce působit významné potíže.¹³⁰

Ačkoli byla pro redukci prsů vyvinuta řada postupů, téměř všechny jsou založeny na přemístění areolo-mamilárního komplexu do nové polohy na laloku zajišťujícím výživu. Pro uložení tohoto laloku musí být pod areolou vytvořen dostatečný prostor. U gigantomastie je často areolo-mamilární komplex odebrán

¹²⁹ Way, L.W. a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 1998. 2.díl, s. 1405, ISBN 80-7169-397-9

¹³⁰ Way, L.W. a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 1998. 2.díl, s. 1406, ISBN 80-7169-397-9

ve formě kožního štěpu v plné tloušťce a potom přiložen na příslušné místo. Většina tkáně se odebírá z centrální a dolní části prsu.

Téměř vždy se užívá celková anestezie, protože rozsah výkonu a ztráty krevní mohou být významné. Obvykle je zapotřebí i transfuze, užití drénů a několikadenní hospitalizace.

Přestože se mohou vyskytnout významné komplikace, jako jsou nekróza areolo-mamilárního komplexu, krvácení, infekce, asymetrie prsů a vznik nápadných jizev, patří tyto pacientky mezi nejspokojenější a nejvděčnější.¹³¹

6. 9 Plastika břišní stěny - abdominoplastika

Indikace k plastické úpravě břišní stěny je nadbytek kožní a tukové řasy pod pupkem nebo oslabení břišní stěny způsobené rozestupem břišních svalů, ke kterému často dochází po porodu. Také po větší redukci váhy dochází k uvolnění kožní řasy, která se další redukcí váhy jen zvýrazňuje a není možné se jí zbavit ani intenzívním cvičením. Tyto kosmeticky nepříznivé stavy se dají řešit plastikou břišní stěny. Operace spočívá ve zpevnění rozestouplých břišních svalů jejich sešitím a v odstranění přebytku kůže a podkoží z inkriminovaných oblastí břicha. Řez vedeme nad ochlupením a to tak, aby výsledná jizva byla skrytá spodními kalhotkami. Kůže se uvolní od svalů a vypne se stažením dolů. Přebytek tkáně odřízneme a pupek se přesadí do nové pozice. Operace se provádí v celkovém znecitlivění za dvou až třídní hospitalizace. Stehy se odstraňují 12. – 14. den. Po operaci se doporučuje nosit 4 – 8 týdnů břišní pas, a to první 4 týdny neustále s výjimkou sprchování. Po operaci je nutný klidový režim. Plná fyzická aktivita je možná po 6-ti týdnech.¹³²

Někdy je nezbytné podání transfúze. Ke komplikacím patří tvorba hematomu nebo seromu, infekce, vznik kožní nekrózy a rozsáhlé jizvy. Výsledky jsou obvykle velmi dobré a při pečlivém výběru se docílí absolutní spokojenosti pacienta.¹³³

¹³¹ Way, L.W. a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 1998. 2.díl, s. 1406, ISBN 80-7169-397-9

¹³² Moidlová Marta, *Laser Plastic*, (cit. 2005 – 09 – 13), dostupný z: <http://www.estetic.cz/estetic/cz/index.html>

¹³³ Way, L.W. a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 1998. 2.díl, s. 1406, ISBN 80-7169-397-9

6. 10 Odsávání tuku – liposukce

Jednou z nepříjemných odchylek je zvýšené množství ukládaného tuku. Rozložení tuku na těle u mužů a u žen je rozdílné a patří mezi sekundární pohlavní znaky. Mezi lokality, kde dochází k výraznějšímu ukládání tuku patří hýždě, zevní a vnitřní strana stehna, vnitřní strana kolena, břicho a podbradek. Tukové nadbytky z těchto oblastí můžeme odstranit liposukcí, tj. odsátím tuku liposukční kanylou. Najde o metodu, která by řešila problém výrazné nadváhy, ale o metodu, pomocí které odstraníme tuk jen z těch partií těla, které nelze ovlivnit redukční dietou ani fyzickým cvičením. Proto před provedením liposukční operace je vhodná redukce váhy. Operace se provádí při menším rozsahu v místním znecitlivění při větším zákroku či na přání v celkové anestezii a výkon trvá 1 – 2 hodiny. Vlastní výkon se provádí tak, že do drobných řezů o velikosti 3 – 5 mm se zavádí odsávací kanyla, kterou se odstraňuje tuk pomocí speciální vývěvy. Po operaci se navléká na operované partie speciální elastické prádlo, které pomáhá v modelaci operované části těla. Prádlo se nosí po dobu 4 – 6 týdnů. Plná fyzická zátěž se doporučuje po měsíci.¹³⁴

6. 11 Operace stehen a paží

Přibývajícím věkem dochází ke snížení elasticity kůže a k jejímu povolení nejen v oblasti obličeje, ale také v krajině stehen a paží. Také při větší redukci váhy vznikají nadbytky kůže a podkoží, které obtěžují nejen esteticky, ale působí potíže s hygienou a podporují vznik kožních zánětů. Tyto nadbytky lze chirurgicky odstranit v celkovém znecitlivění. Řezy se vedou v tříselné krajině nebo na vnitřní straně paže a po operaci je možný poměrně rychlý návrat do aktivního života.¹³⁵

¹³⁴Moidlová Marta, *Laser Plastic*, (cit. 2005 – 09 – 13), dostupný z: <http://www.estetic.cz/estetic/cz/index.html>

¹³⁵Moidlová Marta, *Laser Plastic*, (cit. 2005 – 09 – 13), dostupný z: <http://www.estetic.cz/estetic/cz/index.html>

7. Shrnutí a výstupy teoretické části

V teoretické části mé diplomové práce s tématem *Sebepojetí u žen před plastickou estetickou operací*, jsem se pokusila ilustrovat základní momenty této problematiky.

V **kapitole 1** jsem charakterizovala potřeby a jejich formální rozdělení na biologické (geneticky podmíněné) a vyšší (psychosociální). Pro dobrou orientaci v tématu bylo nutné provést klasifikaci potřeb dle různých aspektů a úhlů pohledu. Vycházela jsem zejména z výzkumných prací Abrahama H. Maslowa a PhDr. Heleny Chloubové.

Celou **kapitolu 2** jsem věnovala *sebepojetí* jako takovému, jeho složkám, vzniku a vývoji, poruchám a projevům poruch sebepojetí a rozlišení pojmů sebepojetí a sebehodnocení.

V **kapitole 3** se zaměřuji na faktory ovlivňující sebepojetí ženy.

V **kapitole 4** jsem se zabývala vymezením pojmu estetika, krása a snažila jsem se zmapovat ideál ženské krásy v proměnách času až po současnost.

Kapitola 5 seznamuje s psychoterapeutickým přístupem jako jedním z možných způsobů řešení nespokojenosti se sebou samým. Jsou zde uvedeny jednotlivé psychoterapeutické směry vedoucí ke změně sebepojetí a význam psychoterapie vůbec.

Kapitola 6 s názvem Estetická chirurgie a nejčastější operace – další možný způsob jak vyřešit nespokojenost se sebou a svým vzhledem, uzavírá teoretickou část.

Teoretická část této diplomové práce měla za účel uvést podrobněji do problematiky sebepojetí žen podstupujících estetické operace. Podkladem pro teoretickou část bylo co nejširší spektrum dostupné literatury (a dalších zdrojů), která se touto problematikou zabývá. Teoretická část pak byla podkladem pro vytvoření originálního dotazníku a tedy pro empirický výzkum, který budu realizovat na oddělení kliniky plastické chirurgie nadstandard ve FNKV v Praze a v soukromém sanatoriu plastické chirurgie v Kolíně.

EMPIRICKÁ ČÁST

8. Empirický výzkum

8. 1 Cíle, úkoly a hypotézy výzkumu

Empirická část diplomové práce je zaměřena na zmapování problematiky sebepojetí u žen podstupujících estetické operace. V diplomové práci se snažím o rozšíření nejen teoretického pohledu na toto téma, ale rovněž se snažím o jeho empirické potvrzení. Cílem je pokusit se zjistit, proč ženy podstupují plastické estetické operace, z jakých pohnutek, co je k tomu vede, nejvíce ovlivňuje a snažit se zachytit jejich charakteristiku.

8. 1. 1 Cíle empirického výzkumu

A. Na základě teoretické části práce a praktických zkušeností stanovit metodu výzkumu:

Úkoly:

Vytvořit dotazník, který bude svou strukturou zaměřený na problematiku sebepojetí žen a otázky související s tímto tématem.

B. Zjistit, proč ženy podstupují plastické estetické operace, z jakých pohnutek, co je k tomu vede, nejvíce ovlivňuje a snažit se zachytit jejich charakteristiku:

Úkoly:

Zjistit věk žen podstupujících estetické operace.

Zjistit jejich rodinný stav.

Zjistit, zda pocházejí z Prahy, či jiného města nebo obce.

Zjistit jejich vzdělání.

Zjistit jaké zaměstnání vykonávají.

Zjistit, jakou operaci přišly podstoupit.

Zjistit, co bylo prvním a pak tím hlavním konečným impulsem pro jejich rozhodnutí podstoupit operaci.

Zjistit, jak dlouho se rozhodovaly, než se k operaci odhodlaly.

Zjistit, zda se obávají pooperačních bolestí a možných komplikací.

Zjistit, zda podstupují operaci kvůli sobě, nebo je to přání někoho jiného.

Zjistit, zda jim někdo rozmlouval jejich rozhodnutí podstoupit operaci.

Zjistit, zda si ženy žijící bez partnera myslí, že jejich nedostatek jim bráníl v navázání partnerského vztahu.

Zjistit, zda ženy očekávají, že jim operace změní život, budou pak sebevědomější, úspěšnější.

Zjistit, zda pro ženy nebyl problém zaplatit si operaci.

Zjistit, zda zažily nějaké nepříjemné poznámky, od druhých lidí, týkající se jejich vzhledu.

Zjistit, zda trpěly, či trpí nějakými problémy, např. pocity méněcennosti, studu atd.

Zjistit, v jakém období měly ženy největší problémy s přijetím vlastního „Já“.

Zjistit, jakým stylem výchovy byly vychovávány.

Zjistit, zda se řadí mezi introverty nebo extroverty.

Zjistit, zda sledují módní trendy, dávají přednost značkovému oblečení, používají drahou kosmetiku, čtou ženské časopisy, zajímají se o různé diety, navštěvují fitcentra, salóny krásy, kadeřníka a jak často.

8. 1. 2 Hypotézy

1. Předpokládám, že hlavním impulsem pro rozhodnutí klientek podstoupit operaci, byly estetické důvody, chtěly si zvýšit sebevědomí a k operaci se odhodlávaly přibližně rok. Dále se domnívám, že operaci podstupují hlavně ze svého přesvědčení, možná z poloviny ovlivněny svými partnery a rozhodnutí podstoupit operaci, se jim snažil někdo rozmluvit, tipuji tak u 50% žen.

2. Domnívám se, že ženy mladší 40 let mají zájem o operace upravující tělesné nedostatky vrozené (např. odstáté uši, velký nos, velké či malé poprsí) a ženy starší 40 let mají nejčastěji zájem o úpravy nedostatků získaných s přibývajícím věkem (např. operace očních víček, modelace poprsí, břicha, liposukce a facelifting).

3. Předpokládám, že pacientky podstupující plastické operace, vykonávají prestižní povolání (manažerky, podnikatelky, modelky), jedná se o ženy

vystupující na veřejnosti, jsou finančně dobře situované a žijí spíš ve městě, než-li v obci.

4. Předpokládám, že nespokojenost se svým vzhledem brání neprovdaným ženám v navázání partnerských vztahů.

5. Domnívám se, že pacientky očekávají, že plastické operace (jež je zbaví jejich komplexu) změní jejich život, budou pak sebevědomější, úspěšnější...Na operaci se těší, neobávají se bolesti ani komplikací.

6. Předpokládám, že ženy podstupující plastické operace zažily psychosociální ústrky, poznámky týkající se jejich vzhledu od nejbližšího okolí, trpěly pocity méněcennosti, hlavně v období dospívání a pravděpodobně byly vychovávány autoritativní výchovou.

7. Domnívám se, že ženy podstupující plastické operace se řadí mezi extroverty, je pro ně důležité vypadat dobře, dávají přednost značkovým věcem, používají drahou kosmetiku, drží diety, navštěvují fitcentra, salóny krásy, kadeřníka, čtou ženské časopisy a nechávají se jimi ovlivňovat (sledují módní trendy).

8. 2 Metoda výzkumu

8. 2. 1 Dotazník

K zjištění sledovaných informací jsme zvolili jako hlavní metodu dotazníkové šetření. Pro klientky podstupující estetické operace jsme vytvořili originální dotazník, který byl sestaven na základě stanovených cílů a hypotéz. Při vytvoření dotazníku jsem vycházela z teoretické části mé diplomové práce. Dotazník byl schválen a doporučen k výzkumu **PhDr. Helenou Chloubovou** z Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

Na úvodní straně dotazníku jsem seznámila klientky s cílem výzkumného šetření, kdo tento dotazník zadává a za jakým účelem. Současně jsem objasnila,

jakým způsobem dotazník vyplňovat a zdůraznila jsem, že veškeré získané údaje jsou zpracovány s ohledem na jejich **anonymitu** a **dobrovolnost** podílet se na výzkumu.

Vlastní dotazník obsahuje **26 otázek**: je rozdělen na část zjištění identifikačních údajů (tzn. věk, rodinný stav, místo bydliště, vzdělání, zaměstnání, druh operace) a část vztahující se k vymezeným cílům a hypotézám.

Některé z otázek v dotazníku byly *otevřeného charakteru* (klientky mohly odpovídat dle své vůle a uvážení) – otázky č. 7, č. 8, č. 10, č. 17, některé byly *charakteru uzavřeného* (vyžadující přímou odpověď) – otázky č. 1, č. 2, č. 3, č. 4, č. 6, č. 9, č. 19, č. 20, č. 21, č. 22, č. 23, č. 24, č. 25. Užity byly i otázky *polozavřeného charakteru* (klientky volily z nabízených alternativ, ale mohly připojit i vlastní odpovědi) – otázky č. 5, č. 11, č. 12, č. 13, č. 14, č. 15, č. 16, č. 18, č. 26. U otázek s přiloženou pětibodovou stupnicí (škálovací stupnice) měly klientky zvolit tu hodnotu, která nejvíce korespondovala s jejich názorem (1 – záporné hodnocení, 5 – kladné hodnocení) – otázky č. 21, č. 26. Dotazníky byly klientkám rozdávány při příjmu, po jejich vyplnění je anonymně vhazovaly do příslušného boxu, uloženého na chodbě oddělení.

8. 2. 2 Předvýzkum

V předvýzkumu bylo na oddělení kliniky plastické chirurgie nadstandard osloveno pět pacientek: tři pacientky vyplnily dotazník bez mé pomoci a zbývajícím dvěma pacientkám jsem s vyplněním dotazníku pomohla. Pacientky dotazníku porozuměly bez větších problémů a byly zařazeny do vlastního výzkumu. Dotazník se ukázal jako funkční, poopraveny byly pouze otázky č. 19, č.25 a č. 26.

8. 2. 3 Zpracování získaných informací z dotazníkového šetření

Po ukončení sběru dat, jejich písemném zpracování a uložení do počítače, jsem provedla třídění a statistické zpracování dat. Ve statistickém hodnocení následně uvádím tyto znaky: n_i = **absolutní četnost**, f_i [%] = **relativní četnost**.

Data jsem zpracovávala pomocí tabulkového editoru Microsoft Excel 2000 a Microsoft Word 2000.

Dotazníky jsem rozdělila na kritéria podle identifikačních údajů a dále jsem vyhodnocovala každou z otázek viz 8. 1. 1. Cíle empirického výzkumu.

V závěru jsem zpracovala jednotlivé okruhy z celkového hlediska.

8. 2. 4 Charakteristika výzkumného vzorku

Kritériem pro výběr respondentek bylo zahrnout všechny hospitalizované pacientky na oddělení kliniky plastické chirurgie nadstandard ve FNKV v Praze a pacientky hospitalizované v soukromém sanatoriu plastické chirurgie v Kolíně, z důvodu co nejrozmanitějšího výzkumného vzorku.

Celkem bylo osloveno **75** klientek, z toho **55** ve FNKV, kde **6** z nich odmítlo se výzkumu zúčastnit, a **20** klientek v Kolíně, kde se odmítly na výzkumu podílet pouze **3** klientky. Dotazník mi tedy celkem vyplnilo **66** klientek a **9** klientek spolupráci odmítlo.

Prvním kritériem byl **věk** klientek. Věkové rozpětí pacientek se pohybovalo od **15 – 69** let. **Průměrný věk všech pacientek činil 44,68 let.** Průměrný věk u žen v rozmezí od **15 – 40** let byl **30** let a u žen od **41 – 69** let byl průměrný věk **55,5** let, viz tabulka č. 1.

Tabulka č. 1. Charakteristika výzkumného vzorku: věk klientek.

| Věk | Všechny respondentky | |
|---------------|----------------------|-------------|
| | ni | fi [%] |
| 15 - 40 | 28 | 42,42% |
| 41 - 69 | 38 | 57,58% |
| Celkem | 66 | 100% |

Druhým kritériem byl **rodinný stav** respondentek, viz tabulka č. 2. Vdaných bylo **51,52%** a neprovdaných **48,48%** žen.

Tabulka č. 2. Charakteristika výzkumného vzorku: rodinný stav pacientek.

| Stav | Všechny respondenty | |
|---------------|---------------------|-------------|
| | ni | fi [%] |
| Svobodné | 12 | 18,18% |
| Vdané | 34 | 51,52% |
| Rozvedené | 14 | 21,21% |
| Ovdovělé | 6 | 9,09% |
| Celkem | 66 | 100% |

Třetím identifikačním znakem bylo zvoleno místo bydliště. V Praze žilo **54,55%** respondentek, ve větším městě (nad 5000 obyvatel) žilo **36,36%**, a z obce (do 5000 obyvatel) pocházelo **9,09%** žen, viz tabulka č. 3.

Tabulka č. 3. Charakteristika výzkumného vzorku: místo bydliště.

| Místo bydliště | Všechny respondenty | |
|----------------|---------------------|-------------|
| | ni | fi [%] |
| Praha | 36 | 54,55% |
| Město | 24 | 36,36% |
| Obec | 6 | 9,09% |
| Celkem | 66 | 100% |

Čtvrtým kritériem bylo vzdělání. Nejvíce respondentek (**53,03%**) absolvovalo střední vzdělání, dokonce i vysokoškolsky vzdělaných bylo docela hodně (**27,27%**), viz tabulka č. 4.

Tabulka č. 4. Charakteristika výzkumného vzorku: vzdělání.

| Vzdělání | Všechny respondenty | |
|---------------|---------------------|-------------|
| | ni | fi [%] |
| Základní | 4 | 6,06% |
| Učební obor | 9 | 13,64% |
| Středoškolské | 35 | 53,03% |
| Vysokoškolské | 18 | 27,27% |
| Celkem | 66 | 100% |

Pátým znakem bylo zaměstnání. Z celkového počtu respondentek se mezi ženy vystupující na veřejnosti (např. modelky, manažerky, podnikatelky, učitelky, lékařky, kosmetičky, produkční atd.) zařadilo **62,12%**. Kolonku *jiné* označilo

37,88% žen, nejčastěji ženy důchodkyně (až 18,18%) nebo klientky na mateřské dovolené, studentky atd. viz tabulka č. 5

Tabulka č. 5. Charakteristika výzkumného vzorku: zaměstnání.

| Zaměstnání | Všechny respondenty | |
|---------------------------|---------------------|-------------|
| | ni | fi [%] |
| Vystupující na veřejnosti | 41 | 62,12% |
| Jiné | 25 | 37,88% |
| Celkem | 66 | 100% |

Šestým kritériem byl zvolen druh operace (chirurgický zákrok), který přišly klientky podstoupit. Z celkového počtu respondentek jich bylo nejvíce s diagnózou: úprava očních víček (37,88%), úprava prsů (16,67%) a facelift (15,15%) viz tabulka č. 6.

Tabulka č. 6. Charakteristika výzkumného vzorku: druh operace.

| Druh operace | Všechny respondenty | |
|---------------------|---------------------|-------------|
| | ni | fi [%] |
| Úprava boltců | 4 | 6,06% |
| Úprava nosu | 3 | 4,55% |
| Facelift | 10 | 15,15% |
| Úprava očních víček | 25 | 37,88% |
| Úprava prsů | 11 | 16,67% |
| Liposukce | 6 | 9,09% |
| Úprava břicha | 6 | 9,09% |
| Úprava genitálu | 1 | 1,51% |
| Celkem | 66 | 100% |

8. 2. 5 Organizace výzkumu – lokace a sběr dat

Výzkum proběhl na oddělení kliniky plastické chirurgie nadstandard ve FNKV v Praze. Mé žádosti bylo vyhověno a výzkum byl oficiálně povolen přednostou oddělení Doc. M. Tvrdkem. Na oddělení jsem dotazníky průběžně sbírala v období od 20. ledna do 13. března 2006.

Dále mi bylo umožněno provést výzkum i v soukromém sanatoriu plastické chirurgie v Kolíně, kde po dohodě MUDr. S. Svoboda rozdál pacientkám mých 20 dotazníků, v období od 13. února do 13. března 2006, kdy jsem sběr dat ukončila.

8. 2. 6 Časový harmonogram výzkumu

Téma diplomové práce mi bylo oficiálně zadáno v květnu 2005. Ke zvolení tématu přispěl fakt, že na klinice plastické chirurgie pracuji a zabývat se otázkou sebepojetí žen podstupujících estetické operace se přímo nabízí.

Časový plán práce:

➤ Rok 2005:

- *Květen* – zadání diplomové práce
- *Červen – říjen* – studium pramenů
- *Listopad – prosinec* – předběžné ukončení teoretické práce, sestavení dotazníku

➤ Rok 2006:

- *Leden – únor* – odevzdání konečné verze teoretické části diplomové práce, předvýzkum, příprava vlastního výzkumu, vlastní výzkum
- *Březen* – zpracování výsledků výzkumu a jejich interpretace, konzultace empirické části diplomové práce
- *Duben* – uzavření a odevzdání definitivní verze diplomové práce

9. Výsledky výzkumu a jejich interpretace

9.1 Získané výsledky k hypotéze č. 1

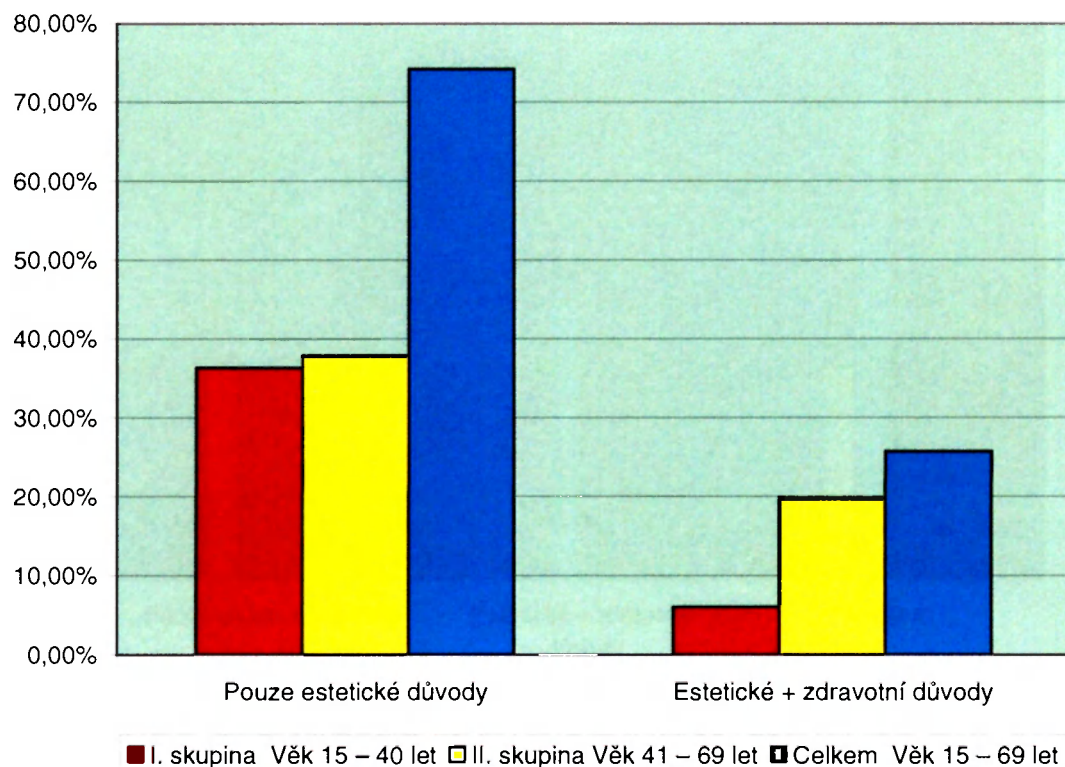
Předpokládám, že hlavním impulsem pro rozhodnutí klientek podstoupit operaci, byly estetické důvody, chtěly si zvýšit sebevědomí a k operaci se odhodlávaly přibližně rok. Dále se domnívám, že operaci podstupují hlavně ze svého přesvědčení, možná z poloviny ovlivněny svými partnery a rozhodnutí podstoupit operaci, se jim snažil někdo rozmluvit, tipují tak u 50% žen.

K hypotéze č. 1 se vztahují položky dotazníku č. 7, č. 8, č. 11 a č. 12.

Otázka č. 7

Co bylo prvním a pak tím hlavním konečným impulsem pro Vaše rozhodnutí podstoupit operaci?

Graf č. 1. Důvody pro podstoupení estetické operace u respondentek (dle věkových kategorií).



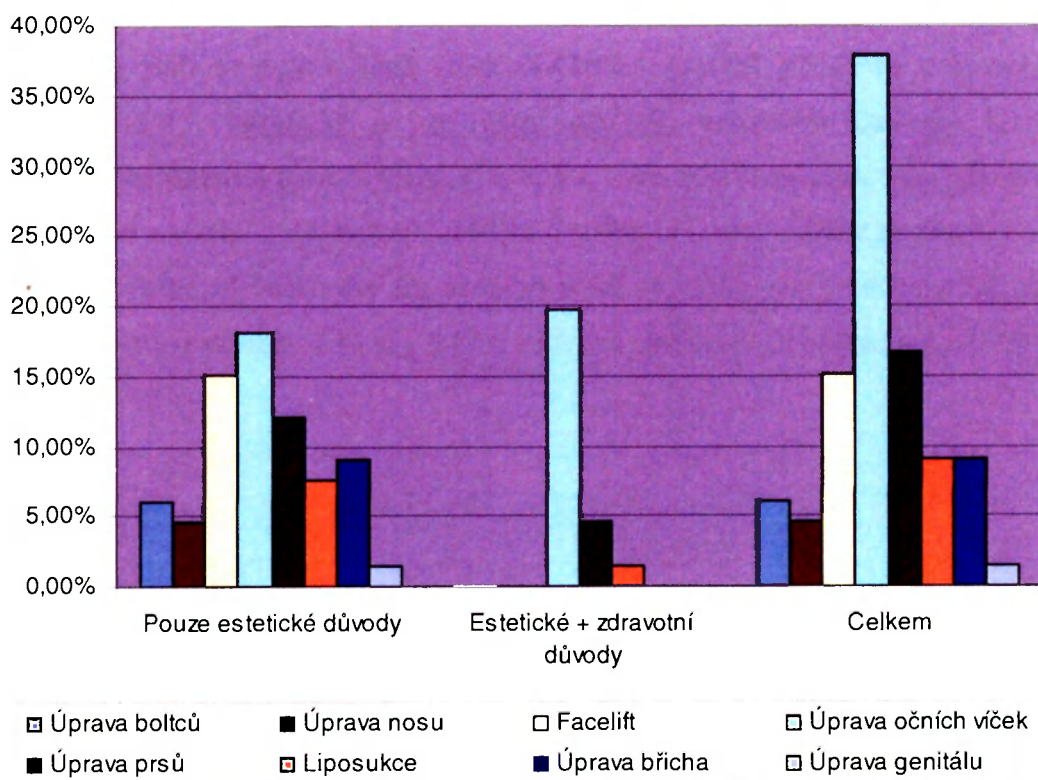
Tabulka č. 7. Důvody pro podstoupení estetické operace u respondentek (dle věkových kategorií).

| Důvody pro podstoupení operace | I. skupina Věk 15 – 40 let | | II. skupina Věk 41 – 69 let | | Celkem Věk 15 – 69 let | |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------------------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Pouze estetické důvody | 24 | 36,36% | 25 | 37,87% | 49 | 74,24% |
| Estetické + zdravotní důvody | 4 | 6,06% | 13 | 19,70% | 17 | 25,76% |
| Celkem | 28 | 42,42% | 38 | 57,57% | 66 | 100% |

Komentář:

Pouze estetické důvody byly hlavním impulsem 74,24% žen pro podstoupení operace u obou věkových skupin. 25,76% žen podstoupilo operaci nejen z estetických důvodů, ale i ze zdravotní indikace. Z toho 19,70% patří do starší věkové skupiny nad 40 let.

Graf č. 2. Důvody pro podstoupení estetické operace u respondentek (dle jednotlivých diagnóz).



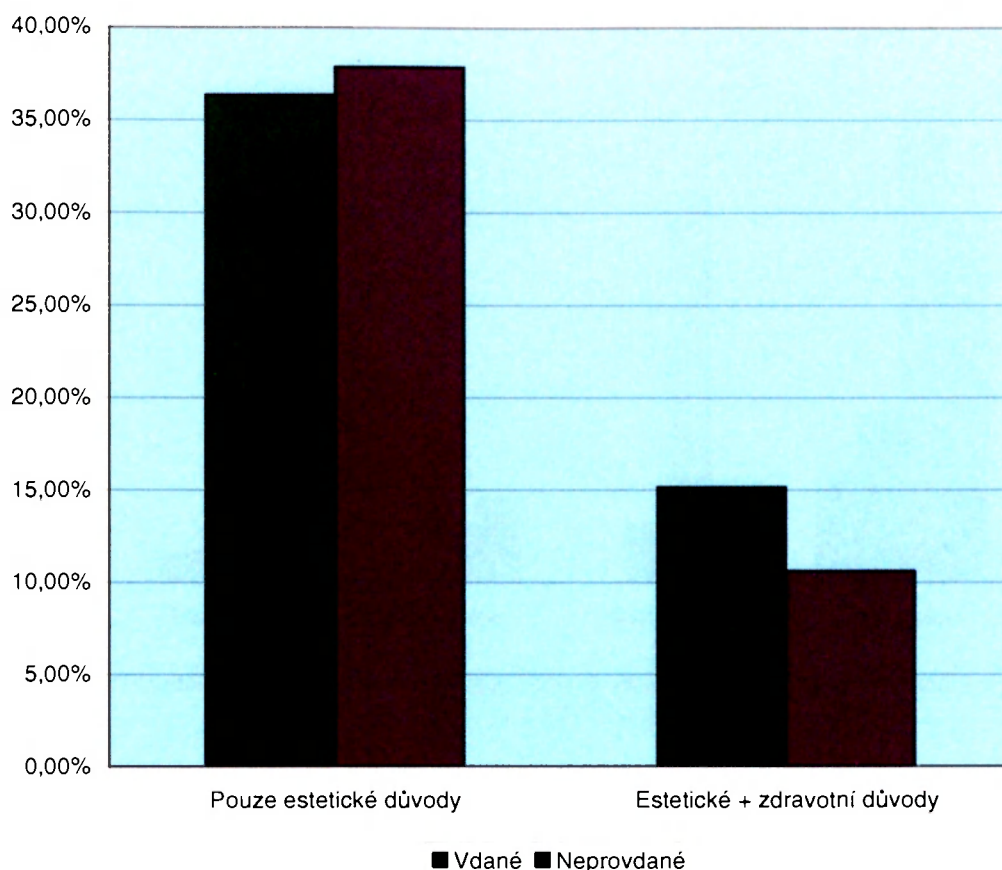
Tabulka č. 8. Důvody pro podstoupení estetické operace u respondentek (dle jednotlivých diagnóz).

| Druh operace | Pouze estetické důvody | | Estetické + zdravotní důvody | | Celkem | |
|---------------------|------------------------|---------------|------------------------------|---------------|-----------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Úprava boltců | 4 | 6,06% | 0 | 0% | 4 | 6,06% |
| Úprava nosu | 3 | 4,55% | 0 | 0% | 3 | 4,55% |
| Facelift | 10 | 15,15% | 0 | 0% | 10 | 15,15% |
| Úprava očních víček | 12 | 18,18% | 13 | 19,70% | 25 | 37,88% |
| Úprava prsů | 8 | 12,12% | 3 | 4,55% | 11 | 16,67% |
| Liposukce | 5 | 7,58% | 1 | 1,51% | 6 | 9,09% |
| Úprava břicha | 6 | 9,09% | 0 | 0% | 6 | 9,09% |
| Úprava genitálu | 1 | 1,51% | 0 | 0% | 1 | 1,51% |
| Celkem | 49 | 74,24% | 17 | 25,76% | 66 | 100% |

Komentář:

Mezi nejčastěji zastoupené chirurgické zákroky pouze z estetických důvodů se řadí úprava očních víček (18,18%), facelift (15,15%) a úprava prsů (12,12%). Estetické a zdravotní důvody nejčastěji udávaly ženy podstupující úpravu očních víček (19,70%). Jako zdravotní problémy udávaly např. zúžení zorného pole, bolesti, svědění a pálení očí, otoky. **Dále ze zdravotní indikace přicházely klientky na redukci prsů (4,55%),** které udávaly bolesti zad, **a liposukci stehů (1,51%),** kdy si klientka stěžovala na bolesti a problémy při chůzi.

Graf č. 3. Důvody pro podstoupení estetické operace u respondentek (dle rodinného stavu).



Tabulka č. 9. Důvody pro podstoupení estetické operace u respondentek (dle rodinného stavu).

| Rodinný stav | Pouze estetické důvody | | Estetické + zdravotní důvody | | Celkem | |
|---------------|------------------------|---------------|------------------------------|---------------|-----------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Vdané | 24 | 36,36% | 10 | 15,15% | 34 | 51,52% |
| Neprovdané | 25 | 37,88% | 7 | 10,61% | 32 | 48,48% |
| Celkem | 49 | 74,24% | 17 | 25,76% | 66 | 100% |

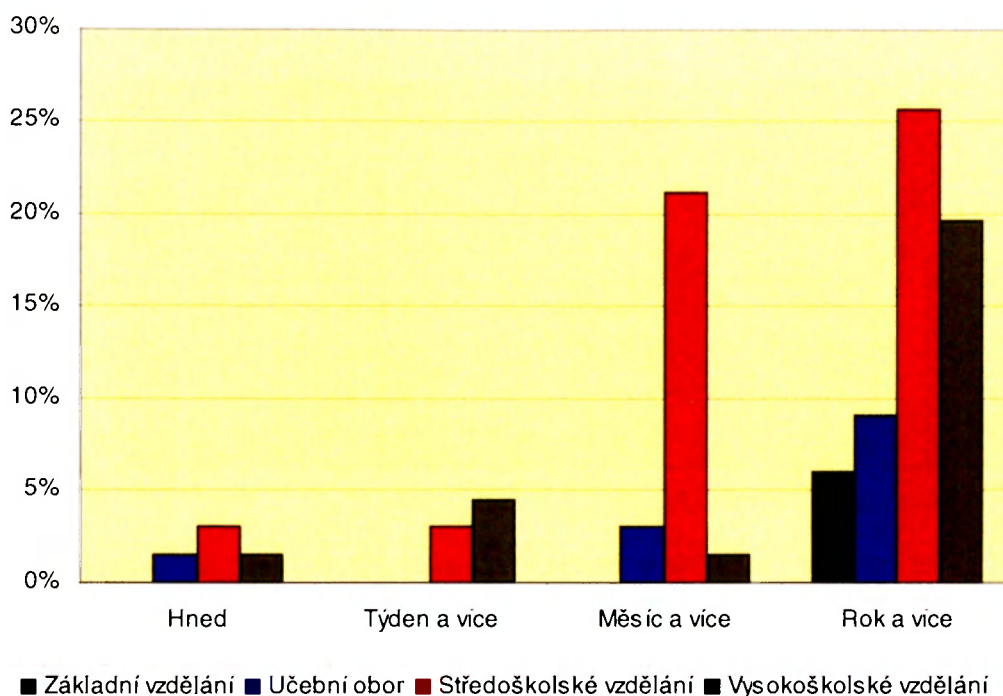
Komentář:

Pouze estetické důvody převažovaly, bez větších rozdílů, jak u vdaných žen (36,36%), tak u neprovdaných (37,88%).

Otázka č. 8

Jak dlouho jste se rozhodovala, než jste se odhodlala k operaci?

Graf č. 4. Jak dlouho se respondentky rozhodovaly k operaci (dle kritéria vzdělání).



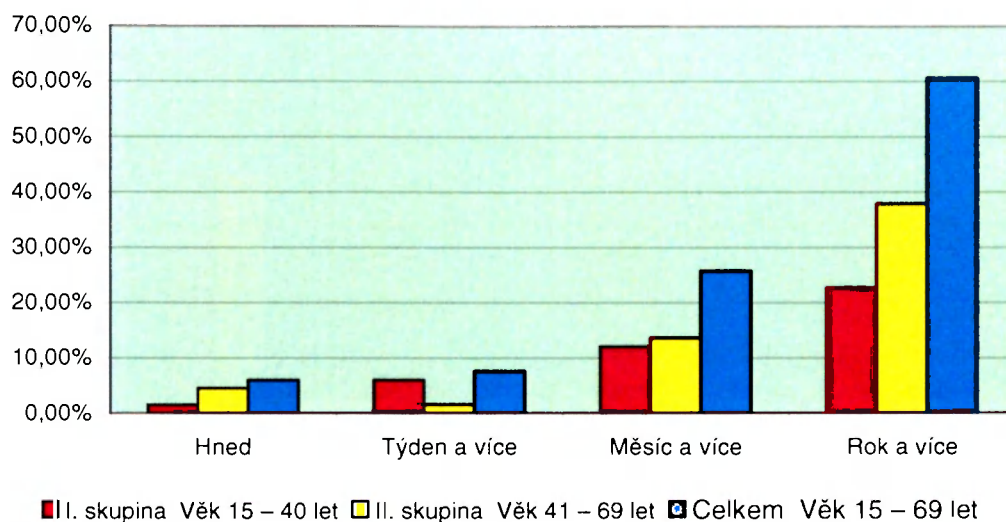
Tabulka č. 10. Jak dlouho se respondentky rozhodovaly k operaci (dle kritéria vzdělání).

| Doba rozhodnutí | Základní vzdělání | | Učební obor | | Středoškolské vzdělání | | Vysokoškolské vzdělání | | Celkem | |
|-----------------|-------------------|--------------|-------------|---------------|------------------------|---------------|------------------------|---------------|-----------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Hned | 0 | 0% | 1 | 1,51% | 2 | 3,03% | 1 | 1,51% | 4 | 6,06% |
| Týden a více | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 3,03% | 3 | 4,55% | 5 | 7,58% |
| Měsíc a více | 0 | 0% | 2 | 3,03% | 14 | 21,21% | 1 | 1,51% | 17 | 25,76% |
| Rok a více | 4 | 6,06% | 6 | 9,09% | 17 | 25,75% | 13 | 19,70% | 40 | 60,60% |
| Celkem | 4 | 6,06% | 9 | 13,64% | 35 | 53,03% | 18 | 27,27% | 66 | 100% |

Komentář:

Rok a více se k chirurgickému zákroku rozhodovaly **nejčastěji** středoškolačky (25,75%) a vysokoškolsky vzdělané respondentky (19,70%). **Měsíc a více** se rozhodovaly **nejčastěji** opět středoškolačky (21,21%). **Týden a více** se rozhodovaly **nejčastěji** vysokoškolačky (4,55%) a **hned** se rozhodly podstoupit operaci **nejčastěji** středoškolačky (3,03%). Z celkového počtu respondentek se 60,60% žen rozhodovalo k operaci rok a více.

Graf č. 5. Jak dlouho se respondentky rozhodovaly k operaci (dle věku).



Tabulka č. 11. Jak dlouho se respondentky rozhodovaly k operaci (dle věku).

| Doba rozhodnutí | I. skupina Věk 15 – 40 let | | II. skupina Věk 41 – 69 let | | Celkem Věk 15 – 69 let | |
|-----------------|-------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------------------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Hned | 1 | 1,51% | 3 | 4,55% | 4 | 6,06% |
| Týden a více | 4 | 6,06% | 1 | 1,51% | 5 | 7,58% |
| Měsíc a více | 8 | 12,12% | 9 | 13,64% | 17 | 25,76% |
| Rok a více | 15 | 22,73% | 25 | 37,87% | 40 | 60,60% |
| Celkem | 28 | 42,42% | 38 | 57,58% | 66 | 100% |

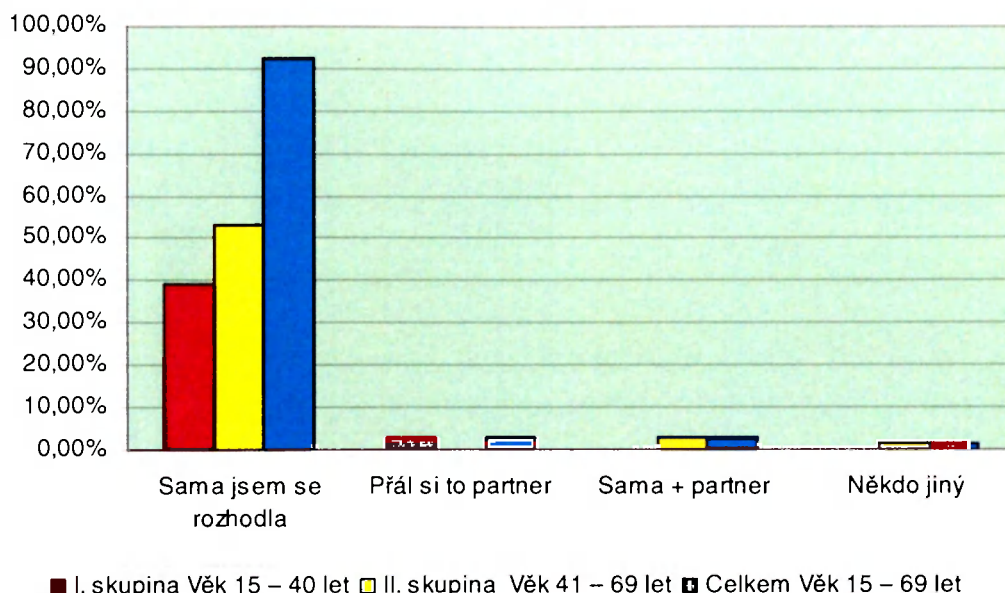
Komentář:

Rok a více se nejčastěji rozhodovaly ženy ze starší věkové skupiny nad 40 let (37,87%), ale i z té mladší (22,73%). Rozhodování **měsíc a více** vyšlo bez větších rozdílů u obou věkových skupin: mladší ženy (12,12%), starší (13,64%). V rozhodování **týden a více** převažovaly mladší ženy (6,06%), naopak **hned** se více rozhodovaly ženy starší (4,55%).

Otázka č. 11

Podstupujete operaci kvůli sobě, nebo je to přání někoho jiného?

Graf č. 6. Kdo se podílel na rozhodnutí o podstoupení operace (dle věku).



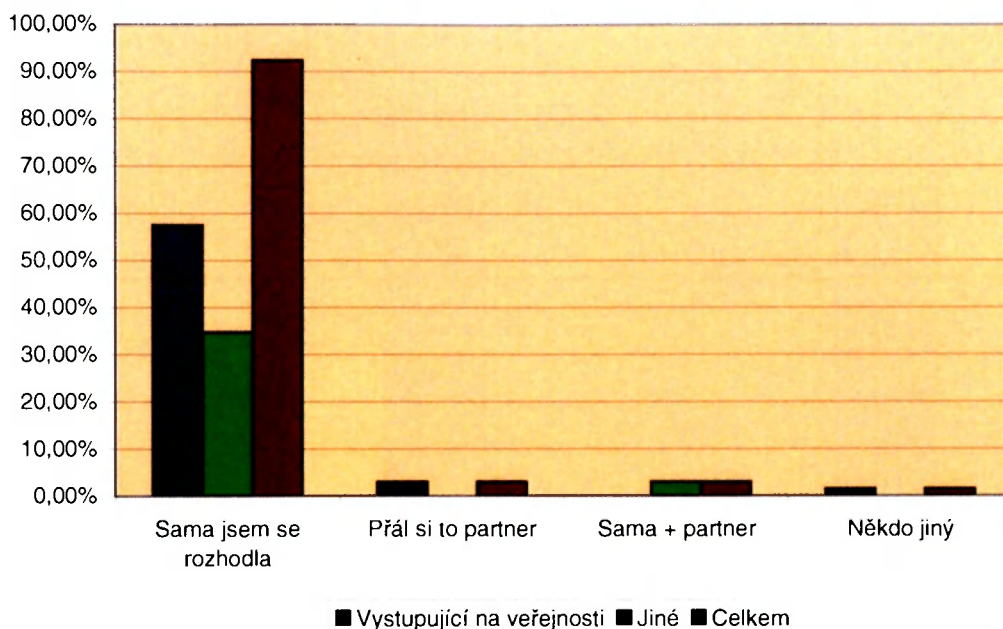
Tabulka č. 12. Kdo se podílel na rozhodnutí o podstoupení operace (dle věku).

| Rozhodnutí | I. skupina Věk 15 – 40 let | | II. skupina Věk 41 – 69 let | | Celkem Věk 15 – 69 let | |
|------------------------------|-------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------------------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Sama jsem se rozhodla | 26 | 39,39% | 35 | 53,02% | 61 | 92,42% |
| Přál si to partner | 2 | 3,03% | 0 | 0% | 2 | 3,03% |
| Sama + partner | 0 | 0% | 2 | 3,03% | 2 | 3,03% |
| Někdo jiný | 0 | 0% | 1 | 1,52% | 1 | 1,52% |
| Celkem | 28 | 42,42% | 38 | 57,58% | 66 | 100% |

Komentář:

V naprosté většině případů (92,42%), ať už v kterékoliv věkové skupině, se klientky samy rozhodly, zda operaci podstoupí. Dvě klientky, z mladší věkové skupiny do 40 let, podstoupily operaci na základě přání partnera. V obou případech se jednalo o diagnózu zvětšení prsů. Dále dvě klientky, ze starší věkové skupiny (facelift), se rozhodly samy, ovlivněny přáním partnerů. A pouze jedna klientka (úprava očních víček) se rozhodla podstoupit operaci na popud své dcery.

Graf č. 7. Kdo se podílel na rozhodnutí o podstoupení operace (dle zaměstnání).



Tabulka č. 13. Kdo se podílel na rozhodnutí o podstoupení operace (dle zaměstnání).

| Rozhodnutí | Vystupující na veřejnosti | | Jiné | | Celkem | |
|------------------------------|---------------------------|---------------|-----------|---------------|-----------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Sama jsem se rozhodla | 38 | 57,57% | 23 | 34,85% | 61 | 92,42% |
| Přál si to partner | 2 | 3,03% | 0 | 0% | 2 | 3,03% |
| Sama + partner | 0 | 0% | 2 | 3,03% | 2 | 3,03% |
| Někdo jiný | 1 | 1,52% | 0 | 0% | 1 | 1,52% |
| Celkem | 41 | 62,12% | 25 | 37,88% | 66 | 100% |

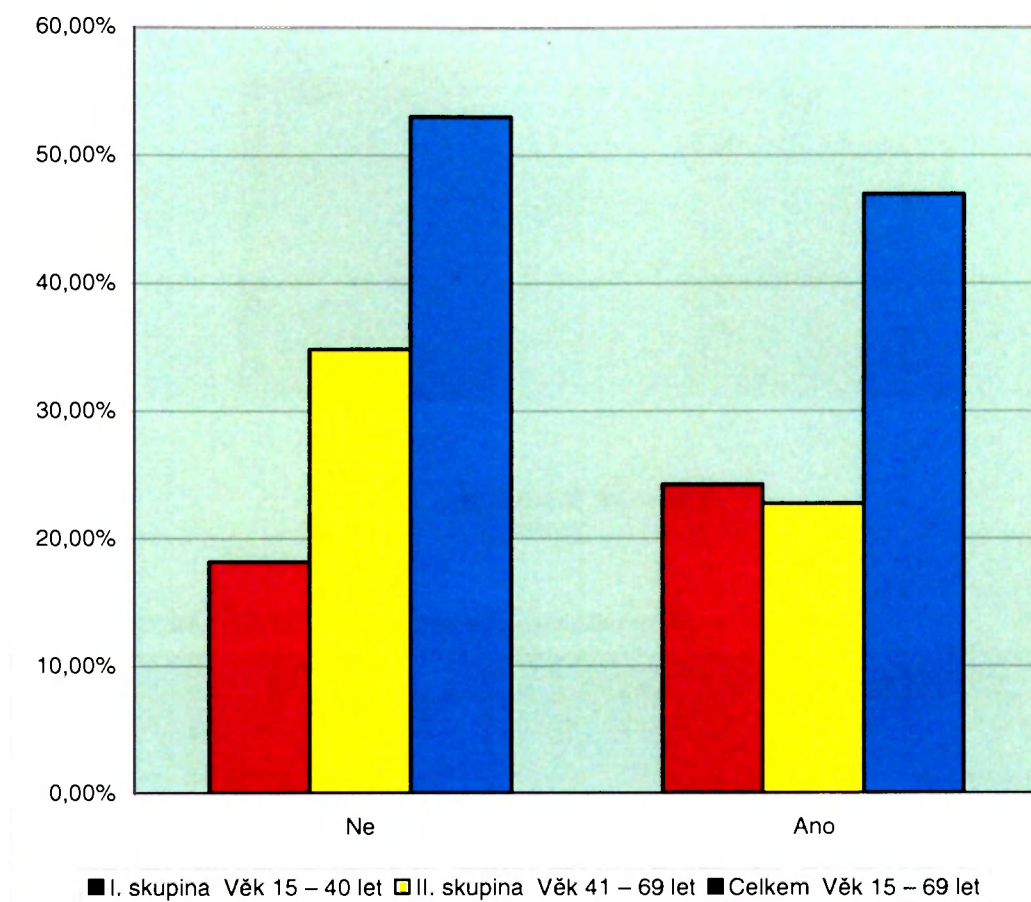
Komentář:

Co se týká kritéria zaměstnání, ať už ženy vystupující na veřejnosti (57,57%) či ženy „jiné“ (34,85%), se nejčastěji rozhodovaly o podstoupení operace samy.

Otázka č. 12

Rozmlouval Vám někdo Vaše rozhodnutí podstoupit operaci, že ji nepotřebujete, je to jen Váš rozmar?

Graf č. 8. Rozmlouval někdo operaci (dle věku).



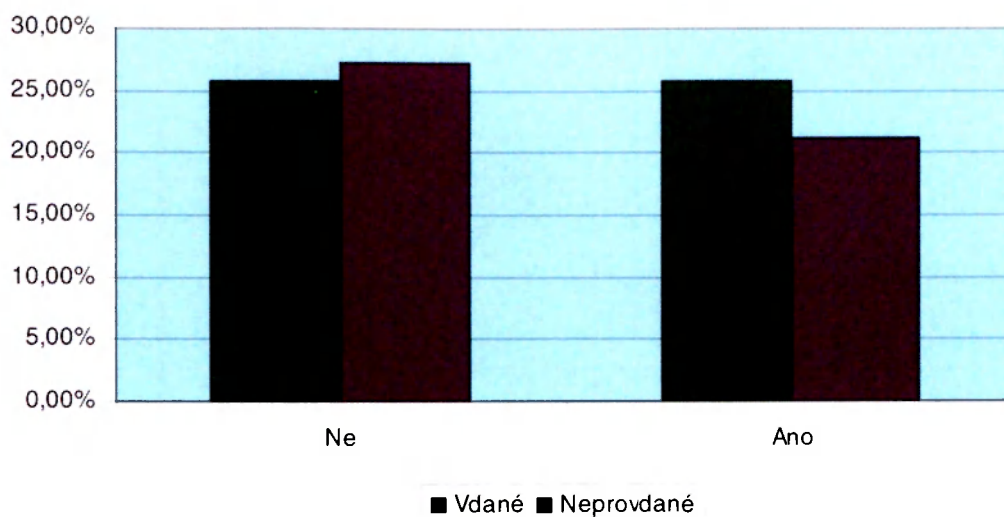
Tabulka č. 14. Rozmlouval někdo operaci (dle věku).

| | I. skupina Věk 15 – 40 let | | II. skupina Věk 41 – 69 let | | Celkem Věk 15 – 69 let | |
|---------------|-------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------------------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Ne | 12 | 18,18% | 23 | 34,85% | 35 | 53,03% |
| Ano | 16 | 24,24% | 15 | 22,73% | 31 | 46,97% |
| Celkem | 28 | 42,42% | 38 | 57,58% | 66 | 100% |

Komentář:

Dívčím a ženám ve věku 15 – 40 let se u 24,24% případů někdo **pokusil operaci rozmluvit**. Velmi často respondentky uváděly, že jim jejich rozhodnutí rozmlouvali všichni. Že by to byl opravdu jen nějaký rozmar? **Respondentkám ze starší věkové skupiny spíše nebyla operace rozmlouvána (34,85%).**

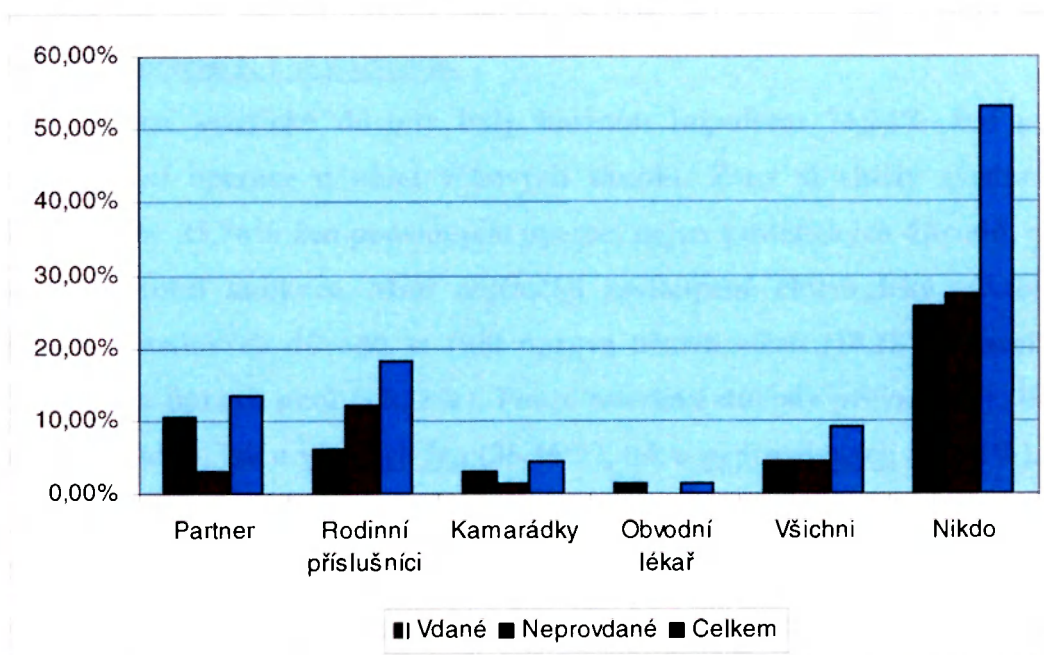
Graf č. 9. Rozmlouval někdo operaci (dle rodinného stavu).



Tabulka č. 15. Rozmlouval někdo operaci (dle rodinného stavu).

| Rodinný stav | Ne | | Ano | | Celkem | |
|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Vdané | 17 | 25,76% | 17 | 25,76% | 34 | 51,52% |
| Neprovdané | 18 | 27,27% | 14 | 21,21% | 32 | 48,48% |
| Celkem | 35 | 53,03% | 31 | 46,97% | 66 | 100% |

Graf č. 10. Kdo rozmlouval operaci (dle rodinného stavu).



Tabulka č. 16. Kdo rozmlouval operaci (dle rodinného stavu).

| Kdo rozmlouval operaci? | Vdané | | Neprovdané | | Celkem | |
|-------------------------|-----------|---------------|------------|---------------|-----------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Partner | 7 | 10,61% | 2 | 3,03% | 9 | 13,64% |
| Rodinní příslušníci | 4 | 6,06% | 8 | 12,12% | 12 | 18,18% |
| Kamarádky | 2 | 3,03% | 1 | 1,51% | 3 | 4,55% |
| Obvodní lékař | 1 | 1,51% | 0 | 0% | 1 | 1,51% |
| Všichni | 3 | 4,55% | 3 | 4,55% | 6 | 9,09% |
| Nikdo | 17 | 25,76% | 18 | 27,27% | 35 | 53,03% |
| Celkem | 34 | 51,52% | 32 | 48,48% | 66 | 100% |

Komentář:

Co se týká rozmlouvání operace mezi vdanými a neprovdanými ženami, **není velkých rozdílů**. U **vdaných žen** vyšly závěry přesně půl na půl s 25,76%. Pakliže se budeme zabývat otázkou, kdo jim nejčastěji rozmlouval operaci, byli to **jejich partneři (10,61%)**. **Neprovdaným ženám** spíše nikdo operaci nerozmlouval (27,27%), ale těm, kterým byla operace rozmlouvána, pak nejvíce **rodinnými příslušníky (12,12%)**, kde byli zahrnuti: matka, otec, babička sestra, dcery, švagrová.

Hypotéza č. 1 se potvrdila.

Pouze estetické důvody byly hlavním impulsem **74,24%** žen pro podstoupení operace u obou věkových skupin. Ženy si chtěly zvednout sebevědomí. **25,76%** žen podstoupilo operaci nejen z estetických důvodů, ale i ze zdravotní indikace. Mezi nejčastěji zastoupené chirurgické zákroky pouze z estetických důvodů se řadí úprava očních víček (18,18%), facelift (15,15%) a úprava prsů (12,12%). Pouze estetické důvody převažovaly, bez větších rozdílů, jak u vdaných žen (36,36%), tak u neprovdaných (37,88%).

Z celkového počtu respondentek se **60,60%** žen rozhodovalo k operaci rok a více. Nejčastěji se tak rozhodovaly středoškolačky (25,75%) a vysokoškolsky vzdělané respondentky (19,70%). Rok a více se nejčastěji také rozhodovaly ženy ze starší věkové skupiny nad 40 let (37,87%), ale i z mladší (22,73%).

V naprosté většině případů (92,42%), at' už v kterékoliv věkové skupině, se klientky samy rozhodly, zda operaci podstoupí. Co se týká kritéria zaměstnání, at' už ženy vystupující na veřejnosti (57,57%), či ženy „jiné“ (34,85%), se nejčastěji rozhodovaly o podstoupení operace samy.

Dívkám a ženám ve věku 15 – 40 let se u 24,24% případů někdo pokusil operaci rozmluvit. Velmi často respondentky uváděly, že jim jejich rozhodnutí rozmlouvali všichni. Že by to byl opravdu jen nějaký rozmar? Respondentkám ze starší věkové skupiny spíše nebyla operace rozmlouvána (34,85%). Co se týká rozmlouvání operace mezi vdanými a neprovdanými ženami, není velkých rozdílů. U vdaných žen vyšly závěry přesně půl na půl s 25,76%. Pakliže se budeme zabývat otázkou, kdo jim nejčastěji rozmlouval operaci, byli to jejich partneři (10,61%). Neprovdaným ženám spíše nikdo operaci nerozmlouval (27,27%), ale těm, kterým byla operace rozmlouvána, pak nejvíce rodinnými příslušníky (12,12%).

9. 2 Získané výsledky k hypotéze č. 2

Domnívám se, že ženy mladší 40 let mají zájem o operace upravující tělesné nedostatky vrozené (např. odstáté uši, velký nos, velké či malé poprsí) a ženy starší 40 let mají nejčastěji zájem o úpravy nedostatků získaných s přibývajícím věkem (např. operace očních víček, modelace poprsí, břicha, liposukce a facelifting).

K hypotéze č. 2 se vztahují položky dotazníku č. 1 a č. 6.

Otázka č. 1

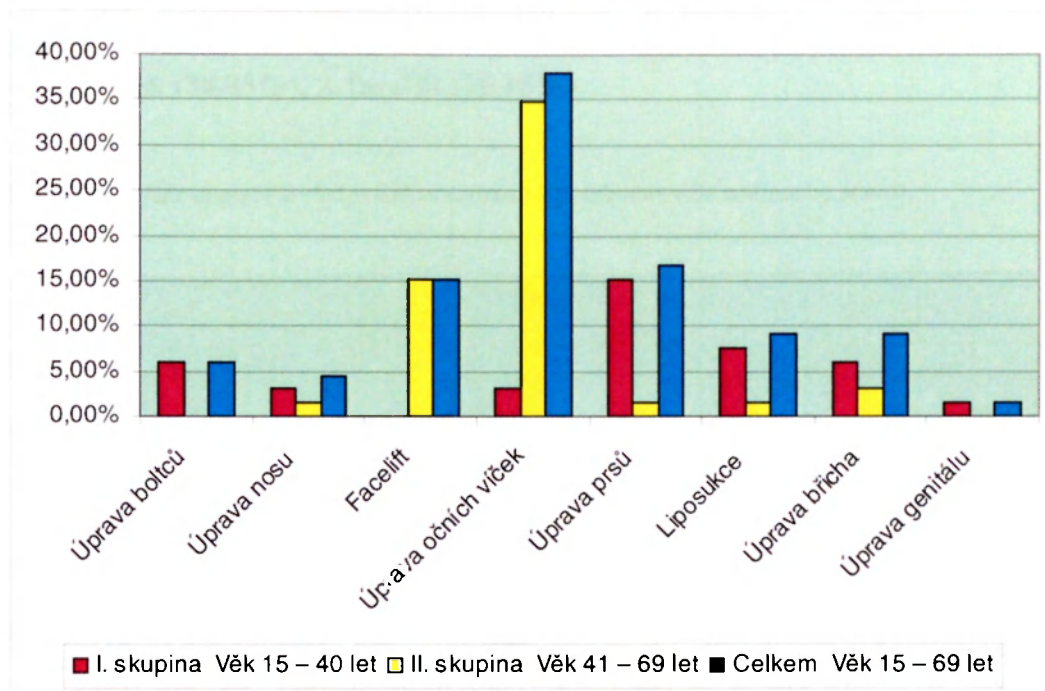
Věk, počet let.

Respondentky jsem rozdělila do dvou věkových skupin, a to na ženy mladší věkové hranice, od 15 let do 40 let (celkem 28 žen) a na starší od 41 – 69 let (38 žen).

Otázka č. 6

Jakou operaci jste přišla podstoupit?

Graf č. 11. Výběr operace u sledovaného vzorku respondentek (dle věku).



Tabulka č. 17. Výběr operace u sledovaného vzorku respondentek (dle věku).

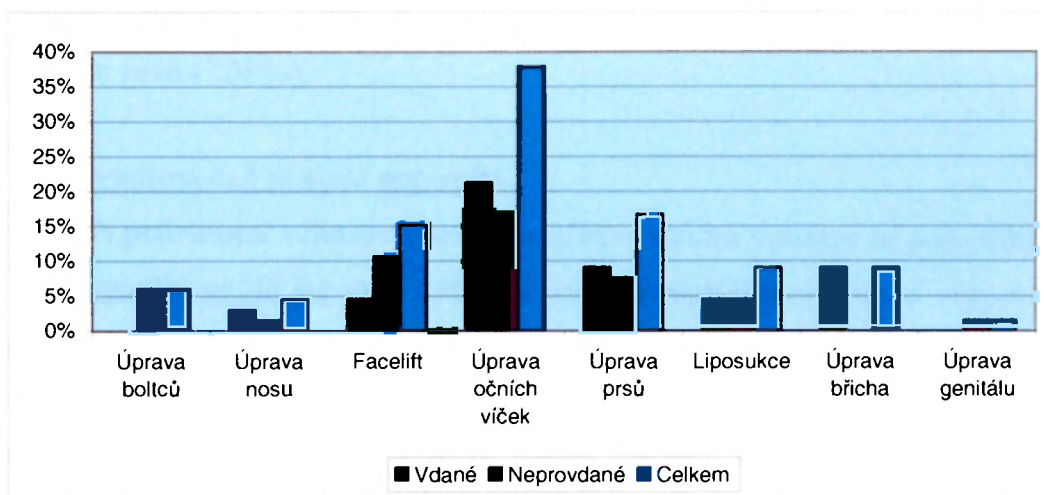
| Druh operace | I. skupina Věk 15 – 40 let | | II. skupina Věk 41 – 69 let | | Celkem Věk 15 – 69 let | |
|---------------------|-------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------------------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Úprava boltců | 4 | 6,06% | 0 | 0% | 4 | 6,06% |
| Úprava nosu | 2 | 3,03% | 1 | 1,52% | 3 | 4,55% |
| Facelift | 0 | 0% | 10 | 15,15% | 10 | 15,15% |
| Úprava očních víček | 2 | 3,03% | 23 | 34,85% | 25 | 37,88% |
| Úprava prsů | 10 | 15,15% | 1 | 1,51% | 11 | 16,67% |
| Liposukce | 5 | 7,58% | 1 | 1,51% | 6 | 9,09% |
| Úprava břicha | 4 | 6,06% | 2 | 3,03% | 6 | 9,09% |
| Úprava genitálu | 1 | 1,51% | 0 | 0% | 1 | 1,51% |
| Celkem | 28 | 42,42% | 38 | 57,58% | 66 | 100% |

Komentář:

Z mladší věkové skupiny nejčastěji respondentky podstupovaly: 1. úpravu prsů (15,15%) (z toho redukci prsů (4,55%), zvětšení prsů (10,61%)), 2. liposukci (7,58%), 3. úpravu boltců + úpravu břicha (6,06%).

Ze starší věkové skupiny nejčastěji ženy podstupovaly: 1. úpravu očních víček (34,85%), 2. facelift (15,15%).

Graf č. 12. Výběr operace u sledovaného vzorku respondentek (dle rodinného stavu).



Tabulka č. 18. Výběr operace u sledovaného vzorku respondentek (dle rodinného stavu).

| Druh operace | Vdané | | Neprovdané | | Celkem | |
|---------------------|-----------|---------------|------------|---------------|-----------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Úprava boltců | 0 | 0% | 4 | 6,06% | 4 | 6,06% |
| Úprava nosu | 2 | 3,03% | 1 | 1,52% | 3 | 4,55% |
| Facelift | 3 | 4,55% | 7 | 10,61% | 10 | 15,15% |
| Úprava očních víček | 14 | 21,21% | 11 | 16,66% | 25 | 37,88% |
| Úprava prsů | 6 | 9,09% | 5 | 7,58% | 11 | 16,67% |
| Liposukce | 3 | 4,55% | 3 | 4,54% | 6 | 9,09% |
| Úprava břicha | 6 | 9,09% | 0 | 0% | 6 | 9,09% |
| Úprava genitálu | 0 | 0% | 1 | 1,51% | 1 | 1,51% |
| Celkem | 34 | 51,52% | 32 | 48,48% | 66 | 100% |

Komentář:

Přišlo mi zajímavé zabývat se i otázkou, pro jakou operaci se rozhodly ženy z hlediska rodinného stavu.

Vdané ženy nejčastěji podstupovaly:

- 1) úpravu očních víček (21,21%)
- 2) úpravu břicha + prsů (9,09%).

Neprovdané ženy:

- 1) úpravu očních víček (16,66%)
- 2) facelift (10,61%)
- 3) úpravu prsů (7,58%).

Hypotéza č. 2 se zcela potvrdila.

Při průzkumu věkových hranic a výběru druhu operace se potvrdilo, že ženy mladší do 40 let mají zájem o operace upravující tělesné vrozené nedostatky (např. velké či malé poprsí (15,15%), úpravu boltců (6,06%), úpravu nosu (3,03%) a ženy starší nad 40 let mají nejčastěji zájem o úpravy nedostatků získaných s přibývajícím věkem (např. operace očních víček (34,85%), facelift (15,15%)).

V nižší věkové hranici „vybočují“ pouze 2 klientky, které podstoupily operaci očních víček, jakožto úpravu nedostatků získaných, což ale může být dáno právě tou hranicí až do 40 let. Klientky zřejmě měly určité genetické predispozice. Dále „vybočuje“ 5 klientek, které podstoupily liposukci a 4 respondentky, kterým byla provedena úprava břicha po porodu. Opět se jedná o úpravu nedostatků získaných.

Ve vyšší věkové kategorii (41 – 69 let) jsou pouze 2 respondentky s vrozeným tělesným nedostatkem a to s diagnózami úprava nosu a zvětšení prsů.

Vdané ženy nejčastěji podstupovaly: úpravu očních víček (21,21%), úpravu břicha a prsů (9,09%). Neprovdané ženy: úpravu očních víček (16,66%), facelift (10,61%) a úpravu prsů (7,58%).

9. 3 Získané výsledky k hypotéze č. 3

Předpokládám, že pacientky podstupující plastické operace vykonávají prestižní povolání (manažerky, podnikatelky, modelky, ženy vystupující na veřejnosti), jsou finančně dobře situované a žijí spíše ve městě, než-li v obci.

K hypotéze č. 3 se vztahují položky dotazníku č. 3, č. 5 a č. 15.

Otázka č. 3

Místo bydliště.

Viz tabulka č. 3. Charakteristika výzkumného vzorku: místo bydliště

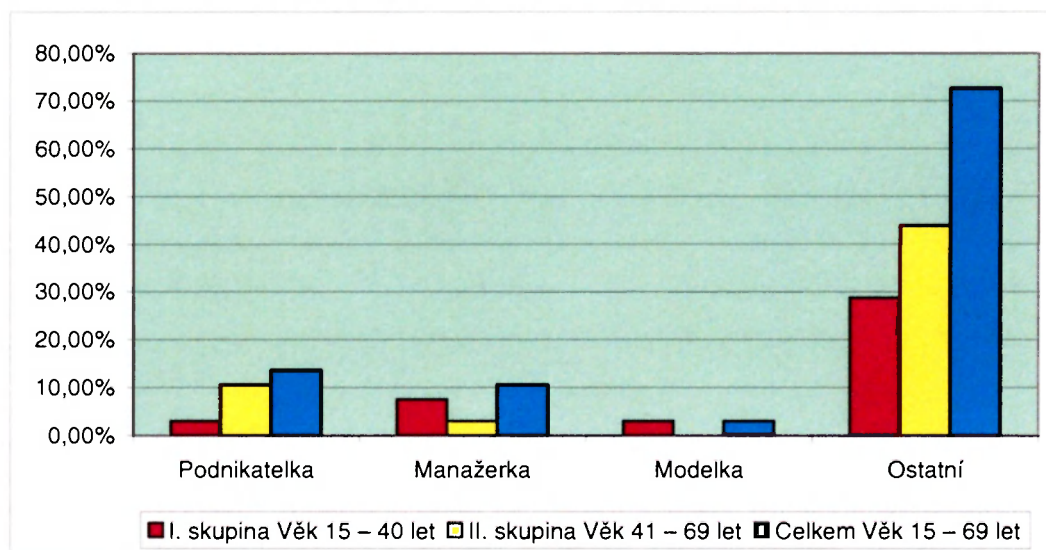
Otázka č. 5

Zaměstnání.

Mezi ženy vystupující na veřejnosti se zařadily např. učitelky, lékařky, kosmetičky, produkční atd.

Kolonku *jiné* označilo **37,88%** žen, nejčastěji ženy důchodkyně (až **18,18%**), nebo klientky na mateřské dovolené, studentky atd. Viz tabulka č. 5. Charakteristika výzkumného vzorku: zaměstnání

Graf č. 13. Zaměstnání respondentek dle věkových kategorií, se zaměřením na tři vybraná prestižní povolání (podnikatelka, manažerka, modelka).



Tabulka č. 19. Zaměstnání respondentek dle věkových kategorií, se zaměřením na tři vybraná prestižní povolání (podnikatelka, manažerka, modelka).

| Zaměstnání | I. skupina Věk 15 – 40 let | | II. skupina Věk 41 – 69 let | | Celkem Věk 15 – 69 let | |
|---------------------|-------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------------------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Podnikatelka | 2 | 3,03% | 7 | 10,61% | 9 | 13,64% |
| Manažerka | 5 | 7,57% | 2 | 3,03% | 7 | 10,60% |
| Modelka | 2 | 3,03% | 0 | 0% | 2 | 3,03% |
| Ostatní | 19 | 28,79% | 29 | 43,94% | 48 | 72,72% |
| Celkem | 28 | 42,42% | 38 | 57,58% | 66 | 100% |

Komentář:

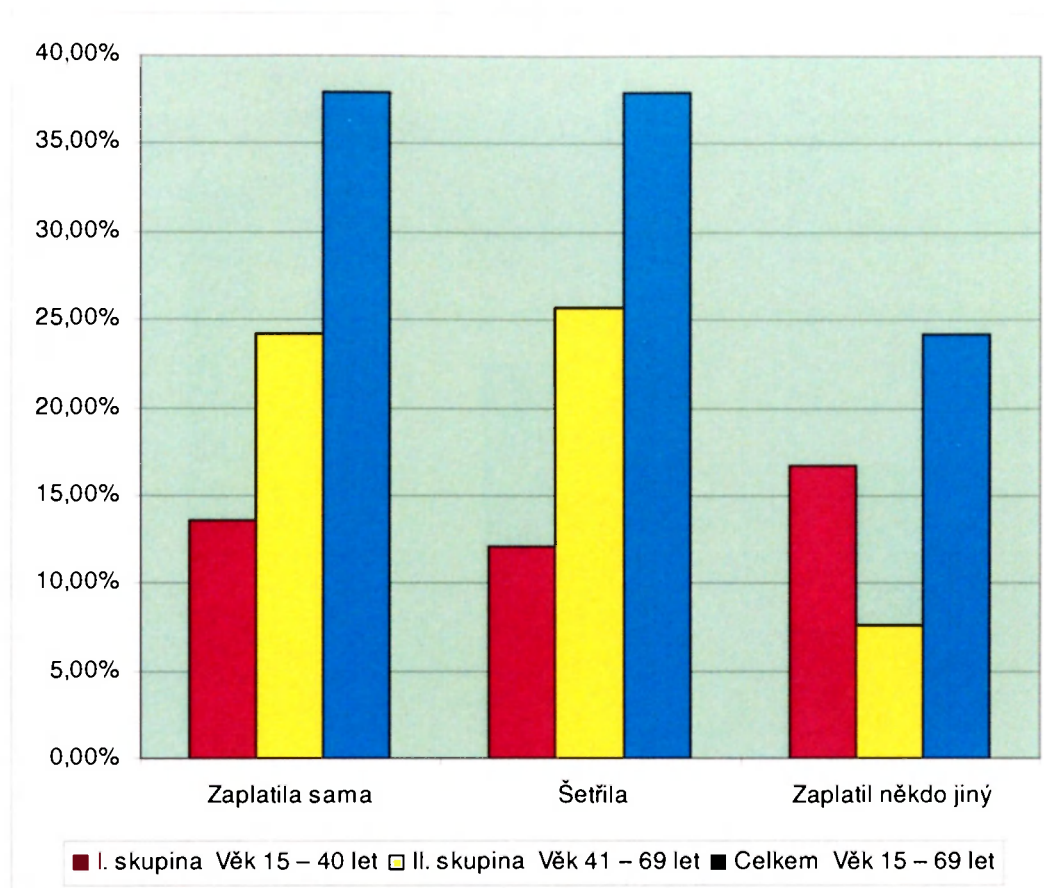
Respondentky vystupující na veřejnosti převažují v obou věkových skupinách, mladší do 40 let (31,81%), starší (30,30%), celkem je jich tedy 62,12%. Ve starší věkové skupině je však 27,27% respondentek, které se řadí mezi nevystupující na veřejnosti a přesto podstoupily estetickou operaci. Viz tabulka č. 5. Charakteristika výzkumného vzorku: zaměstnání.

Co se týká tří vybraných prestižních povolání, kdy jsem se zaměřila na podnikatelky (13,64%), manažerky (10,60%) a modelky (3,03%) z celkového počtu respondentek, předpokládala jsem, že jich bude větší počet.

Otázka č. 15

Nebyl pro Vás problém zaplatit si operaci, nebo jste musela dlouho šetřit?

Graf č. 14. Financování operace respondentek (dle věku).



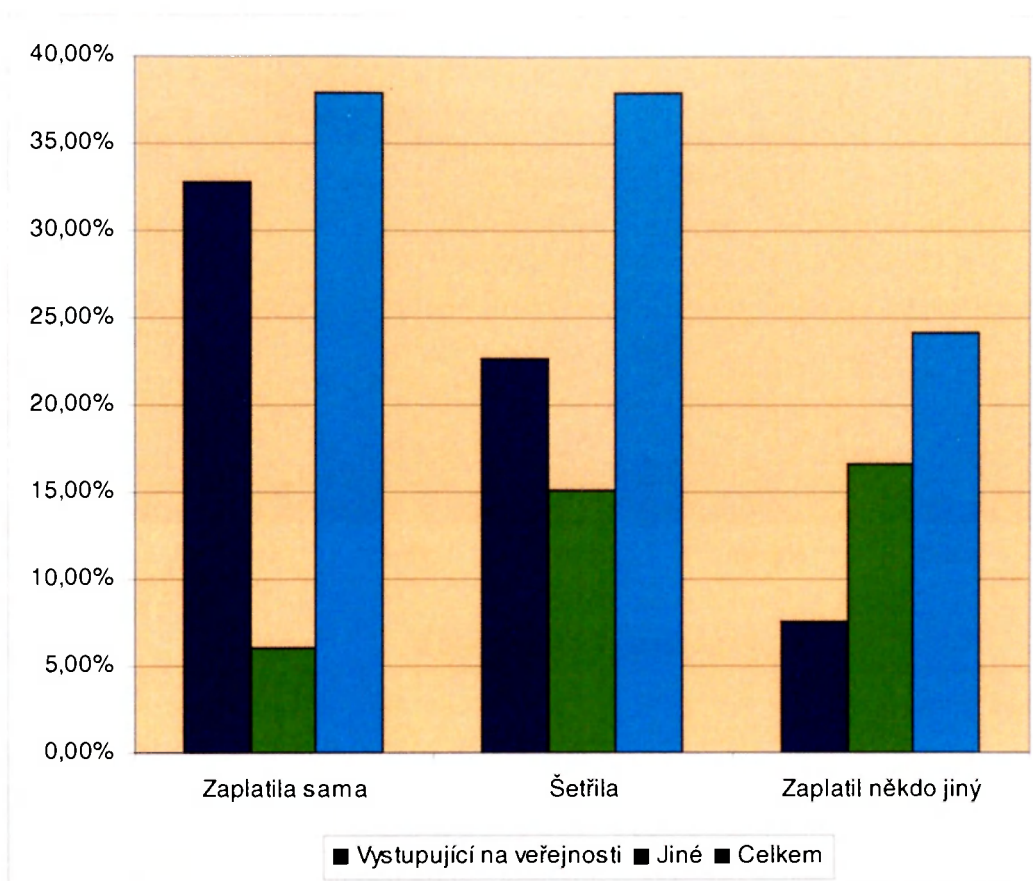
Tabulka č. 20. Financování operace respondentek (dle věku).

| Finanční situace | I. skupina Věk 15 – 40 let | | II. skupina Věk 41 – 69 let | | Celkem Věk 15 – 69 let | |
|---------------------|-------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------------------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Zplatila sama | 9 | 13,64% | 16 | 24,24% | 25 | 37,88% |
| Šetřila | 8 | 12,12% | 17 | 25,76% | 25 | 37,88% |
| Zaplatil někdo jiný | 11 | 16,66% | 5 | 7,58% | 16 | 24,24% |
| Celkem | 28 | 42,42% | 38 | 57,58% | 66 | 100% |

Komentář:

Mladším respondentkám do 40 let (16,66%) nejčastěji zaplatil operaci někdo jiný (rodiče, partneři, starším klientkám jejich děti). Starší respondentky přiznávají, že 25,76% na operaci muselo šetřit a 24,24% žen si operaci zaplatilo samo bez problémů.

Graf č. 15. Financování operace respondentek (dle zaměstnání).



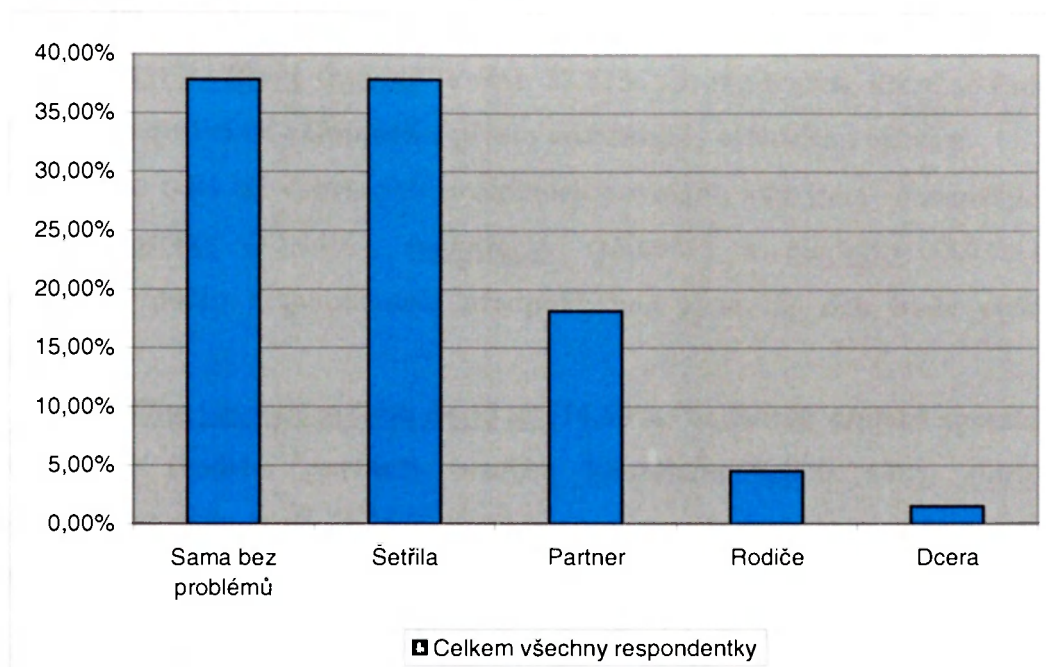
Tabulka č. 21. Financování operace respondentek (dle zaměstnání).

| Finanční situace | Vystupující na veřejnosti | | Jiné | | Celkem | |
|---------------------|---------------------------|---------------|-----------|---------------|-----------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Zaplatila sama | 21 | 32,82% | 4 | 6,06% | 25 | 37,88% |
| Šetřila | 15 | 22,73% | 10 | 15,15% | 25 | 37,88% |
| Zaplatil někdo jiný | 5 | 7,57% | 11 | 16,67% | 16 | 24,24% |
| Celkem | 41 | 62,12% | 25 | 37,88% | 66 | 100% |

Komentář:

Z hlediska zaměstnání, si respondentky vystupující na veřejnosti hradily operaci samy bez problémů (31,82%), ženám nevystupujícím veřejně zaplatil operaci někdo jiný (16,67%) a nebo na operaci šetřily (15,15%).

Graf č. 16. Kdo respondentkám financoval operaci?



Tabulka č. 22. Kdo respondentkám financoval operaci?

| Kdo financoval operaci? | Všechny respondenty | |
|-------------------------|---------------------|-------------|
| | Ni | fi [%] |
| Sama bez problémů | 25 | 37,88% |
| Šetřila | 25 | 37,88% |
| Partner | 12 | 18,18% |
| Rodiče | 3 | 4,55% |
| Dcera | 1 | 1,51% |
| Celkem | 66 | 100% |

Komentář:

Pro 37,88% žen nebyl problém zaplatit si operaci, stejný počet žen udává, že na ni muselo šetřit. Zbylým respondentkám nejvíce financovali operaci jejich partneři (18,18%).

Hypotéza č. 3 se zcela potvrdila.

Je pravdou, že většina klientek vykonává prestižní povolání. Mezi respondentkami se objevily manažerky, podnikatelky, modelky, zpěvačky, produkční, lékařky atd. Kolonku *jiné* označilo 37,88% žen, nejčastěji ženy důchodkyně (až 18,18%), nebo klientky na mateřské dovolené, studentky atd. Viz tabulka č. 5. Charakteristika výzkumného vzorku: zaměstnání. Lze

shrnout, že všech žen vystupujících na veřejnosti, které chtějí vypadat dobře je až 62,12%.

Ve starší věkové skupině je však 27,27% respondentek, které se řadí mezi nevystupující na veřejnosti a přesto podstoupily estetickou operaci.

Co se týká tří vybraných prestižních povolání, kdy jsem se zaměřila na podnikatelky (13,64%), manažerky (10,60%) a modelky (3,03%) z celkového počtu respondentek, předpokládala jsem, že jich bude větší počet.

Mladším respondentkám do 40 let (16,66%) nejčastěji zaplatil operaci někdo jiný (rodiče, partneři, starším klientkám jejich děti), starší respondentky přiznávají, že 25,76% na operaci muselo šetřit a 24,24% žen si operaci zaplatilo samo bez problémů.

Z hlediska zaměstnání si respondentky vystupující na veřejnosti hradily operaci samy bez problémů (31,82%), ženám nevystupujícím veřejně zaplatil operaci někdo jiný (16,67%), nebo na operaci šetřily (15,15%).

Z celkového počtu respondentek pro 37,88% žen nebyl problém zaplatit si operaci, stejný počet žen udává, že na ni muselo šetřit. Zbylým respondentkám nejvíce financovali operaci jejich partneři (18,18%).

Rovněž domněnka, že většina klientek žije spíše ve městě, než-li v obci, se potvrdila a to s přesností 90,91%.

9. 4 Získané výsledky k hypotéze č. 4

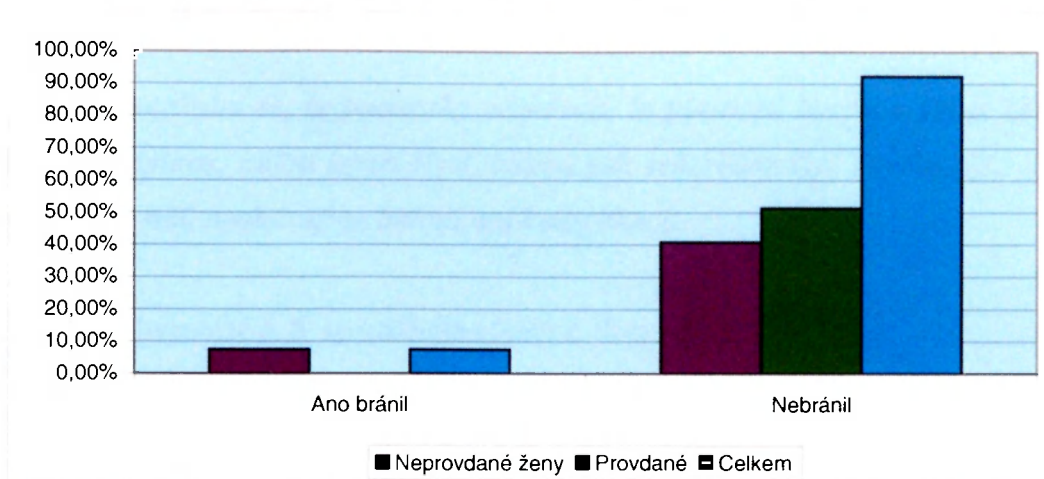
Předpokládám, že nespokojenost se svým vzhledem brání neprovdaným ženám v navázání partnerských vztahů.

K hypotéze č. 4 se vztahuje otázka č. 13.

Otázka č. 13

Pakliže jste bez partnera, myslíte si, že Váš nedostatek, který jste si přišla nechat upravit, Vám bránil v navázání partnerského vztahu?

Graf č. 17. Bránil estetický nedostatek neprovdaným ženám v navázání partnerského vztahu?



Tabulka č. 23. Bránil estetický nedostatek neprovdaným ženám v navázání partnerského vztahu?

| | Neprovdané ženy | | Provdané | | Celkem | |
|-------------------|-----------------|---------------|-----------|---------------|-----------|--------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Ano bránil | 5 | 7,58% | 0 | 0% | 5 | 7,58% |
| Nebránil | 27 | 40,90% | 34 | 51,52% | 61 | 92,42% |
| Celkem | 32 | 48,48% | 34 | 51,52% | 66 | 100 % |

Komentář:

Respondentky, které souhlasily, že jim estetický nedostatek bránil v navázání partnerského vztahu (7,58%), jako nejčastější důvody uváděly, že se necítí přitažlivé a prožívají stud v intimním životě. Tato odpověď se vyskytla u třech žen a to s diagnózou zvětšení prsů, liposukce a úprava genitálu. U dvou klientek (facelift) jsem zaznamenala odpověď, že jim nedostatek brání najít si mladšího partnera. Jinak **naprostá většina neprovdaných žen (40,90%), se domnívá, že jim jejich tělesný nedostatek rozhodně nebrání v navázání partnerského vztahu.**

Hypotéza č. 4 se zcela nepotvrdila.

Ze 48,48% neprovdaných žen se naprostá většina (40,90%) domnívá, že jim jejich tělesný nedostatek, který si přišly nechat operativně odstranit, nebránil v navazování partnerských vztahů.

Pouhým 7,58% žen bránil v navázání vztahu (zvětšení prsů, liposukce a úprava genitálu).

9. 5 Získané výsledky k hypotéze č. 5

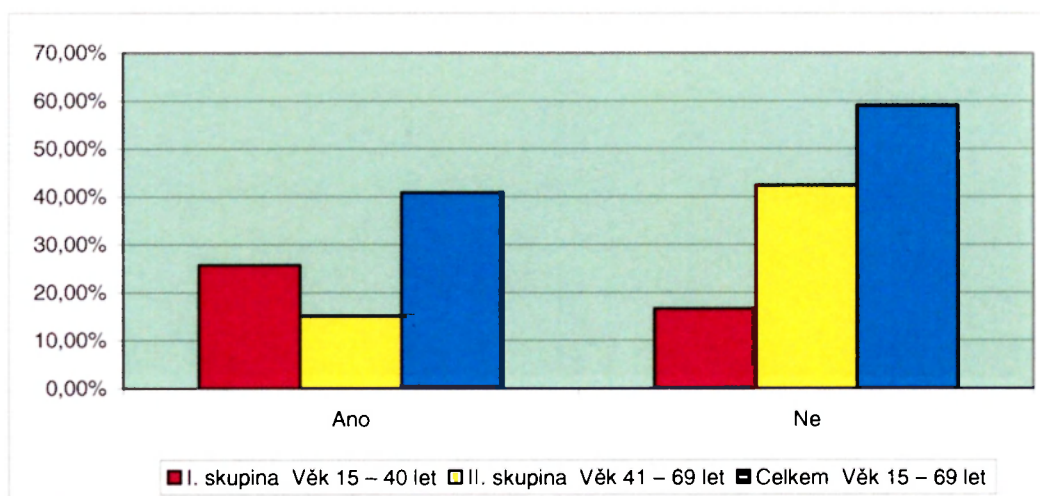
Domnívám se, že pacientky očekávají, že plastické operace, jež je zbaví jejich komplexu, změní jejich život, budou pak sebevědomější, úspěšnější... Na operaci se těší, neobávají se bolesti ani komplikací.

K hypotéze č. 5 se vztahuje otázka č. 9, č. 10 a č. 14.

Otázka č. 9

Obáváte se pooperačních bolestí?

Graf č. 18. Obávají se respondentky podstupující estetické operace bolestí?



Tabulka č. 24. Obávají se respondentky podstupující estetické operace bolestí?

| | I. skupina Věk 15 – 40 let | | II. skupina Věk 41 – 69 let | | Celkem Věk 15 – 69 let | |
|--------|-------------------------------|--------|--------------------------------|--------|---------------------------|--------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Ano | 17 | 25,76% | 10 | 15,15% | 27 | 40,91% |
| Ne | 11 | 16,66% | 28 | 42,43% | 39 | 59,09% |
| Celkem | 28 | 42,42% | 38 | 57,58% | 66 | 100% |

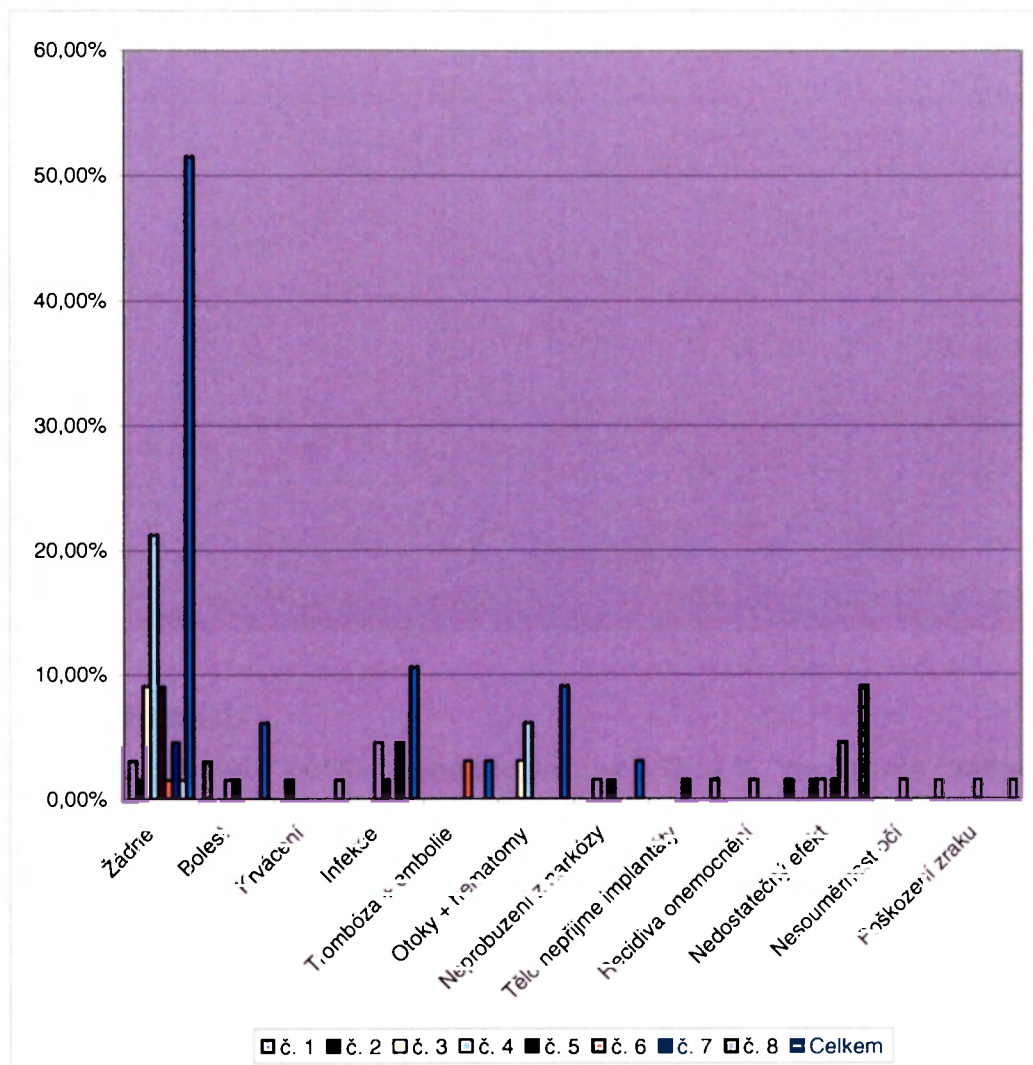
Komentář:

Mladší respondentky se více obávají pooperačních bolestí (25,76%) než starší klientky (15,15%).

Otázka č. 10

Z jakých možných pooperačních komplikací máte největší obavy?

Graf č. 19. Výčet obav z možných pooperačních komplikací vzhledem k jednotlivým diagnózám respondentek (čísla 1 – 8 značí jednotlivé diagnózy).



Diagnózy:

č. 1 – Úprava boltců

č. 2 – Úprava nosu

č. 3 – Facelift

č. 4 – Úprava očních víček

č. 5 – Úprava prsů

č. 6 – Liposukce

č. 7 – Úprava břicha

č. 8 – Úprava genitálu

Tabulka č. 25. Výčet obav z možných pooperačních komplikací vzhledem k jednotlivým diagnózám respondentek.

| Komplikace | Diagnózy | | | | | | | | Celkem |
|--------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | č. 1 | č. 2 | č. 3 | č. 4 | č. 5 | č. 6 | č. 7 | č. 8 | |
| | f _i [%] | f _i [%] | f _i [%] | f _i [%] | f _i [%] | f _i [%] | f _i [%] | f _i [%] | f _i [%] |
| Žádné | 3,03% | 1,51% | 9,09% | 21,21% | 9,09% | 1,51% | 4,55% | 1,51% | 51,51% |
| Bolest | 3,03% | 0% | 0% | 1,51% | 1,52% | 0% | 0% | 0% | 6,06% |
| Krvácení | 0% | 1,52% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 1,52% |
| Infekce | 0% | 0% | 0% | 4,55% | 1,51% | 0% | 4,54% | 0% | 10,60% |
| Trombóza + embolie | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 3,03% | 0% | 0% | 3,03% |
| Otoky + hematomy | 0% | 0% | 3,03% | 6,06% | 0% | 0% | 0% | 0% | 9,09% |
| Neprobuzení z narkózy | 0% | 0% | 1,52% | 0% | 1,51% | 0% | 0% | 0% | 3,03% |
| Tělo nepřijme implantáty | 0% | 0% | 0% | 0% | 1,52% | 0% | 0% | 0% | 1,52% |
| Recidiva onemocnění | 0% | 0% | 0% | 1,51% | 0% | 0% | 0% | 0% | 1,51% |
| Nedostatečný efekt | 0% | 1,52% | 1,51% | 0% | 1,52% | 4,55% | 0% | 0% | 9,09% |
| Nesouměrnost očí | 0% | 0% | 0% | 1,52% | 0% | 0% | 0% | 0% | 1,52% |
| Poškození zraku | 0% | 0% | 0% | 1,52% | 0% | 0% | 0% | 0% | 1,52% |
| Celkem | 6,06% | 4,55% | 15,15% | 37,88% | 16,67% | 9,09% | 9,09% | 1,51% | 100% |

Komentář:

Z celkového počtu respondentek se 51,51% neobávalo žádných pooperačních komplikací.

Respondentky s diagnózou:

č. 1 – úprava boltců – se nejvíce obávaly bolesti (3,03%).

č. 2 – úprava nosu – se nejvíce obávaly krvácení a nedostatečného efektu (1,52%).

č. 3 – facelift – se nejvíce obávaly otoků a hematomů (3,03%).

č. 4 – úprava očních víček – se nejvíce obávaly otoků a hematomů (6,06%) a infekce (4,55%).

č. 5 – úprava prsů – s počtem 1,52% se nejvíce obávaly bolesti, infekce, neprobuzení z narkózy, že tělo nepřijme implantáty a nedostatečného efektu.

č. 6 – liposukce – 4,55% respondentek se obávalo nedostatečného efektu a 3,03% trombózy a embolie.

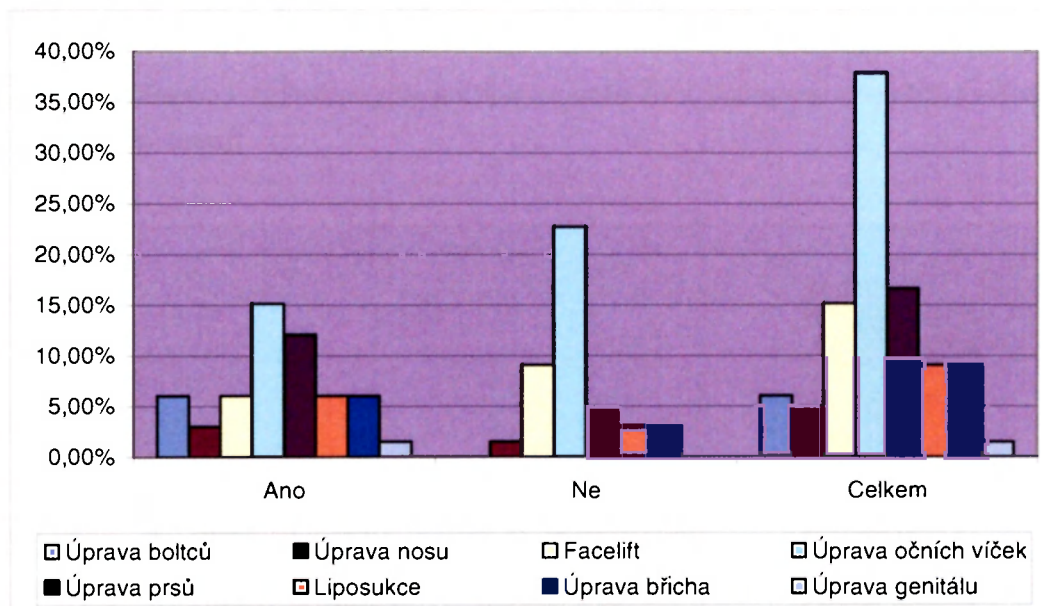
č. 7 – úprava břicha – 4,54% žen se obávalo infekce.

č. 8 – úprava genitálu – 1,51% neměla žádné obavy.

Otázka č. 14

Očekáváte, že Vám operace změni život, budete sebevědomější, úspěšnější? V případě, že ano, tak v čem? Na co se přímo těšíte?

Graf č. 20. Očekávají respondentky, že jim operace změni život, budou sebevědomější, úspěšnější (dle druhu operace).



Tabulka č. 26. Očekávají respondentky, že jim operace změni život, budou sebevědomější, úspěšnější (dle druhu operace).

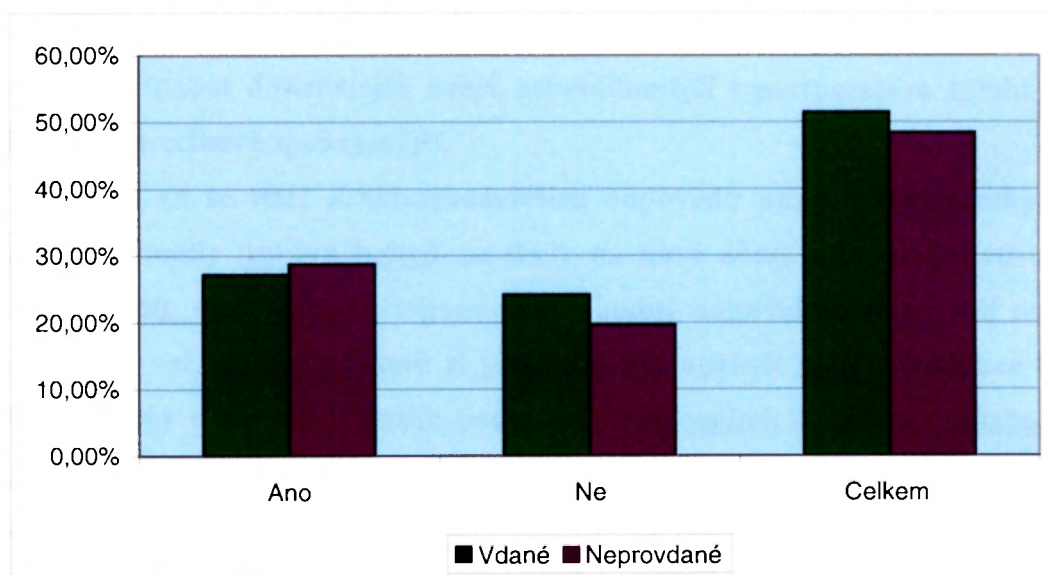
| Druh operace | Ano | | Ne | | Celkem | |
|---------------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Úprava boltců | 4 | 6,06% | 0 | 0% | 4 | 6,06% |
| Úprava nosu | 2 | 3,03% | 1 | 1,52% | 3 | 4,55% |
| Facelift | 4 | 6,06% | 6 | 9,09% | 10 | 15,15% |
| Úprava očních víček | 10 | 15,15% | 15 | 22,73% | 25 | 37,88% |
| Úprava prsů | 8 | 12,12% | 3 | 4,55% | 11 | 16,67% |
| Liposukce | 4 | 6,06% | 2 | 3,03% | 6 | 9,09% |
| Úprava břicha | 4 | 6,06% | 2 | 3,03% | 6 | 9,09% |
| Úprava genitálu | 1 | 1,52% | 0 | 0% | 1 | 1,51% |
| Celkem | 37 | 56,06% | 29 | 43,94% | 66 | 100% |

Komentář:

Většina respondentek (56,06%) očekává, že jim operace změní život, budou sebevědomější, úspěšnější. Z hlediska diagnóz nejvíce:

- 1) úprava očních víček (15,15%)
- 2) úprava prsů (12,12%)
- 3) úprava boltečů, facelift, liposukce a úprava břicha se stejným počtem 6,06%.

Graf č. 21. Očekávají respondentky, že jim operace změní život, budou sebevědomější, úspěšnější (dle rodinného stavu)?



Tabulka č. 27. Očekávají respondentky, že jim operace změní život, budou sebevědomější, úspěšnější (dle rodinného stavu).

| Rodinný stav | Ano | | Ne | | Celkem | |
|--------------|-----|--------|----|--------|--------|--------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Vdané | 18 | 27,27% | 16 | 24,24% | 34 | 51,51% |
| Neprovdané | 19 | 28,79% | 13 | 19,70% | 32 | 48,49% |
| Celkem | 37 | 56,06% | 29 | 43,94% | 66 | 100% |

Komentář:

Co se týká otázky, zda respondentky rozděleny dle rodinného stavu očekávají, že jim operace změní život, budou sebevědomější, úspěšnější, **není velkých rozdílů. Změnu očekává 27,27% vdaných žen a 28,79% neprovdaných.**

Hypotéza č. 5 se potvrdila.

Většina respondentek (56,06%) očekává, že jim operace změní život, budou sebevědomější, úspěšnější. **Z hlediska diagnóz nejvíce:** úprava očních víček (15,15%), úprava prsů (12,12%) a se stejným počtem 6,06% úprava boltců, facelift, liposukce a úprava břicha.

Co se týká otázky, zda respondenty, rozděleny dle rodinného stavu očekávají, že jim operace změní život, budou sebevědomější, úspěšnější, není velkých rozdílů. Změnu očekává 27,27% **vdaných žen** a 28,79% **neprovdaných**.

Na otázku, v čem konkrétně změnu očekávají, nejčastěji odpovídaly: budou si připadat dokonalejší, hezčí, sebevědomější v partnerském vztahu, cítit se lépe a celkově spokojenější.

A na co se těší? Z nejzajímavějších odpovědí: např. respondentky, které podstoupily **úpravu boltců**, se těšily na nové účesy a že změní střih vlasů. **Facelift, oční víčka** - respondentky shodně odpovídaly, že se těší na mladistvější vzhled. Ženy, které si přišly nechat upravit **poprsí** (redukce i zvětšení prsů) a rovněž klientky podstupující **liposukci**, či **úpravu břicha**, nejčastěji uváděly, že se těší na nákup nového oblečení, plavek a spodního prádla.

Domněnka, že se respondentky neobávají bolestí a komplikací, byla rovněž potvrzena, i když ne zcela. Na otázku, zda se respondentky obávají bolestí, z celkového počtu žen většina odpovědí zněla ne (59,09%). Pokud ale respondentky rozdělíme dle věkových kategorií, pak **ženy ve věku 15 – 40 let** se více obávaly pooperačních bolestí (25,76%) než **starší klientky** (15,15%).

Z celkového počtu respondentek se 51,51% neobávalo žádných pooperačních komplikací.

9. 6 Získané výsledky k hypotéze č. 6

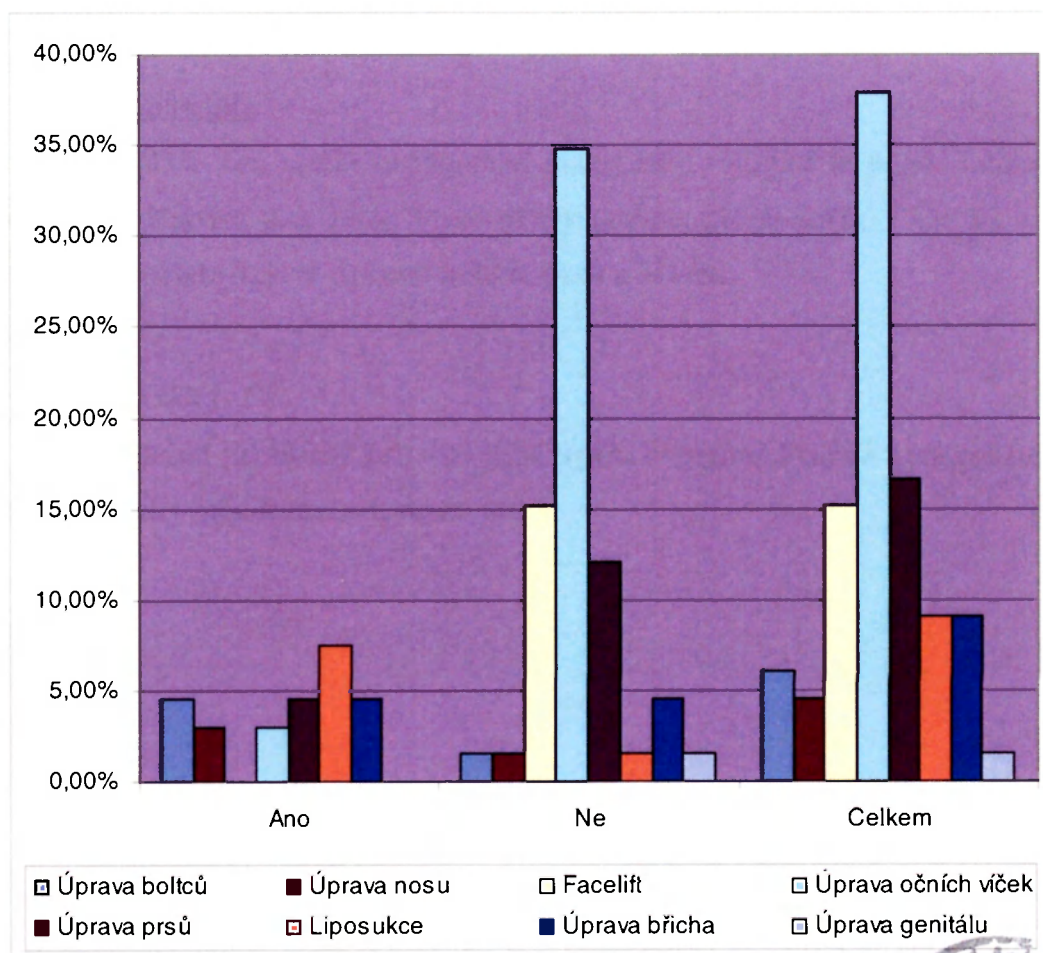
Předpokládám, že ženy podstupující plastické operace zažily psychosociální ústrky, poznámky týkající se jejich vzhledu od nejbližšího okolí, trpěly pocity méněcennosti, hlavně v období dospívání a pravděpodobně byly vychovávány autoritativní výchovou.

K hypotéze č. 6 se vztahují položky dotazníku č. 16, č. 17, č. 18, a č. 19.

Otázka č. 16

Zažila jste nějaké nepříjemné poznámky od druhých lidí týkající se Vašeho vzhledu? Třeba i v dětství, pokud si vybavujete. Pokud ano, jaké?

Graf č. 22. Zažily respondentky nepříjemné poznámky, od druhých lidí, týkající se jejich vzhledu (dle diagnóz).



Tabulka č. 28. Zažily respondentky nepříjemné poznámky, od druhých lidí, týkající se jejich vzhledu (dle diagnóz).

| Druh operace | Ano | | Ne | | Celkem | |
|---------------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Úprava boltců | 3 | 4,54% | 1 | 1,52% | 4 | 6,06% |
| Úprava nosu | 2 | 3,03% | 1 | 1,52% | 3 | 4,55% |
| Facelift | 0 | 0% | 10 | 15,15% | 10 | 15,15% |
| Úprava očních víček | 2 | 3,03% | 23 | 34,84% | 25 | 37,88% |
| Úprava prsů | 3 | 4,54% | 8 | 12,12% | 11 | 16,67% |
| Liposukce | 5 | 7,58% | 1 | 1,52% | 6 | 9,09% |
| Úprava břicha | 3 | 4,54% | 3 | 4,54% | 6 | 9,09% |
| Úprava genitálu | 0 | 0% | 1 | 1,52% | 1 | 1,51% |
| Celkem | 18 | 27,27% | 48 | 72,73% | 66 | 100% |

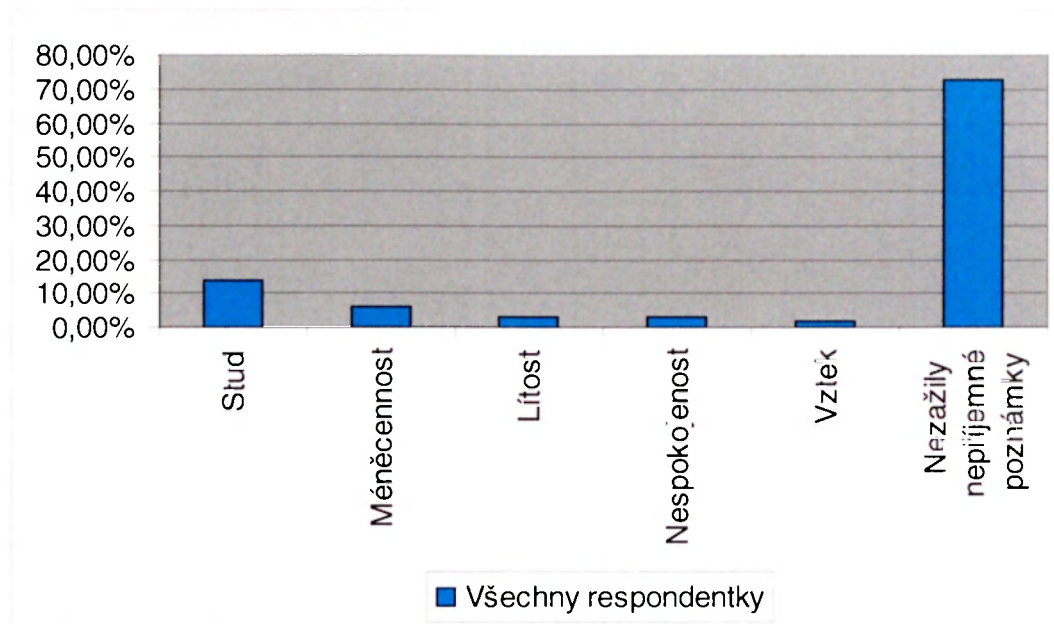
Komentář:

27,27% žen zažilo nepříjemné poznámky, týkající se jejich vzhledu, od okolí. Nejvíce pak ženy, které přišly podstoupit liposukci (7,58%) a se stejným počtem 4,54% úpravu boltců, prsů a břicha.

Otázka č. 17

Jakými problémy jste v té době trpěla či trpíte? Prosím konkretizujte (např. pocity méněcennosti, studu atd.).

Graf č. 23. Pocity respondentek, jež zažily nepříjemné poznámky, od druhých lidí, týkající se jejich vzhledu.



Tabulka č. 29. Pocity respondentek, jež zažily nepříjemné poznámky, od druhých lidí, týkající se jejich vzhledu.

| Pocity respondentek | Všechny respondentky | |
|---|----------------------|---------------|
| | ni | fi [%] |
| Stud | 9 | 13,64% |
| Méněcennost | 4 | 6,06% |
| Lítost | 2 | 3,03% |
| Nespokojenost sama se sebou | 2 | 3,03% |
| Vztek | 1 | 1,51% |
| Ženy, které nezažily nepříjemné poznámky | 48 | 72,73% |
| Celkem | 66 | 100% |

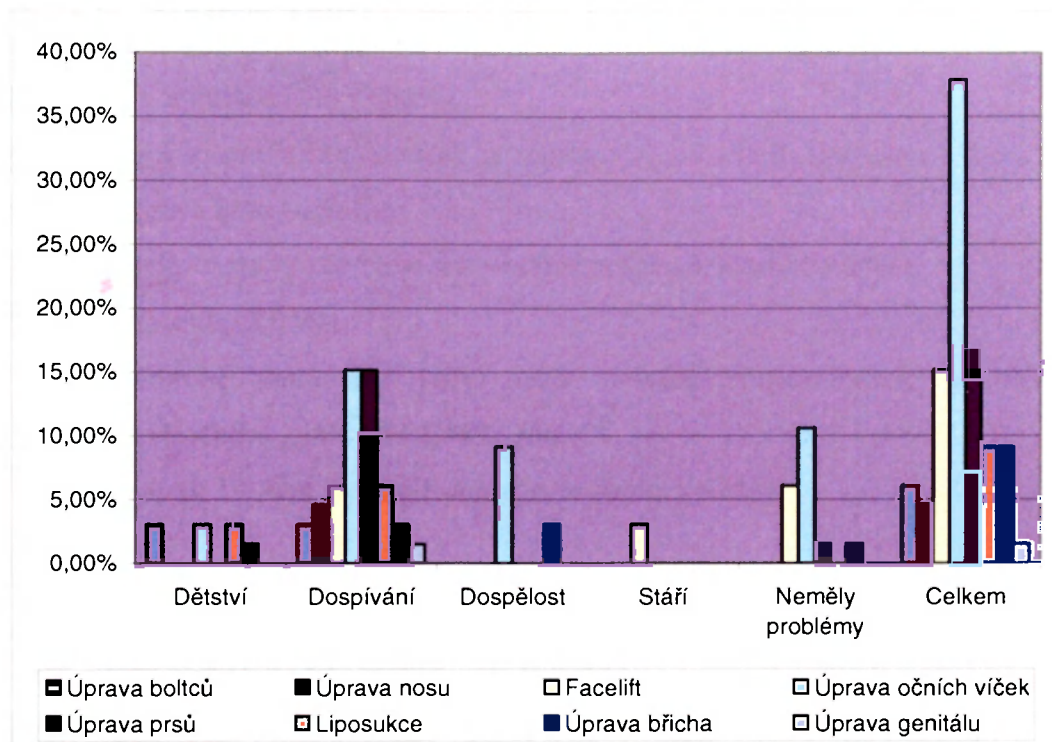
Komentář:

27,27% žen jež zažilo nepříjemné poznámky, týkající se jejich tělesného vzhledu, od okolí, nejvíce prožívaly stud (13,64%), a trpěly pocity méněcennosti (6,06%).

Otázka č. 18

V jakém období života jste měla neivětší problémy s přijetím vlastního „Já“ - např. sebevědomí, sebeúcty, sebedůvěry, sebejistoty?

Graf č. 24. Období života, kdy respondentky měly největší problémy s přijetím vlastního „Já“ (dle diagnóz).



Tabulka č. 30. Období života, kdy respondentky měly největší problémy s přijetím vlastního „Já“ (dle diagnóz).

| Druh operace | Období | | | Jiné | | Celkem |
|---------------------|---------------|---------------|---------------|--------------|-----------------|-------------|
| | Dětství | Dospívání | Dospělost | Stáří | Neměly problémy | |
| | fi [%] | fi [%] | fi [%] | fi [%] | fi [%] | fi [%] |
| Úprava boltců | 3,03% | 3,03% | 0% | 0% | 0% | 6,06% |
| Úprava nosu | 0% | 4,55% | 0% | 0% | 0% | 4,55% |
| Facelift | 0% | 6,06% | 0% | 3,03% | 6,06% | 15,15% |
| Úprava očních víček | 3,03% | 15,15% | 9,09% | 0% | 10,61% | 37,88% |
| Úprava prsů | 0% | 15,15% | 0% | 0% | 1,52% | 16,67% |
| Liposukce | 3,03% | 6,06% | 0% | 0% | 0% | 9,09% |
| Úprava břicha | 1,51% | 3,03% | 3,03% | 0% | 1,52% | 9,09% |
| Úprava genitálu | 0% | 1,51% | 0% | 0% | 0% | 1,51% |
| Celkem | 10,61% | 54,54% | 12,12% | 3,03% | 19,70% | 100% |

Komentář:

Největší problémy s přijetím vlastního „Já“ měly respondentky, dle členění z hlediska diagnóz, v období:

1) dětství – úprava boltců (3,03%)

2) dospívání – úprava očních víček a úprava prsů s 15,15%, liposukce a facelift s 6,06% a úprava nosu (4,55%)

3) dospělosti – úprava očních víček (9,09%) a úprava břicha (3,03%)

4) stáří – facelift (3,03%)

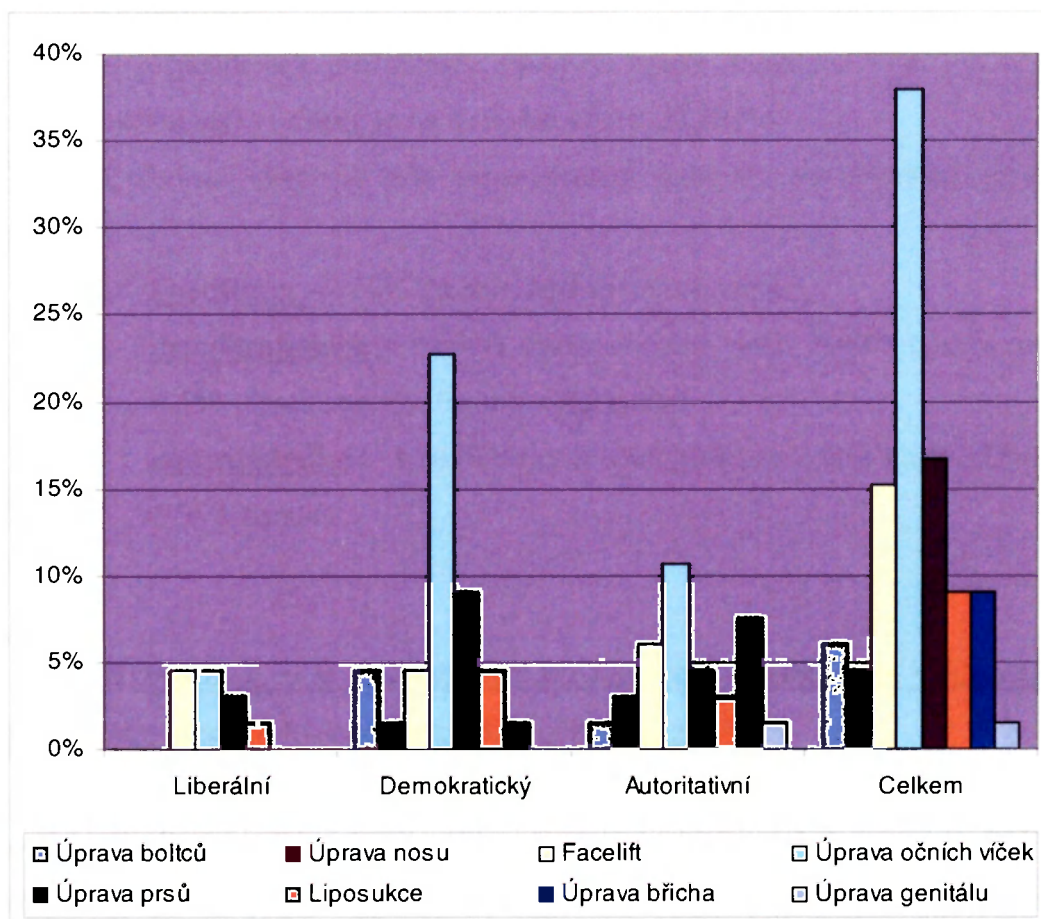
V období dospívání tedy mělo nejvíce respondentek problémy s přijetím vlastního „Já“, až 54,54% žen.

Naopak 19,70% klientek nemělo problémy žádné.

Otázka č. 19

Jakým stylem Vás rodiče vychovávali?

Graf č. 25. Jakým stylem výchovy byly respondentky vychovávány (dle diagnóz).



Tabulka č. 31. Jakým stylem výchovy byly respondentky vychovávány (dle diagnóz).

| Druh operace | Styly výchovy | | | | | | Celkem | |
|---------------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|---------------|-----------|-------------|
| | Liberální | | Demokratický | | Autoritativní | | ni | fi [%] |
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Úprava boltců | 0 | 0% | 3 | 4,55% | 1 | 1,51% | 4 | 6,06% |
| Úprava nosu | 0 | 0% | 1 | 1,51% | 2 | 3,03% | 3 | 4,55% |
| Facelift | 3 | 4,55% | 3 | 4,55% | 4 | 6,06% | 10 | 15,15% |
| Úprava očních víček | 3 | 4,55% | 15 | 22,72% | 7 | 10,61% | 25 | 37,88% |
| Úprava prsů | 2 | 3,03% | 6 | 9,09% | 3 | 4,55% | 11 | 16,67% |
| Liposukce | 1 | 1,51% | 3 | 4,55% | 2 | 3,03% | 6 | 9,09% |
| Úprava břicha | 0 | 0% | 1 | 1,51% | 5 | 7,58% | 6 | 9,09% |
| Úprava genitálu | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1,51% | 1 | 1,51% |
| Celkem | 9 | 13,64% | 32 | 48,48% | 25 | 37,88% | 66 | 100% |

Komentář:

U respondentek převažovala výchova stylem demokratickým (48,48%).

Autoritativní styl výchovy je na druhém místě (37,88%).

Z hlediska diagnóz byly respondentky nejčastěji vychovávány stylem výchovy:

- **liberálním** – 4,55% facelift, úprava očních víček
- **demokratickým** – 22,72% úprava očních víček, 9,09% úprava prsů, 4,55% úprava boltců, facelift a liposukce
- **autoritativním** – 10,61% úprava očních víček, 7,58% úprava břicha, 6,06% facelift.

Hypotéza č. 6 se potvrdila až na domněnku týkající se výchovného stylu respondentek, která se potvrdila přibližně z 1/3.

Předpoklad, že ženy, které podstupují plastické operace, zažily psychosociální ústrky a poznámky týkající se jejich vzhledu, od nejbližšího okolí, se potvrdila na 27,27%. Nejvíce si stěžovaly ženy, které přišly podstoupit liposukci (7,58%) a se stejným počtem 4,54% úpravu boltců, prsů

a břicha. Překvapivě ženy podstupující zvětšení prsů nezažily nepříjemné poznámky.

27,27% žen jež zažilo nepříjemné poznámky od okolí, týkající se jejich tělesného vzhledu, nejvíce prožívaly stud (13,64%) a trpěly pocity méněcennosti (6,06%). Dále pak prožívaly další nepříjemné pocity jako je lítost, nespokojenost se sebou a dokonce vztek.

Jak jsem předpokládala, potvrdilo se, že největší problémy s přijetím vlastního „Já“ měly respondentky v období dospívání (54,54%). Nejvíce klientky, které přišly podstoupit úpravu očních víček a úpravu prsů s 15,15%, liposukci a facelift s 6,06% a úpravu nosu (4,55%). Naopak 19,70% klientek nemělo problémy žádné.

Poslední předpoklad hypotézy č. 6, že respondentky byly pravděpodobně vychovávány autoritativní výchovou se potvrdil přibližně z 1/3. U klientek převažovala výchova demokratická (48,48%). Výchova autoritativní je ale na druhém místě s 37,88%.

9. 7 Získané výsledky k hypotéze č. 7

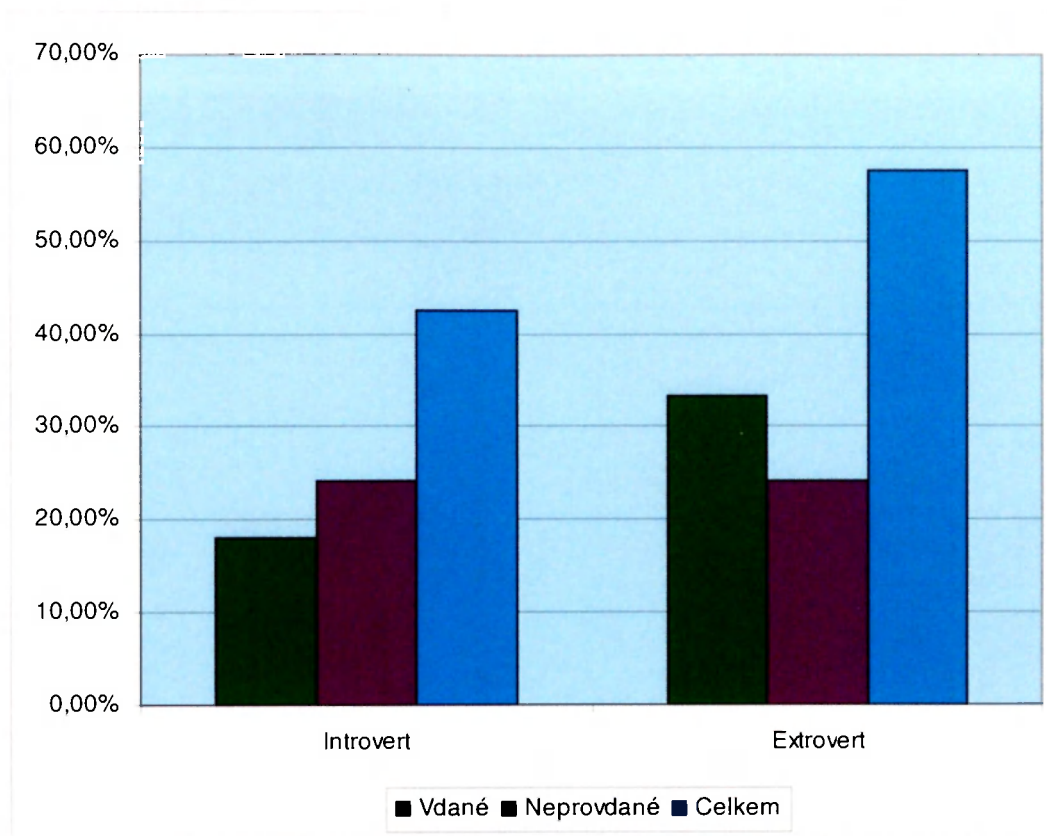
Domnívám se, že ženy podstupující plastické operace se řadí mezi extroverty, je pro ně důležité vypadat dobře, dávají přednost značkovým věcem, používají drahou kosmetiku, drží diety, navštěvují fitcentra, salóny krásy, kadeřníka, čtou ženské časopisy a nechávají se jimi ovlivňovat (sledují módní trendy).

K hypotéze č. 7 se vztahují položky dotazníku č. 20, č. 21, č. 22, č. 23, č. 24, č. 25 a č. 26.

Otázka č. 20

Řadíte se mezi introverty nebo extroverty?

Graf č. 26. Řadí se respondentky do skupiny introvertů nebo extrovertů (dle rodinného stavu).



Tabulka č. 32. Řadí se respondentky do skupiny introvertů nebo extrovertů (dle rodinného stavu).

| Typologie | Vdané | | Neprovdané | | Celkem | |
|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|-----------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Introvert | 12 | 18,18% | 16 | 24,24% | 28 | 42,42% |
| Extrovert | 22 | 33,34% | 16 | 24,24% | 38 | 57,58% |
| Celkem | 34 | 51,52% | 32 | 48,48% | 66 | 100% |

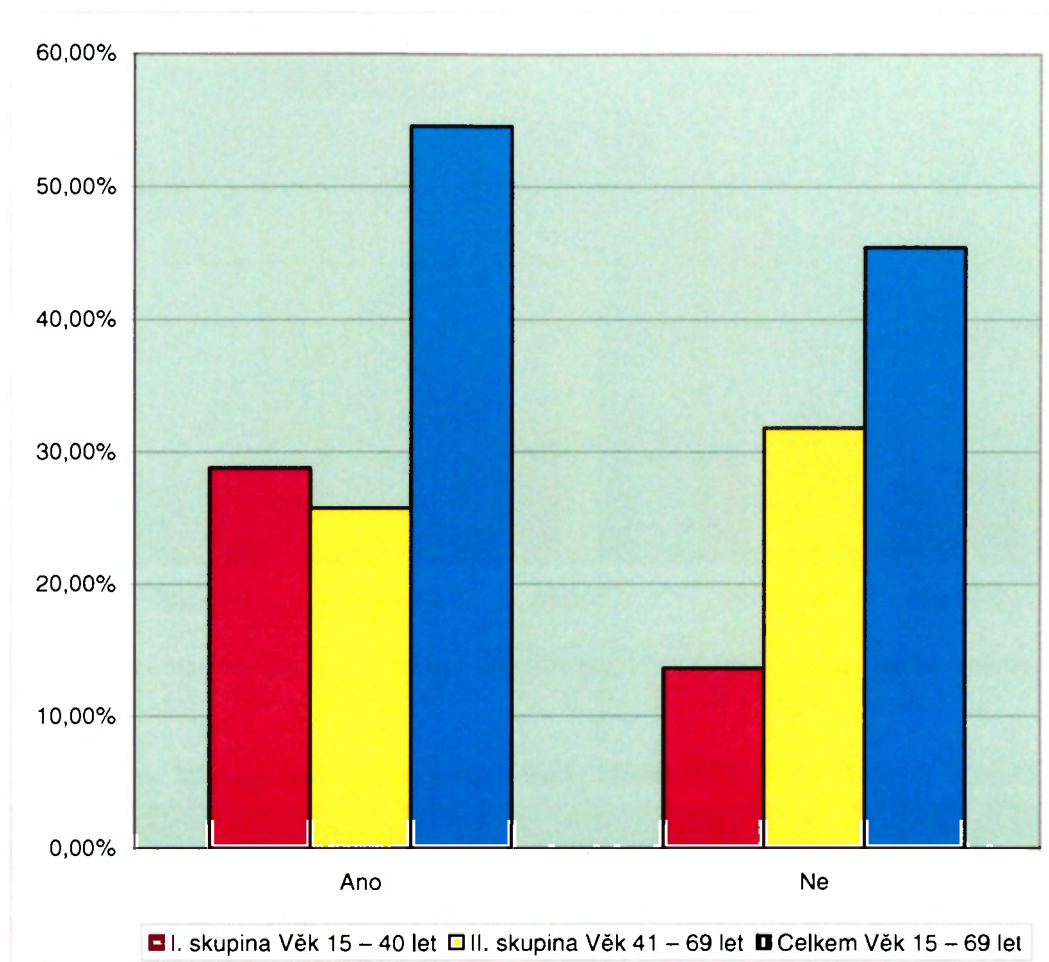
Komentář:

U vdaných žen převažuje typ extrovertní (33,34%), u neprovdaných vyšly výsledky půl na půl s 24,24%. Z celkového počtu respondentek se většina (57,58%) žen zařadila mezi extroverty.

Otázka č. 21

Sledujete módní trendy a snažíte se oblékat podle nejnovějších módních výstřelků? Zakroužkujte prosím na stupnici, jak moc je pro Vás důležité být „in“. (málo 1 – 2 – 3 – 4 – 5 hodně)

Graf č. 27. Sledují respondentky módní trendy, a snaží se oblékat podle nejnovějších výstřelků (dle věkových kategorií).



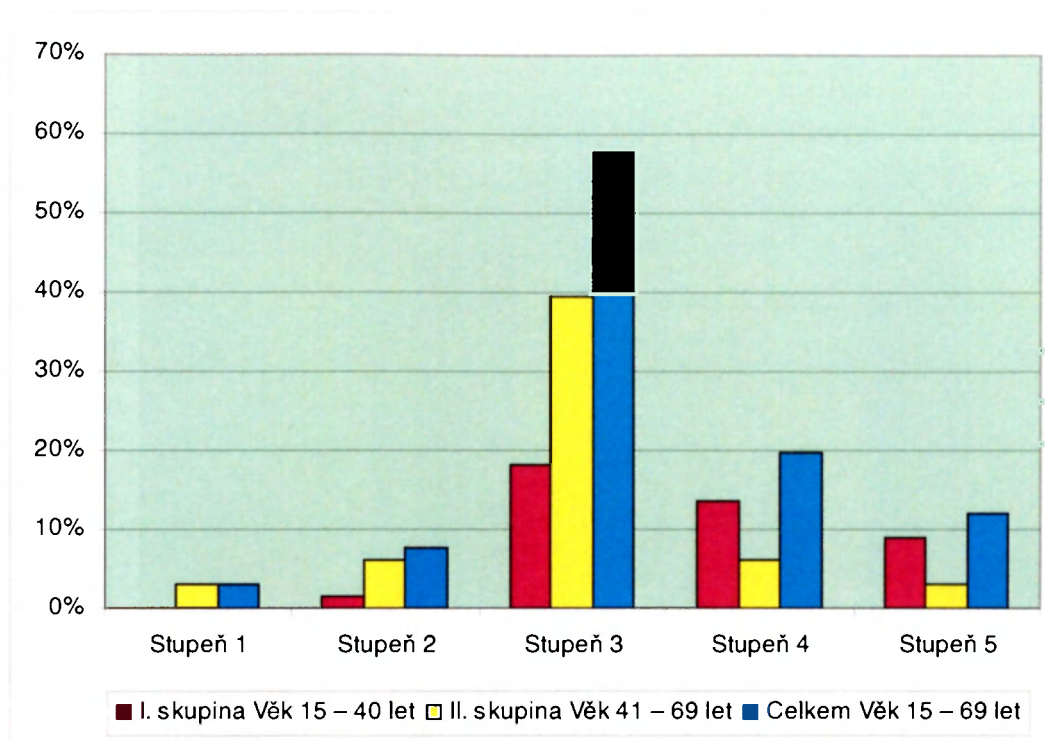
Tabulka č. 33. Sledují respondentky módní trendy, a snaží se oblékat podle nejnovějších výstřelků (dle věkových kategorií).

| | I. skupina Věk 15 – 40 let | | II. skupina Věk 41 – 69 let | | Celkem Věk 15 – 69 let | |
|---------------|-------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------------------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Ano | 19 | 28,78% | 17 | 25,77% | 36 | 54,55% |
| Ne | 9 | 13,64% | 21 | 31,81% | 30 | 45,45% |
| Celkem | 28 | 42,42% | 38 | 57,58% | 66 | 100% |

Komentář:

Z celkového počtu respondentek převládají ženy, které sledují módní trendy a snaží se oblékat podle nejnovějších výstřelků (54,55%). Výsledky se však různí vzhledem k věkovým skupinám. Mladší respondentky do 40 let více sledují módní trendy (28,78%), starší ženy spíše nesledují (31,81%).

Graf č. 28. Stupnice, jak moc je pro respondentky důležité být „in“ (dle věkových kategorií).



Tabulka č. 34. Stupnice, jak moc je pro respondentky důležité být „in“ (dle věkových kategorií).

| Stupnice | I. skupina Věk 15 – 40 let | | II. skupina Věk 41 – 69 let | | Celkem Věk 15 – 69 let | |
|---------------|-------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------------------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| 1 | 0 | 0% | 2 | 3,03% | 2 | 3,03% |
| 2 | 1 | 1,51% | 4 | 6,06% | 5 | 7,57% |
| 3 | 12 | 18,18% | 26 | 39,40% | 38 | 57,58% |
| 4 | 9 | 13,64% | 4 | 6,06% | 13 | 19,70% |
| 5 | 6 | 9,09% | 2 | 3,03% | 8 | 12,12% |
| Celkem | 28 | 42,42% | 38 | 57,58% | 66 | 100% |

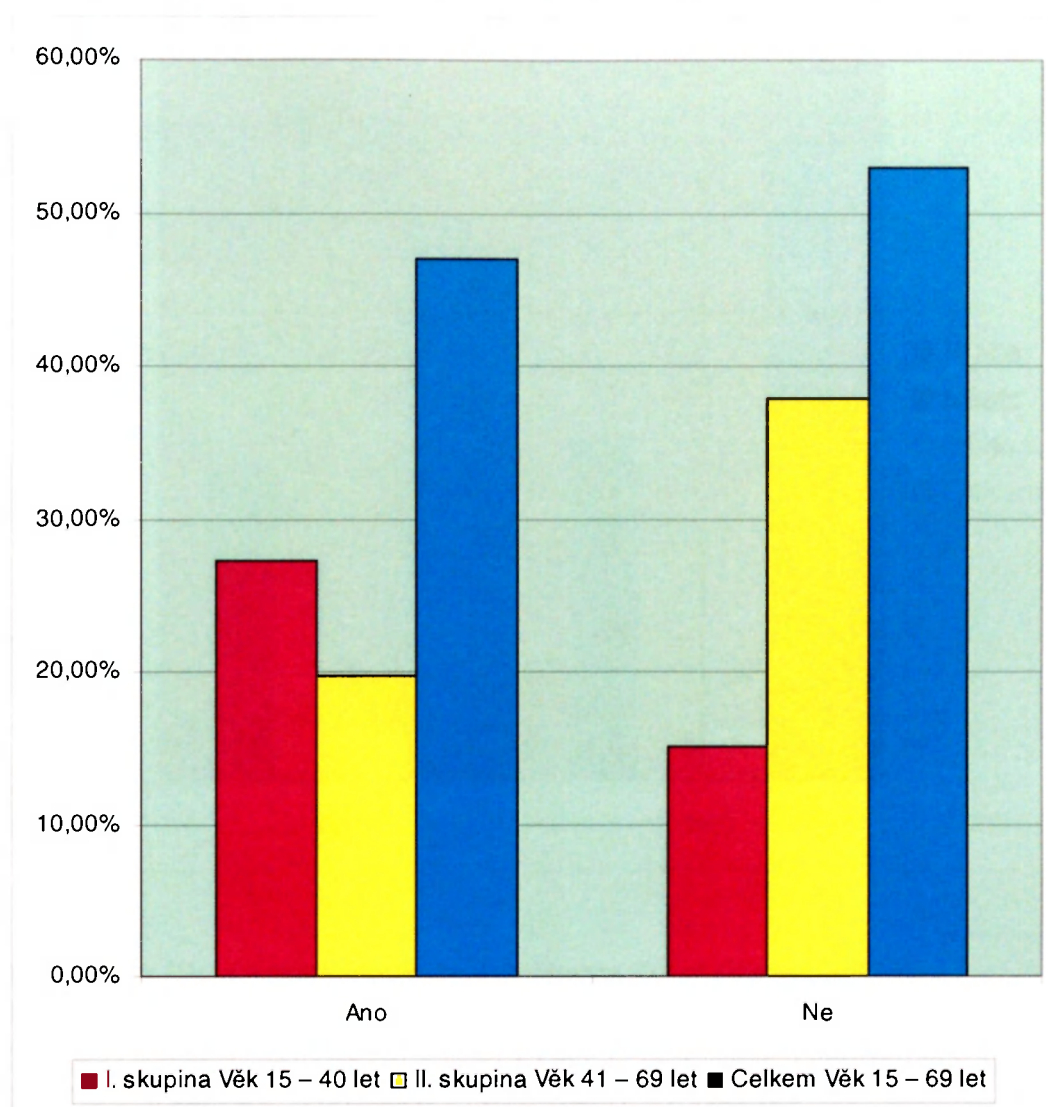
Komentář:

Na stupnici od 1 – 5 měly respondentky označit, jak moc je pro ně důležité být „in“. Většina respondentek (57,58%), z celkového počtu, označila stupeň 3. U starších žen nad 40 let převládal stupeň 3 s 39,40%. V mladší věkové kategorii do 40 let označilo stupeň 3 - 18,18% žen. 13,64% respondentek označilo vyšší stupeň 4 a 9,09% stupeň 5, tudíž je pro ně velmi důležité vypadat „in“.

Otázka č. 22

Dáváte přednost značkovým věcem?

Graf č. 29. Dávají respondentky přednost značkovým věcem (dle věkových kategorií).



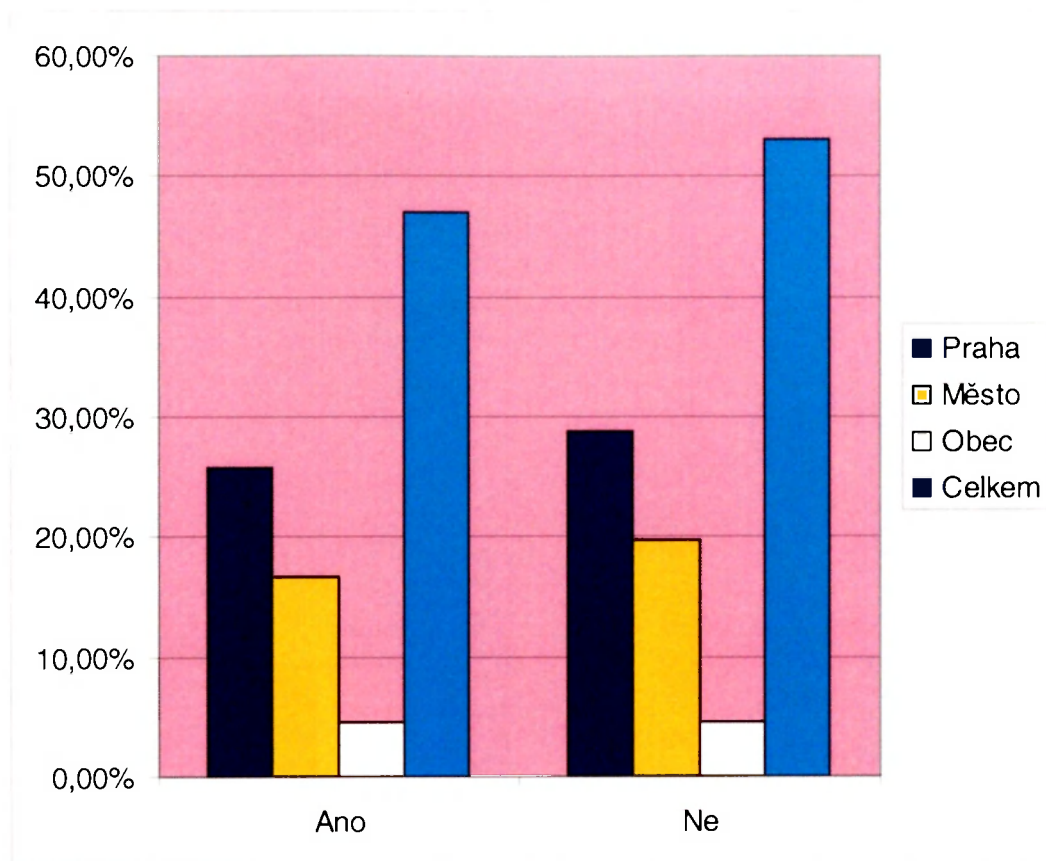
Tabulka č. 35. Dávají respondentky přednost značkovým věcem (dle věkových kategorií).

| | I. skupina Věk 15 – 40 let | | II. skupina Věk 41 – 69 let | | Celkem Věk 15 – 69 let | |
|---------------|-------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------------------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Ano | 18 | 27,27% | 13 | 19,70% | 31 | 46,97% |
| Ne | 10 | 15,15% | 25 | 37,88% | 35 | 53,03% |
| Celkem | 28 | 42,42% | 38 | 58,58% | 66 | 100% |

Komentář:

27,27% z respondentek do 40 let spíše dává přednost značkovým věcem, pro starší ženy značka oblečení není důležitá (37,88%).

Graf č. 30. Dávají respondentky přednost značkovým věcem (dle místa bydliště).



Tabulka č. 36. Dávají respondentky přednost značkovým věcem (dle místa bydliště).

| | Praha | | Město | | Obec | | Celkem | |
|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|----------|--------------|-----------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Ano | 17 | 25,76% | 11 | 16,67% | 3 | 4,55% | 31 | 46,97% |
| Ne | 19 | 28,79% | 13 | 19,70% | 3 | 4,55% | 35 | 53,03% |
| Celkem | 36 | 54,55% | 24 | 36,36% | 6 | 9,09% | 66 | 100% |

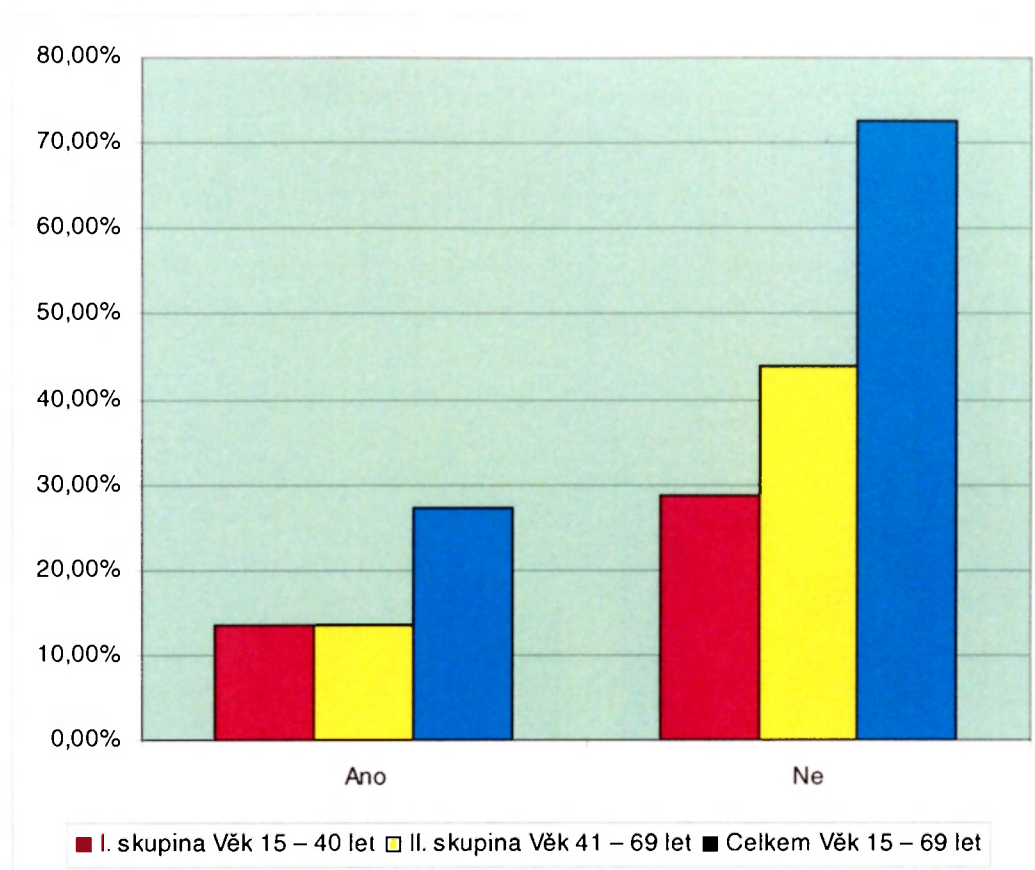
Komentář:

V odpovědích na otázku, zda respondentky dávají přednost značkovým věcem, dle kritéria místa bydliště, **není velkých rozdílů. Ženy žijící v Praze upřednostňují značku z 25,76%**, naopak o něco více - 28,79% ne. **Z města, jiného nežli Prahy, je pro značkové věci 16,67%, 19,70% není.** U žen žijících v obci vyšly výsledky půl na půl se 4,55%.

Otázka č. 23

Používáte drahou kosmetiku a spoustu různých přípravků? Možná až zbytečně moc?

Graf č. 31. Používají respondentky drahou kosmetiku a spoustu různých přípravků? Možná až zbytečně moc (dle věkových kategorií).



Tabulka č. 37. Používají respondentky drahou kosmetiku a spoustu různých přípravků? Možná až zbytečně moc (dle věkových kategorií).

| | I. skupina Věk 15 – 40 let | | II. skupina Věk 41 – 69 let | | Celkem Věk 15 – 69 let | |
|---------------|-------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------------------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Ano | 9 | 13,64% | 9 | 13,64% | 18 | 27,28% |
| Ne | 19 | 28,78% | 29 | 43,94% | 48 | 72,72% |
| Celkem | 28 | 42,42% | 38 | 57,58% | 66 | 100% |

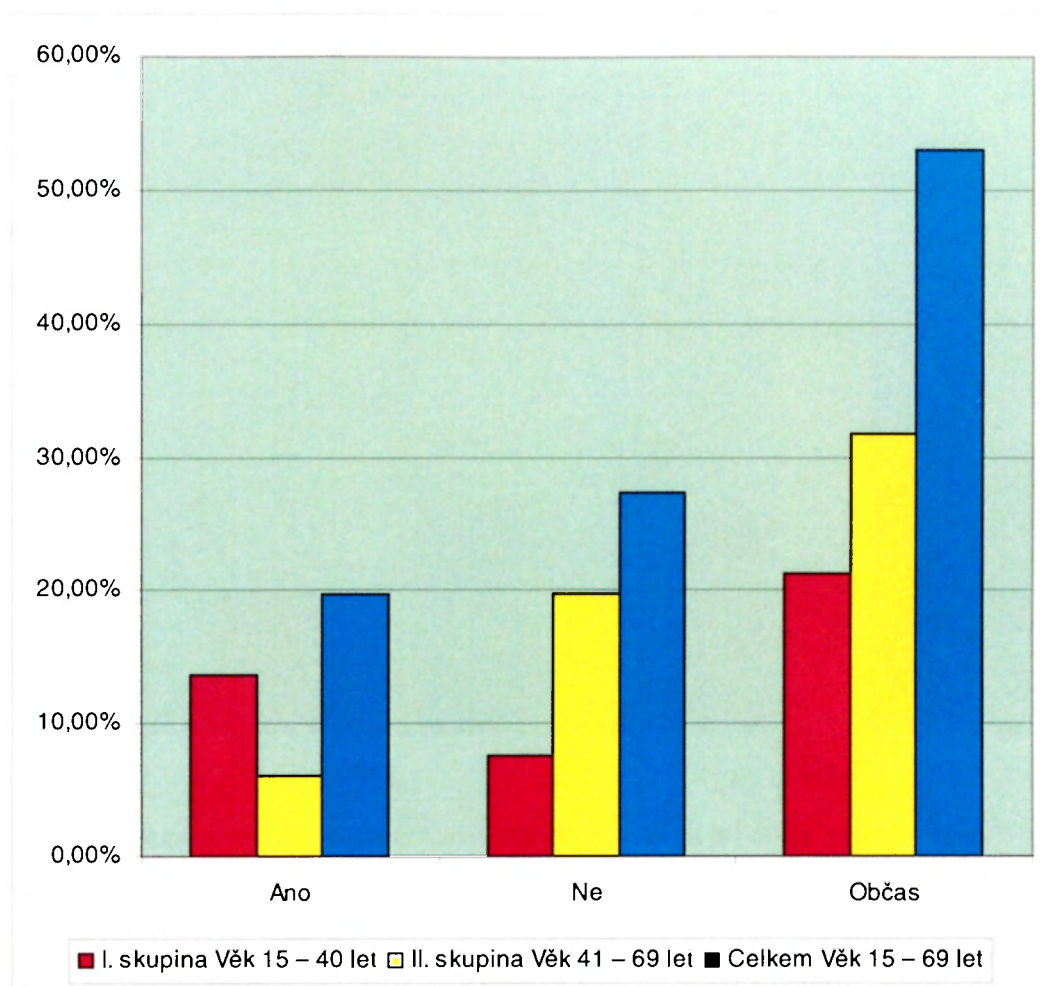
Komentář:

Z celkového vzorku převládá většina respondentek (72,72%), které nepoužívají drahou kosmetiku a spoustu různých přípravků.

Otázka č. 24

Čtete ženské časopisy typu Elle, Cosmopolitan atd? Myslíte si, že Vás ovlivňují, např. co se módy a různých diet týká?

Graf č. 32. Čtou respondentky ženské časopisy typu Elle, Cosmopolitan atd. (dle věkových kategorií).



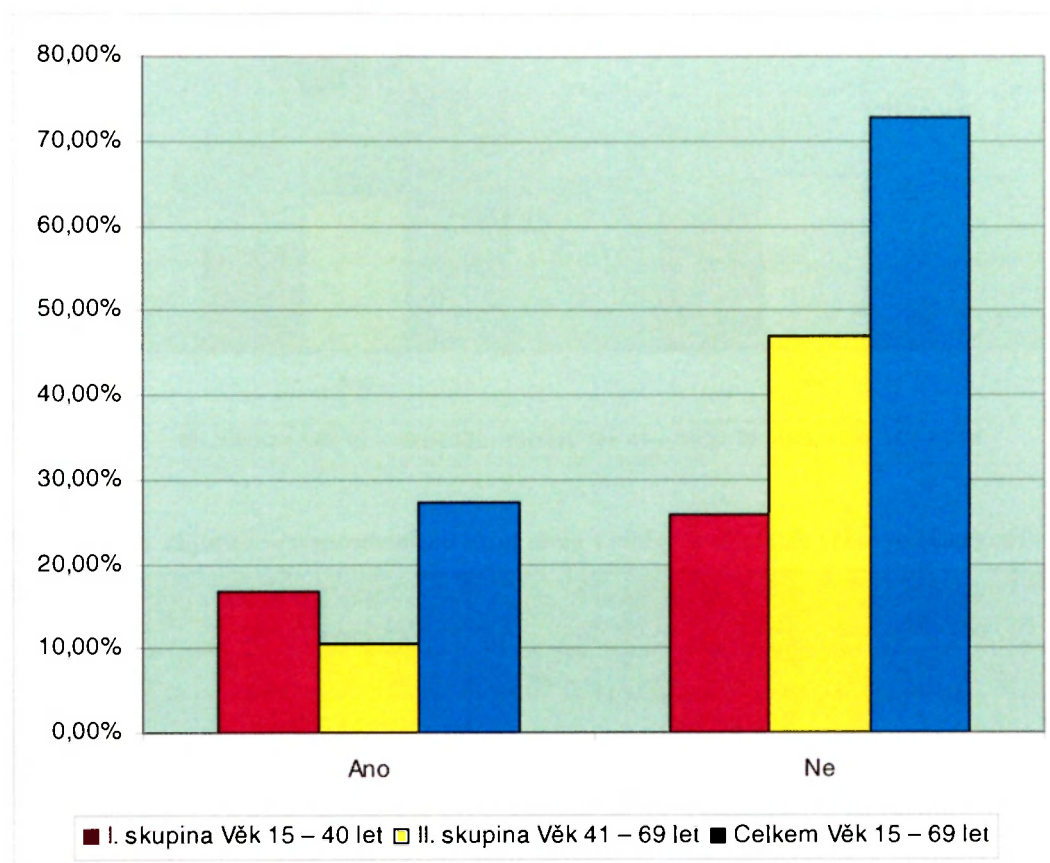
Tabulka č. 38. Čtou respondentky ženské časopisy typu Elle, Cosmopolitan atd. (dle věkových kategorií).

| | I. skupina Věk 15 – 40 let | | II. skupina Věk 41 – 69 let | | Celkem Věk 15 – 69 let | |
|---------------|-------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------------------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Ano | 9 | 13,64% | 4 | 6,06% | 13 | 19,70% |
| Ne | 5 | 7,57% | 13 | 19,70% | 18 | 27,27% |
| Občas | 14 | 21,21% | 21 | 31,82% | 35 | 53,03% |
| Celkem | 28 | 42,42% | 38 | 57,58% | 66 | 100% |

Komentář:

53,03% ze všech respondentek si ženské časopisy přečte jen občas, z mladší věkové skupiny do 40 let 13,64% žen čte tento druh časopisů pravidelně a 19,70% žen starší věkové skupiny je nečte vůbec.

Graf č. 33. Ovlivňují ženské časopisy respondentky, např. co se módy a různých diet týče (dle věkových kategorií).



Tabulka č. 39. Ovlivňují ženské časopisy respondentky, např. co se módy a různých diet týče (dle věkových kategorií).

| | I. skupina Věk 15 – 40 let | | II. skupina Věk 41 – 69 let | | Celkem Věk 15 – 69 let | |
|---------------|-------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------------------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Ano | 11 | 16,66% | 7 | 10,61% | 18 | 27,27% |
| Ne | 17 | 25,76% | 31 | 46,97% | 48 | 72,73% |
| Celkem | 28 | 42,42% | 38 | 57,58% | 66 | 100% |

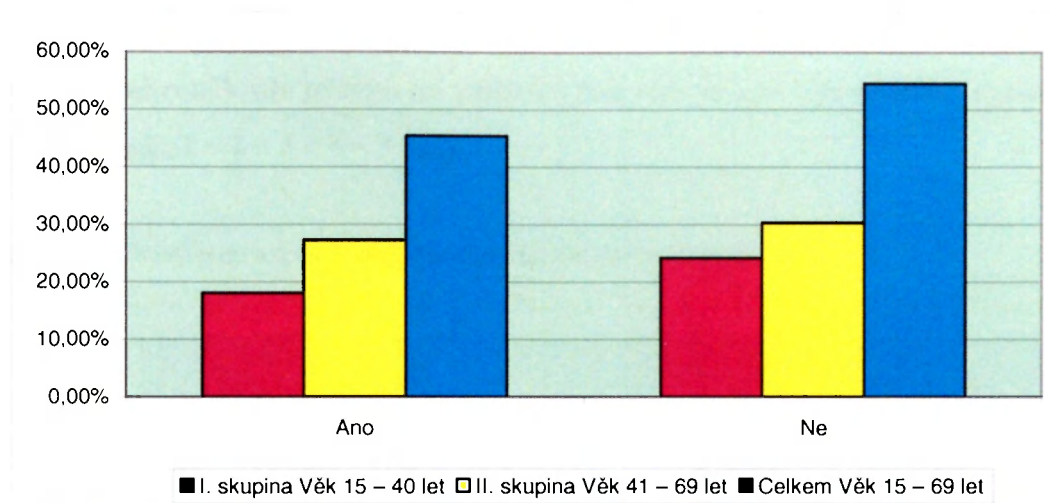
Komentář:

Mladší respondentky do 40 let ženské časopisy více ovlivňují (16,66%), než starší ženy (10,61%). Z celkového počtu respondentek se však 72,73% nenechá ovlivnit vůbec.

Otázka č. 25

Patříte mezi ty ženy, které se zajímají o různé diety a hlídají si váhu?

Graf č. 34. Zajímají se respondentky o různé diety a hlídají si váhu (dle věkových kategorií).



Tabulka č. 40. Zajímají se respondentky o různé diety a hlídají si váhu (dle věkových kategorií).

| | I. skupina Věk 15 – 40 let | | II. skupina Věk 41 – 69 let | | Celkem Věk 15 – 69 let | |
|---------------|-------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------------------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Ano | 12 | 18,18% | 18 | 27,27% | 30 | 45,45% |
| Ne | 16 | 24,24% | 20 | 30,31% | 36 | 54,55% |
| Celkem | 28 | 42,42% | 38 | 57,58% | 66 | 100% |

Komentář:

Starší respondentky nad 40let (27,27%) přiznávají, že si více hlídají váhu, nežli mladší respondentky (18,18%). V obou věkových skupinách však převládají ženy, jež se v jídle neomezují (54,55%).

Zajímalo mne, jaké stravovací návyky mají ženy, jež přišly podstoupit liposukci nebo úpravu břicha. Vzhledem k malému vzorku respondentek (12 žen), výsledky nevyšly zajímavé. 50% žen udává, že si váhu hlídá a 50% žen se v jídle neomezuje.

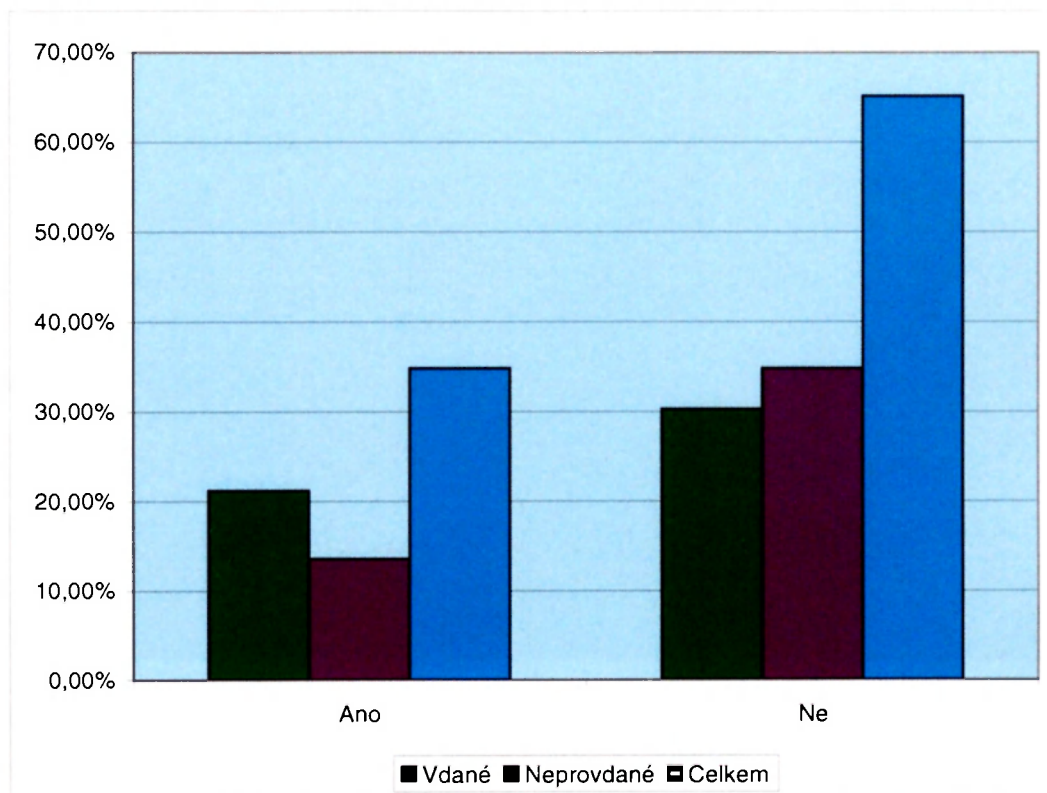
U celkového vzorku respondentek jsem vypočítala BMI. Vyšly hodnoty vyjadřující normální hmotnost (18,5 – 25).

- Ženy ve věku 15 – 40 let – 21,4
- Ženy ve věku 41 – 69 let – 24,4
- Všechny ženy ve věku 15 – 69 let – 22,8

Otázka č. 26

Navštěvujete fitcentra, salóny krásy, kadeřníka? Pokud ano, jak často? Zakroužkujte prosím na stupnici, jak moc je pro Vás důležité vypadat dobře. (málo 1 – 2 – 3 – 4 – 5 hodně)

Graf č. 35. Navštěvují respondentky fitcentra (dle rodinného stavu)?



Tabulka č. 41. Navštěvují respondentky fitcentra (dle rodinného stavu)?

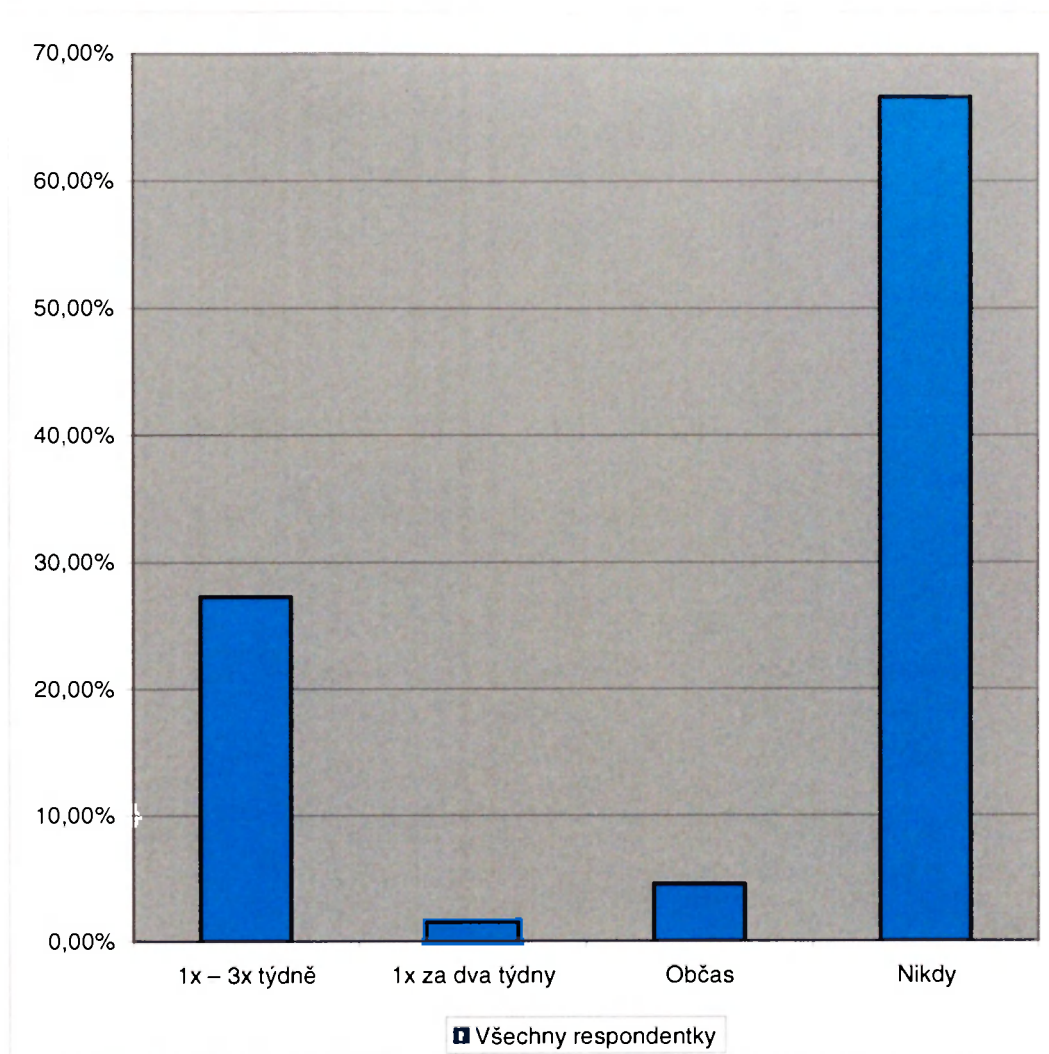
| Návštěvnost fitcentra | Vdané | | Neprovdané | | Celkem | |
|-----------------------|-----------|---------------|------------|---------------|-----------|-------------|
| | ni | fi [%] | ni | fi [%] | ni | fi [%] |
| Ano | 14 | 21,21% | 9 | 13,64% | 23 | 34,85% |
| Ne | 20 | 30,30% | 23 | 34,85% | 43 | 65,15% |
| Celkem | 34 | 51,51% | 32 | 48,49% | 66 | 100% |

Komentář:

Z celkového vzorku respondentek většina (65,15%) fitcentra nenavštěvuje.

Ze zbylé části žen, které fitcentra navštěvují, převažují vdané respondentky (21,21%) nad neprovdanými (13,64%).

Graf č. 36. Jak často navštěvují respondentky fitcentra?



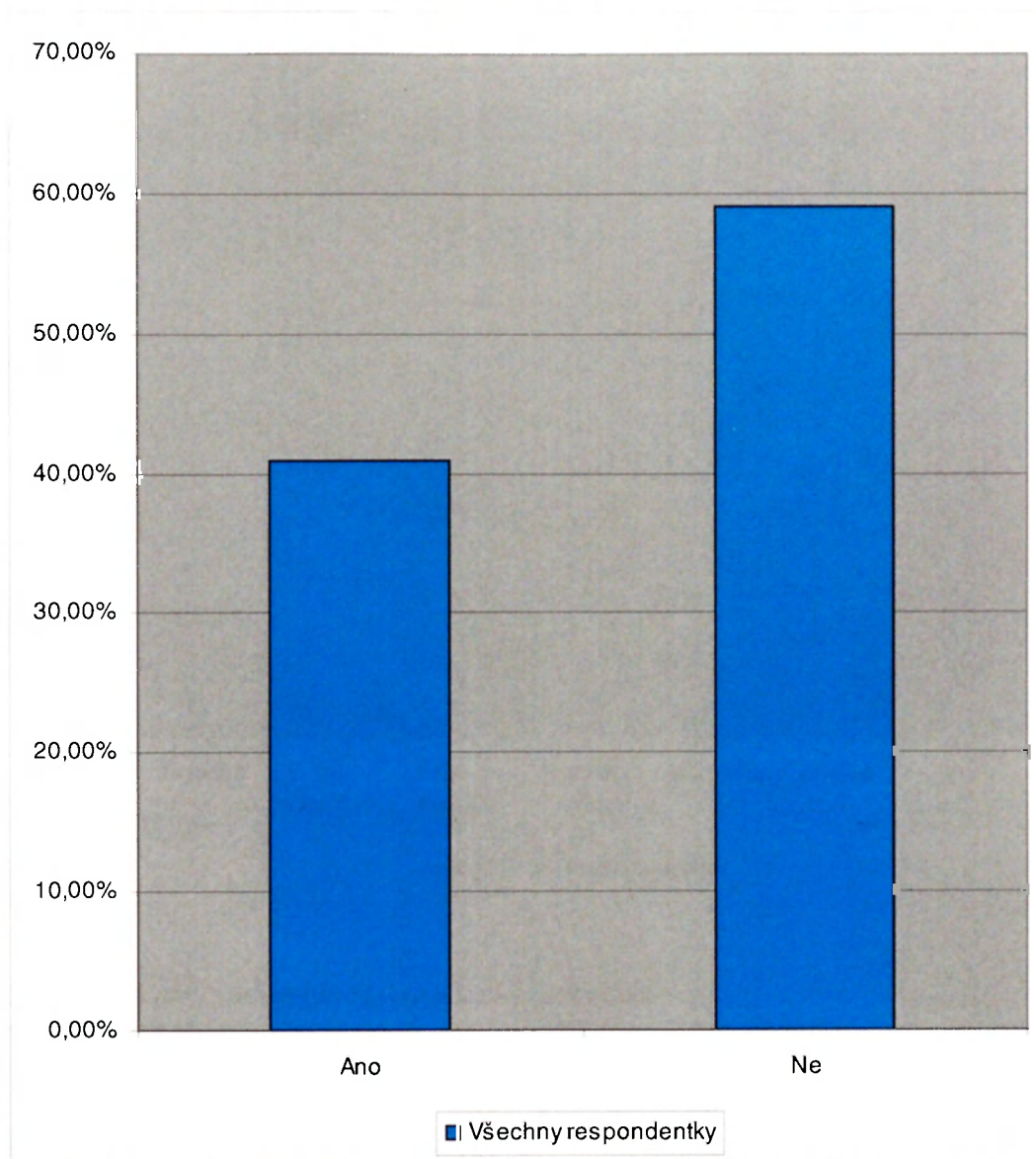
Tabulka č. 42. Jak často navštěvují respondentky fitcentra?

| Návštěvnost fitcentra | Všechny respondentky | |
|-----------------------|----------------------|-------------|
| | ni | fi [%] |
| 1x – 3x týdně | 18 | 27,27% |
| 1x za dva týdny | 1 | 1,52% |
| Občas | 3 | 4,55% |
| Nikdy | 44 | 66,66% |
| Celkem | 66 | 100% |

Komentář:

66,66% žen nenavštěvuje fitcentra vůbec, 27,27% žen navštěvuje 1x – 3x týdně, 4,55% žen občas a 1,52% žen 1x za dva týdny.

Graf č. 37. Navštěvují respondentky salóny krásy?



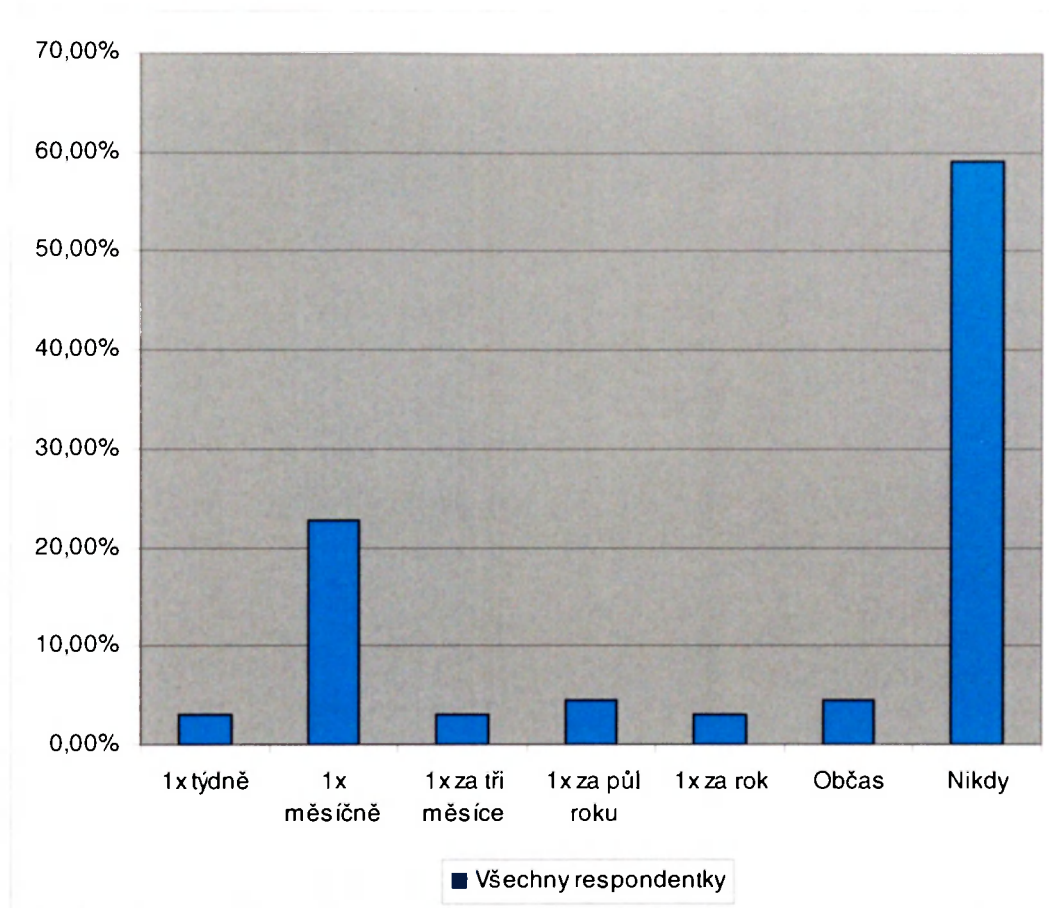
Tabulka č. 43. Navštěvují respondentky salóny krásy?

| Návštěvnost salónů krásy | Všechny respondentky | |
|--------------------------|----------------------|-------------|
| | ni | fi [%] |
| Ano | 27 | 40,91% |
| Ne | 39 | 59,09% |
| Celkem | 66 | 100% |

Komentář:

Salóny krásy navštěvuje 40,91% žen z celkového vzorku respondentek, ale většina (59,09%) žen salóny nenavštěvuje vůbec.

Graf č. 38. Jak často navštěvují respondentky salóny krásy?



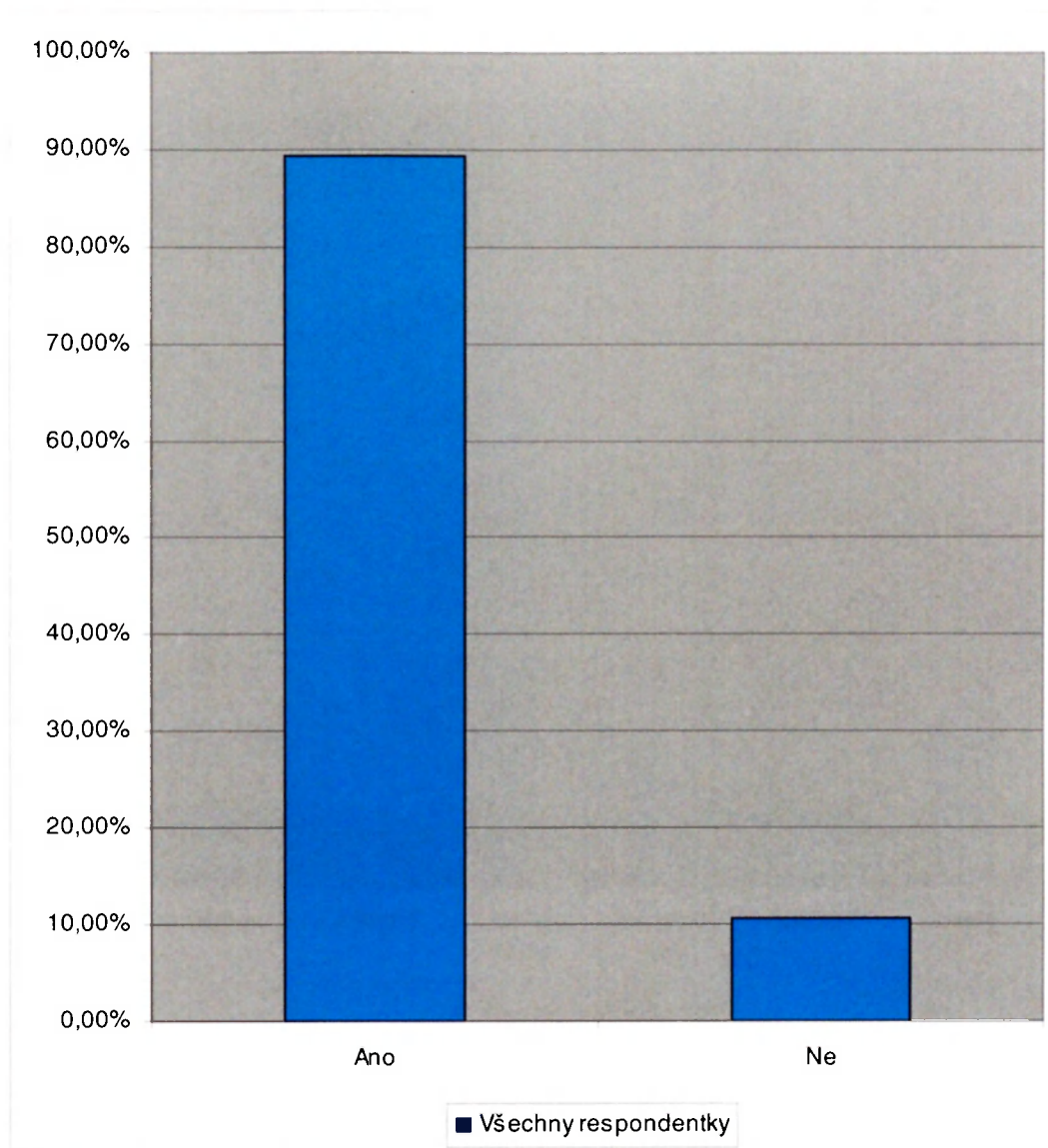
Tabulka č. 44. Jak často navštěvují respondentky salóny krásy?

| Návštěvnost salónů krásy | Všechny respondentky | |
|--------------------------|----------------------|-------------|
| | ni | fi [%] |
| 1x týdně | 2 | 3,03% |
| 1x měsíčně | 15 | 22,72% |
| 1x za tři měsíce | 2 | 3,03% |
| 1x za půl roku | 3 | 4,55% |
| 1x za rok | 2 | 3,03% |
| Občas | 3 | 4,55% |
| Nikdy | 39 | 59,09% |
| Celkem | 66 | 100% |

Komentář:

Ze 40,91 % žen, které navštěvují salóny krásy, 22,72% 1x do měsíce.

Graf č. 39. Navštěvují respondentky kadeřníka?



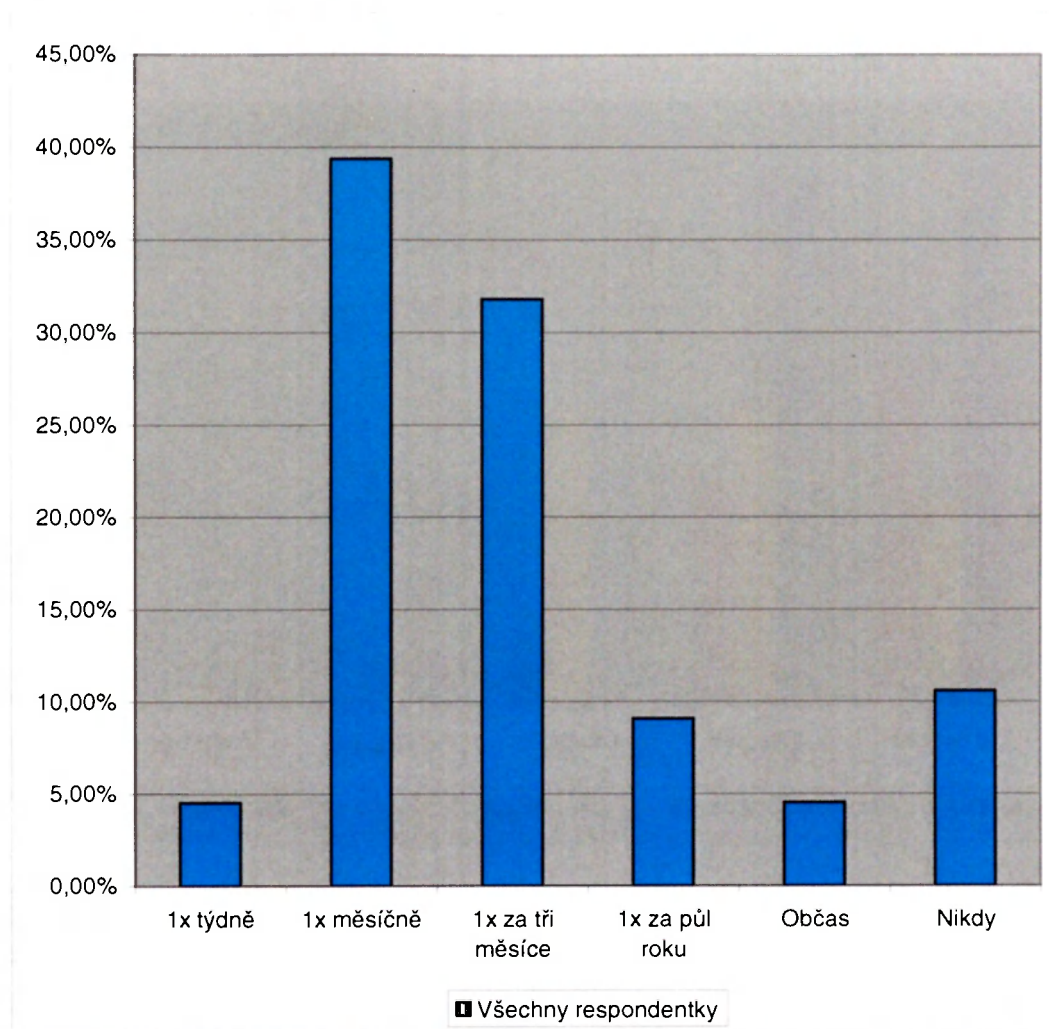
Tabulka č. 45. Navštěvují respondentky kadeřníka?

| Návštěvnost kadeřníka | Všechny respondentky | |
|-----------------------|----------------------|-------------|
| | ni | fi [%] |
| Ano | 59 | 89,39% |
| Ne | 7 | 10,61% |
| Celkem | 66 | 100% |

Komentář:

89,39% žen z celkového vzorku respondentek kadeřníka navštěvuje.

Graf č. 40. Jak často navštěvují respondenty kadeřníka?



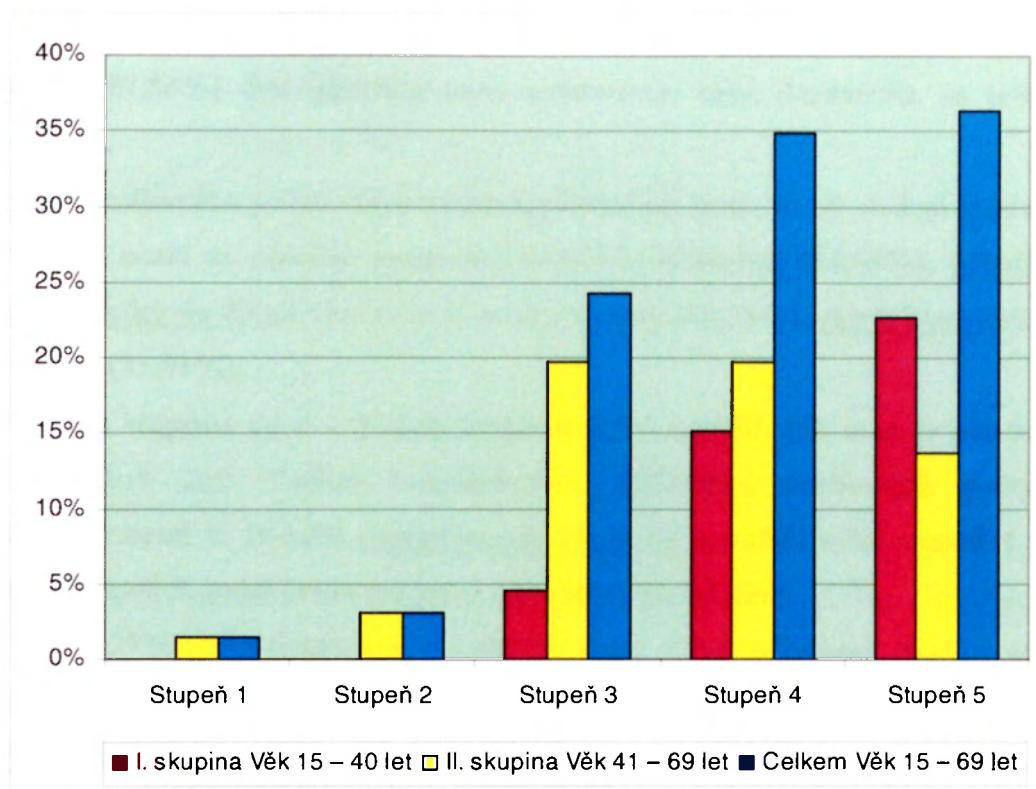
Tabulka č. 46. Jak často navštěvují respondenty kadeřníka?

| Návštěvnost kadeřníka | Všechny respondenty | |
|-----------------------|---------------------|-------------|
| | ni | fi [%] |
| 1x týdně | 3 | 4,55% |
| 1x měsíčně | 26 | 39,39% |
| 1x za tři měsíce | 21 | 31,82% |
| 1x za půl roku | 6 | 9,09% |
| Občas | 3 | 4,55% |
| Nikdy | 7 | 10,60% |
| Celkem | 66 | 100% |

Komentář:

Z celkového vzorku respondentek dochází na úpravu účesu 39,39% 1x měsíčně, 31,82% 1x za tři měsíce.

Graf č. 41. Stupnice, jak moc je pro respondentky důležité vypadat dobře (dle věkových kategorií).



Tabulka č. 47. Stupnice, jak moc je pro respondentky důležité vypadat dobře (dle věkových kategorií).

| Stupnice | I. skupina Věk 15 – 40 let | | II. skupina Věk 41 – 69 let | | Celkem Věk 15 – 69 let | |
|---------------|-------------------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------|
| | n _i | f _i [%] | n _i | f _i [%] | n _i | f _i [%] |
| 1 | 0 | 0% | 1 | 1,51% | 1 | 1,51% |
| 2 | 0 | 0% | 2 | 3,03% | 2 | 3,03% |
| 3 | 3 | 4,54% | 13 | 19,70% | 16 | 24,24% |
| 4 | 10 | 15,15% | 13 | 19,70% | 23 | 34,85% |
| 5 | 15 | 22,73% | 9 | 13,64% | 24 | 36,37% |
| Celkem | 28 | 42,42% | 38 | 57,58% | 66 | 100% |

Komentář:

95,46% žen z celkového vzorku respondentek nejčastěji označilo na stupnici - stupeň 3 – 5. Ukázalo se tedy, že je pro ně důležité vypadat dobře. V kategorii mladších respondentek do 40 let dokonce přes polovinu žen označilo nejvyšší stupeň 5. Starší klientky nejčastěji označily se stejným výsledkem 19,70% stupeň 3 a 4.

Hypotéza č. 7. - většina domněnek se potvrdila, jiné bohužel ne zcela.

U **vdaných žen** převažuje typ extrovertní (33,34%), u **neprovdaných** vyšly výsledky půl na půl s 24,24%. Z celkového počtu respondentek se většina (57,58%) žen zařadila mezi extroverty, tato domněnka se tedy potvrdila.

Z celkového počtu respondentek převládají ženy, které sledují módní trendy a snaží se oblékat podle nejnovějších výstřelků (54,55%). **Mladší respondentky do 40 let** více sledují módní trendy (28,78%), **starší ženy** spíše nesledují (31,81%).

Na stupnici od 1 – 5 měly respondentky označit, jak moc je pro ně důležité být „in“. Většina respondentek (57,58%), z celkového počtu, označila stupeň 3. 13,64% **respondentek do 40 let** označilo vyšší stupeň 4 a 9,09% stupeň 5, tudíž je pro ně velmi důležité vypadat „in“.

27,27% z **respondentek do 40 let** spíše dává přednost značkovým věcem, pro **starší ženy** značka oblečení není důležitá (37,88%). **Ženy žijící v Praze** upřednostňují značku z 25,76%, naopak o něco více - 28,79% ne. **Z města, jiného nežli Prahy,** je pro značkové věci 16,67% žen a 19,70% není. U **žen žijících v obci** vyšly výsledky půl na půl se 4,55%.

Z celkového vzorku převládá 72,72% respondentek, které spíše nepoužívají drahou kosmetiku a spoustu různých přípravků, tudíž tato domněnka se potvrdila pouze z 1/4.

53,03% ze všech respondentek si ženské časopisy přečte jen občas, z **mladší věkové skupiny do 40 let** - 13,64% žen čte tento druh časopisů pravidelně a 19,70% **žen starší věkové skupiny** je nečte vůbec. **Mladší respondentky do 40 let** ženské časopisy více ovlivňují (16,66%) než **starší ženy** (10,61%). Z celkového počtu respondentek se však 72,73% nenechá ovlivnit vůbec.

Starší respondentky nad 40let (27,27%) přiznávají, že si více hlídají váhu, nežli **mladší respondentky** (18,18%). V obou věkových skupinách však převládají ženy, jež se v jídle neomezují (54,55%).

Zajímalo mne, jaké stravovací návyky mají ženy, jež přišly podstoupit liposukci nebo úpravu břicha. Vzhledem k malému vzorku respondentek

(12 žen) výsledky nevyšly zajímavé. 50% žen udává, že si váhu hlídá, a 50% žen se v jídle neomezuje.

U celkového vzorku respondentek jsem vypočítala BMI. Vyšly hodnoty vyjadřující normální hmotnost (18,5 – 25).

Z celkového vzorku respondentek 65,15% fitcentra nenavštěvuje. Ze zbylé části žen, které fitcentra navštěvují, převažují vdané respondentky (21,21%) nad neprovdanými (13,64%). 66,66% žen nenavštěvuje fitcentra vůbec, 27,27% žen navštěvuje 1x – 3x týdně, 4,55% žen občas a 1,52% žen 1x za dva týdny.

Salóny krásy navštěvuje 40,91% žen z celkového vzorku respondentek (z nich nejčastěji 22,72% 1x do měsíce), ale většina (59,09%) žen salóny nenavštěvuje vůbec.

Kadeřníka navštěvuje 89,39% žen z celkového vzorku respondentek, a nejčastěji dochází na úpravu účesu 39,39% 1x měsíčně, 31,82% 1x za tři měsíce.

95,46% žen z celkového vzorku respondentek nejčastěji označilo na stupnici - stupeň 3 – 5. Ukázalo se tedy, že je pro ně důležité vypadat dobře. V kategorii mladších respondentek do 40 let dokonce přes polovinu žen označilo nejvyšší stupeň 5.

Diskuse

Poměrně dlouho jsem se rozhodovala k navrženým tématům diplomových prací, nakonec jsem zvolila vlastní téma. Motivem výběru tématu diplomové práce *Sebepojetí u žen před plastickou estetickou operací*, byla moje devítiletá ošetrovatelská praxe na klinice plastické chirurgie ve FNKV v Praze.

Předmětem diskuse je srovnání výsledků této studie a prezentace získaných závěrů.

Cílem diplomové práce bylo pokusit se zjistit, proč ženy podstupují plastické estetické operace, z jakých pohnutek, co je k tomu vede, nejvíce ovlivňuje a snažit se zachytit jejich charakteristiku.

V teoretické části mé diplomové práce jsem se pokusila obecně charakterizovat základní aspekty potřeb u člověka a specifikovat problematiku vyšších psychosociálních potřeb, kdy jsem se zaměřila především na potřebu sebepojetí, nejpodstatnější faktory ovlivňující sebepojetí v ontogenetickém vývoji člověka, ale i jevy působící v dospělosti.

Zabývala jsem se pojmy: estetika, krása a ideál ženské krásy v proměnách času až po současnost.

Dále jsem zohlednila psychoterapeutické přístupy, jako jeden z možných způsobů řešení nespokojenosti se sebou samým a jako další možný způsob – estetickou chirurgií.

Závěrem jsem připojila shrnutí a výstupy teoretické části pro sestavení dotazníku a vlastní empirický výzkum.

Velkým úskalím pro mne bylo „shánění“ odborné literatury. Například, když jsem vypracovávala kapitoly: Faktory ovlivňující sebepojetí nebo Estetika a krása a zabývala se historickým vývojem ideálu ženské krásy, narážela jsem na nedostatek materiálu, stejně tak např. informace o operativním postupu při úpravě genitálií, ty jsem nenašla v žádných pramenech.

Empirická část diplomové práce byla zaměřena na získání informací a potvrzení či vyvrácení mých hypotéz, které dále uvádím.

Výzkumný vzorek 66 respondentek bylo obtížné získat vzhledem k osobním až intimním informacím. Byl vybrán s ohledem na získání co možná nejširšího pohledu na celou problematiku daného tématu.

Pro mne nejpříjemnějším řešením bylo vytvoření dotazníku vlastní konstrukce, který usiluje o kvantifikaci dat a který by zjistil co nejvíce informací v co nejkratším čase. Dotazník, jako výzkumná metoda, je v současnosti hodnocen jako ne zcela objektivní metoda zkoumání: odpovědi respondentek mohou být často idealizovány. Pro bližší a hlubší zkoumání již poznaných poznatků je vhodnější užití metody strukturovaného nebo polostrukturovaného rozhovoru s klientkami, možná i metody zúčastněného pozorování (nejlépe dlouhodobého), ta je však velmi těžce realizovatelná. Zajisté by byla velmi přínosná i spolupráce s psychologem, zjistit osobnostní předpoklady respondentek. Být s klientkami v kontaktu i po operaci a tím mít zpětnou vazbu, zda zákrok splnil jejich očekávání a opravdu přinesl změny pro jejich život, tak jak si plánovaly.

To ale bohužel vzhledem k vymezenému krátkému času nebylo možné zrealizovat.

Každopádně i tak jsem vděčná za všechny informace, které se mi podařily získat. Já sama jsem k této studii přistupovala s velkými obavami, byla jsem si vědoma, že se jedná o velice intimní, niterné téma a velmi jsem se obávala přístupu pacientek, zda budou ochotny spolupracovat a dotazníky vyplňovat. Vzhledem k počáteční nejistotě jsem byla opravdu mile překvapena. Respondentky se zájmem spolupracovaly, průzkum pojaly jako určité zpestření a rozptýlení vedoucí k snížení tenze, strachu či obav před operací.

Cílem diplomové práce, jak jsem již v úvodu zmínila, bylo pokusit se zjistit, proč ženy podstupují plastické estetické operace, z jakých pohnutek, co je k tomu vede, nejvíce ovlivňuje a snažit se zachytit jejich charakteristiku.

Krátce se ještě vrátím k hypotézám. Jejich podrobnějšímu rozboru jsem se věnovala v předešlé kapitole č. 9. Výsledky výzkumu a jejich interpretace.

Hypotéza č. 1 se potvrdila.

Respondentky nejčastěji uváděly estetické důvody, nebyly spokojeny se svou vizáží, a proto se rozhodly pro změnu prostřednictvím estetické chirurgie. Důvody se různily **dle diagnóz** respondentek. Jako impuls pro rozhodnutí podstoupit operaci **nejčastěji uváděly:**

- **úprava boltců** – omezování při volbě účesu, poznámky od ostatních, zvýšit si sebevědomí
- **úprava nosu** – nehezky nos na fotografii, mít normální nos
- **facelift** – nemožnost vyrovnat se s věkem, povadlá kůže, ani mladá ani stará, cítit se lépe, zvednout sebevědomí, pohled do zrcadla, vrásky, osobní pocit, vypadat dobře
- **úprava očních víček** – problém s malováním očí, nelíbí se převislá víčka, vaky pod očima, být krásná, pohled do zrcadla, prodloužit ještě na pár let svůj lepší vzhled, krčení čela, aby víčka nebránila v pohledu, zúžení zorného pole, unavené nateklé oči, bolest očí, hlavy, svědění očí
- **úprava prsů: redukce prsů** – bolesti zad, vzhled, **zvětšení prsů** – malá prsa, zlepšení vzhledu, moci nosit jakékoliv oblečení, přání partnera
- **liposukce** – nespokojenost s něčím, co lze snadno odstranit, nenáročnost zákroku, cenová přijatelnost, nespokojenost s postavou, která je nesouměrná, nedostupnost konfekčního oblečení
- **úprava břicha** – převis, ošklivé břicho, které překáží, touha mít opět ploché břicho
- **úprava genitálu** – články v časopisech pro ženy (například Cosmopolitan, Žena a život...) a úspěšné operace u přítelkyň.

Pouze estetické důvody byly hlavním impulsem 74,24% žen pro podstoupení operace u obou věkových skupin, kdy si ženy chtěly zvednout sebevědomí. **25,76% žen podstoupilo operaci nejen z estetických důvodů, ale i ze zdravotní indikace.** Jako zdravotní problémy udávaly:

- ženy s diagnózou **úprava očních víček** - např. zúžení zorného pole, bolesti, svědění a pálení očí, otoky
- klientky podstupující **redukci prsů** udávaly bolesti zad
- klientka podstupující **liposukci stehů** si stěžovala na bolesti a problémy při chůzi.

Dále jsem se zabývala otázkou, jak dlouho se ženy k operaci odhodlávaly. Já sama jsem předpokládala délku alespoň rok a více. **Tento předpoklad se potvrdil u 60,60% žen.** Byly i výjimky, např. pobavila mne odpověď jedné

klientky, která uvedla, že se rozhodla okamžitě, což odůvodnila tím, že je narozena ve znamení Střelce.

Zajímavé pro mne bylo zjištění, zda ženy podstupují operaci kvůli sobě, nebo je jejich rozhodnutí podpořeno i přáním někoho jiného. **V naprosté většině případů (92,42%), z celkového vzorku respondentek, se klientky samy rozhodly, zda operaci podstoupí.** Dvě klientky podstoupily operaci na základě přání partnera, v obou případech se jednalo o diagnózu zvětšení prsů. Dále dvě klientky (facelift) se rozhodly samy, ovlivněny přáním partnera. A pouze jedna klientka (horní víčka) se rozhodla podstoupit operaci na popud své dcery. Zde jsem více očekávala, že se na rozhodnutí podílelo více blízkých lidí z okolí žen.

Dívkám a ženám ve věku 15 – 40 let se u 24,24% případů někdo pokusil operaci rozmluvit. Velmi často respondentky uváděly, že jim jejich rozhodnutí rozmlouvali všichni. Že by to byl opravdu jen nějaký rozmar? **Respondentkám ze starší věkové skupiny spíše nebyla operace rozmlouvána (34,85%). U vdaných žen vyšly závěry přesně půl na půl s 25,76%.** Pakliže se budeme zabývat otázkou, kdo jim nejčastěji rozmlouval operaci, byli to jejich partneři (10,61%). Neprovdaným ženám spíše nikdo operaci nerozmlouval (27,27%), ale těm, kterým byla operace rozmlouvána, pak nejvíce rodinnými příslušníky (12,12%). Je tedy patrné, že okolí spíše rozmlouvalo podstoupení estetického zákroku, než-li by ženy podporovali v jejich rozhodnutí.

Hypotéza č. 2 se zcela potvrdila.

Při průzkumu věkových hranic a výběru druhu operace **se potvrdilo, že ženy mladší do 40 let mají zájem o operace upravující tělesné vrozené nedostatky** (např. velké či malé poprsí (15,15%), úpravu boltců (6,06%), úpravu nosu (3,03%) **a ženy starší nad 40 let mají nejčastěji zájem o úpravy nedostatků získaných s přibývajícím věkem** (např. operace očních víček (34,85%), facelift (15,15%).

Hypotéza č. 3 se rovněž zcela potvrdila.

Je pravdou, že většina klientek vykonává prestižní povolání. Mezi respondentkami se objevily manažerky, podnikatelky, modelky, zpěvačky, produkční, lékařky atd. Kolonku *jiné* označilo 37,88% žen, nejčastěji ženy důchodkyně (až 18,18%) nebo klientky na mateřské dovolené, studentky atd. **Lze shrnout, že 62,12% žen, které vystupují na veřejnosti, chtějí vypadat dobře.**

Ve starší věkové skupině je však 27,27% respondentek, které se řadí mezi nevystupující na veřejnosti, a přesto podstoupily estetickou operaci.

Co se týká tří vybraných prestižních povolání, kdy jsem se zaměřila na podnikatelky (13,64%), manažerky (10,60%) a modelky (3,03%), z celkového počtu respondentek, předpokládala jsem, že jich bude větší počet.

Mladším respondentkám do 40 let (16,66%) nejčastěji zaplatil operaci někdo jiný (rodiče, partneři, starším klientkám jejich děti), starší respondentky přiznávají, že 25,76% na operaci muselo šetřit a 24,24% žen si operaci zaplatilo samo bez problémů.

Z hlediska zaměstnání, si respondentky vystupující na veřejnosti hradily operaci samy bez problémů (31,82%), ženám nevystupujícím veřejně zaplatil operaci někdo jiný (16,67%) a nebo na operaci šetřily (15,15%).

Z celkového počtu respondentek pro 37,88% žen nebyl problém zaplatit si operaci, stejný počet žen udává, že na ni muselo šetřit. Těm zbylým pak nejvíce financovali operaci partneři respondentek (18,18%).

Rovněž domněnka, že většina klientek žije spíše ve městě, než-li v obci, se potvrdila a to s přesností 90,91%.

Hypotéza č. 4 se zcela nepotvrdila.

Z 48,48% neprovdaných žen se naprostá většina (40,90%) domnívá, že jim jejich tělesný nedostatek, který si přišly nechat operativně odstranit, nebránil v navazování partnerských vztahů.

Pouhým 7,58% žen bránil v navázání vztahu (zvětšení prsů, liposukce a úprava genitálu). Já jsem se domnívala, že procento žen, kterým jejich tělesný nedostatek bránil v navázání partnerského vztahu, bude vyšší.

Hypotéza č. 5 se potvrdila.

Většina respondentek (56,06%) očekává, že jim operace změní život, budou sebevědomější, úspěšnější. Z hlediska diagnóz nejvíce: úprava očních víček (15,15%), úprava prsů (12,12%) a se stejným počtem 6,06% úprava boltců, facelift, liposukce a úprava břicha.

Z hlediska rodinného stavu: změnu očekává 27,27% vdaných žen a 28,79% neprovdaných.

Na otázku v čem konkrétně změnu očekávají, nejčastěji odpovídaly: budou si připadat dokonalejší, hezčí, sebevědomější v partnerském vztahu, cítit se lépe a celkově spokojenější.

A na co se těší? Z nejzajímavějších odpovědí: např. respondentky, které podstoupily **úpravu boltců**, se těšily na nové účesy, že změni střih vlasů. **Facelift, oční víčka** - respondentky shodně odpovídaly, že se těší na mladistvější vzhled. Ženy, které si přišly nechat **upravit poprsí** (redukce i zvětšení prsů) a rovněž klientky podstupující **liposukci či úpravu břicha**, nejčastěji uváděly, že se těší na nákup nového oblečení, plavek a spodního prádla.

Domněnka, že se respondentky neobávají bolestí a komplikací, dalo by se říci, byla rovněž potvrzena, i když ne zcela. **Na otázku, zda se respondentky obávají bolestí, z celkového počtu žen většina odpovědí zněla ne (59,09%).** Pokud ale respondentky rozdělíme dle věkových kategorií, pak **ženy ve věku 15 – 40 let se více obávaly pooperačních bolestí (25,76%) než starší klientky (15,15%).**

Z celkového počtu respondentek se 51,51% neobávalo žádných pooperačních komplikací.

Hypotéza č. 6 se potvrdila až na domněnku týkající se výchovného stylu respondentek, která se potvrdila přibližně z 1/3.

Předpoklad, že ženy, které podstupují plastické operace, zažily psychosociální ústrky a poznámky týkající se jejich vzhledu, od nejbližšího okolí, se potvrdila na 27,27%. Nejvíce si stěžovaly ženy, které přišly podstoupit liposukci (7,58%) a se stejným počtem 4,54% úpravu boltců, prsů a břicha. Překvapivě ženy podstupující zvětšení prsů nezažily nepříjemné poznámky.

27,27% žen jež zažilo nepříjemné poznámky, týkající se jejich tělesného vzhledu, od okolí, nejvíce prožívaly stud (13,64%) a trpěly pocity méněcennosti (6,06%), dále pak prožívaly další nepříjemné pocity jako je lítost, nespokojenost se sebou a dokonce vztek.

Jak jsem předpokládala, potvrdilo se, že největší problémy s přijetím vlastního „Já“ měly respondentky v období dospívání (54,54%). Nejvíce klientky, které přišly podstoupit úpravu očních víček a úpravu prsů s 15,15%, liposukci a facelift s 6,06% a úpravu nosu s 4,55%. Naopak 19,70% klientek nemělo problémy žádné.

Poslední předpoklad hypotézy č. 6, že respondentky byly pravděpodobně vychovávány autoritativní výchovou, se potvrdil z 1/3. U klientek převažovala výchova demokratická (48,48%). Výchova autoritativní je ale na druhém místě s 37,88%.

Hypotéza č. 7. - většina domněnek se potvrdila, jiné bohužel ne zcela.

U vdaných žen převažuje typ extrovertní (33,34%), u neprovdaných vyšly výsledky půl na půl s 24,24%. Z celkového počtu respondentek se většina (57,58%) žen zařadila mezi extroverty, tato domněnka se tedy potvrdila.

Z celkového vzorku respondentek převládají ženy, které sledují módní trendy a snaží se oblékat podle nejnovějších výstřelků (54,55%). Mladší respondentky do 40 let více sledují módní trendy (28,78%), starší ženy spíše nesledují (31,81%).

Na stupnici od 1 – 5 měly respondentky označit, jak moc je pro ně důležité být „in“. Většina respondentek (57,58%), z celkového počtu, označila stupeň 3. 13,64% respondentek do 40 let označilo vyšší stupeň 4 a 9,09% stupeň 5, tudíž je pro ně velmi důležité vypadat „in“.

27,27% z respondentek do 40 let spíše dává přednost značkovým věcem, pro starší ženy značka oblečení není důležitá (37,88%). Ženy žijící v Praze upřednostňují značku z 25,76%, naopak o něco více - 28,79% ne. Z města, jiného nežli Prahy, je pro značkové věci 16,67% žen a 19,70% není. U žen žijících v obci vyšly výsledky půl na půl se 4,55%.

Z celkového vzorku převládá 72,72% respondentek, které spíše nepoužívají drahou kosmetiku a spoustu různých přípravků, tudíž tato domněnka se potvrdila pouze z 1/4.

53,03% ze všech respondentek si ženské časopisy přečte jen občas, z mladší věkové skupiny do 40 let 13,64% žen čte tento druh časopisů pravidelně a 19,70% žen starší věkové skupiny je nečte vůbec. Mladší respondentky do 40 let ženské časopisy více ovlivňují (16,66%) než starší ženy (10,61%). Z celkového počtu respondentek se však 72,73% nenechá ovlivnit vůbec.

Starší respondentky nad 40let (27,27%) přiznávají, že si více hlídají váhu, nežli mladší respondentky (18,18%). V obou věkových skupinách však převládají ženy, jež se v jídle neomezují (54,55%).

Zajímalo mne, jaké stravovací návyky mají ženy, jež přišly podstoupit liposukci nebo úpravu břicha. Vzhledem k malému vzorku respondentek (12 žen)

výsledky nevyšly zajímavé. 50% žen udává, že si váhu hlídá a 50% žen se v jídle neomezuje.

U celkového vzorku respondentek jsem vypočítala BMI. Vyšly hodnoty vyjadřující normální hmotnost (18,5 – 25).

Z celkového vzorku respondentek 65,15% fitcentra nenavštěvuje. Ze zbylé části žen, které fitcentra navštěvují, převažují vdané respondentky (21,21%) nad neprovdanými (13,64%). 66,66% žen nenavštěvuje fitcentra vůbec, 27,27% žen navštěvuje 1x – 3x týdně, 4,55% žen občas a 1,52% žen 1x za dva týdny.

Salóny krásy navštěvuje 40,91% žen, z celkového vzorku respondentek (z nich nejčastěji 22,72% 1x do měsíce), ale většina - 59,09% žen salóny nenavštěvuje vůbec.

Kadeřníka navštěvuje 89,39% žen z celkového vzorku respondentek a nejčastěji dochází na úpravu účesu 39,39% 1x měsíčně, 31,82% 1x za tři měsíce.

95,46% žen z celkového vzorku respondentek nejčastěji označilo na stupnici - stupeň 3 – 5. Ukázalo se tedy, že je pro ně důležité vypadat dobře. V kategorii mladších respondentek do 40 let dokonce přes polovinu žen označilo nejvyšší stupeň 5.

Mile mne překvapilo, že většina mých hypotéz se potvrdila, za což jsem ráda, a beru to jako fakt, že se mi podařilo do této problematiky proniknout. Otázkou je, zda by výsledky byly shodné, pakliže bych měla k dispozici více času a širší soubor respondentek.

Každopádně jsem si na téma sebepojetí, krása, ženy, módní svět a společnost vytvořila nové názory podbarvené touto mojí podrobnou studií. V běžném životě a toku času až tak do detailů určité záležitosti neřešíme.

Na jedné straně stojí názory moje, ale zajímaly mne i názory druhých lidí. Po dobu od první myšlenky, zabývat se tímto tématem, až doposud, jsem diskutovala s různými lidmi (kolegyněmi z práce, přáteli...). Některé pohledy na věc jsme měli totožné, v jiných jsme se dalece rozcházel. Co člověk to názor.

Zajímavé pro mne byly diskuse s mužskou částí populace na téma „krásné ženy“. Přínosné mi byly např. konzultace s plastickým chirurgem MUDr. Svobodou, který jevil zájem o mou práci, a ukázal mi svůj pohled na téma - ženy a plastické operace - očima plastického chirurga a očima muže. Jako plastický

chirurg vidí estetickou chirurgii jako jednu z možných a jednoduchých cest, jak pomoci klientkám změnit to, s čím nejsou na sobě spokojeny, co se týká jejich tělesného vzhledu. Proč ne? Pokud jim estetický zákrok odbourá psychické bariéry, zvedne sebevědomí a umožní lepší život... Je to „snadná“ pomoc. Za svou profesní kariéru „vylepšil“ mnoho žen, on sám jako muž však dává přednost přirozenosti. A to, jak jsem zjistila, většina mužů. Se zálibou se otočí za vlnadnou blondýnkou, ale pro partnerský vztah vizáž neřadí na první místo. Je to paradox, protože ženy se snaží vypadat co nejlépe a dělají to z velké části hlavně pro muže. Chtějí se jim líbit. Je to naše přirozenost, už od pradávna se ženy zdobily atd., což je v pořádku. Určitě to, jak se cítíme, ovlivňuje i to, co a jak děláme. Ale nic se nemá přehánět. Neustálá chorobná nespokojenost se sebou samým a snahy se měnit, hraničí s psychopatií.

Je pak smutný příběh ženy, která v přehnané honbě za „dokonalou“ krásou tráví veškerý čas ve fitcentru, u kadeřníka, kosmetičky atd., a její partner si mezitím najde milenkou, ne tak krásnou, možná s pár kily navíc, ale která čas tráví s ním a je jim spolu dobře, jsou šťastni...

Již bylo řečeno spousta. Necht' tento fiktivní příběh je nám ženám varováním. Zastavme se, zamysleme a srovnajme myšlenky, co vlastně chceme...

Na závěr bych přidala jednu citaci: „Lidský život probíhá jako série často se opakujících rituálů, pracovních činností, zábav, her, cest, kontaktů, důvěrností, příhod, událostí, nemocí, zklamání a úspěchů. Hodnota života jistě netkví v tom, s jakou častostí se tyto jednotlivé životní formy opakují a co je jejich obsahem (ten je často banální, nezajímavý a objektivně bezvýznamný, byť subjektivně může být prožívaný jako něco úžasného), ale v tom, nakolik člověk dělá to, co dělá, s plným vědomím poslání a s opravdovostí, s vědomím autorství.“¹³⁶

Klientky podstupující plastické estetické operace jsou vlastně takovými „autorkami“ samy sobě. Mají snahu měnit to, co jim bylo přisouzeno. Ale na druhou stranu, proč ne? Ta možnost tady existuje, je dostupná a když udělá dotýčným ženám život spokojeným nebo dokonce na chvíli šťastným...

¹³⁶ Smékal, V. *Psychologie osobnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989, s. 309-310, ISBN neuvedeno

Závěr

V rámci této diplomové práce *Sebepojetí u žen před plastickou estetickou operací*, jsem se zabývala problematikou sebepojetí, jakožto jednou z vyšších psychosociálních potřeb. Cílem diplomové práce bylo pokusit se zjistit, proč ženy podstupují plastické estetické operace, z jakých pohnutek, co je k tomu vede, nejvíce ovlivňuje a snažit se zachytit jejich charakteristiku.

Práce obsahuje dvě části, teoretickou a empirickou.

V teoretické části jsem se pokusila obecně charakterizovat základní aspekty potřeb u člověka a specifikovat problematiku **vyšších psychosociálních potřeb, hlavně sebepojetí**. Dále jsem se zabývala pojmy estetika, krása a ideál ženské krásy. Zohlednila jsem psychoterapeutické přístupy jako jeden z možných způsobů řešení nespokojenosti se sebou samým a jako další možný způsob – estetickou chirurgii.

Empirická část diplomové práce byla zaměřena na získání informací a potvrzení či vyvrácení mých hypotéz.

Výzkumnou metodou byl zvolen dotazník vlastní konstrukce, vytvořený na základě znalostí získaných z teoretické části a také díky konzultacím s vedoucí mé diplomové práce PhDr. Helenou Chloubovou.

Stanovený cíl a hypotézy se díky kvalitnímu prostudování pramenné literatury a empirickému výzkumu z velké části potvrdily, jak jsem shrnula v diskusi této diplomové práce. Samotný výzkum tedy považuji za úspěšný.

Lze konstatovat, že výzkum naznačil emancipační prvky. Současné ženy podstupují plastické operace především z estetických důvodů, odstraňující vrozené vady. O podstoupení operace se rozhodují respondentky samy, a samy si je i financují.

Starší klientky přicházejí podstoupit operaci, aby odstranily vady získané s přibývajícím věkem a z jedné třetiny jsou to již i důvody zdravotní.

Seznam pramenů a literatury:

1. Alan, J. *Etapy života očima sociologie*. Praha: Panorama, 1989. ISBN 80-7038-044-8
2. Autor neuveden, *Klimakteriem bez potíží*, (cit. 2006 – 02 – 17), dostupný z: <http://www.klimakteriembezpotizi.cz/a/index.asp?t=0>
3. Autor neuveden, *Sebepojetí*, (cit. 2005 – 11 – 22), dostupný z: <http://www.kanata.ic.cz/Sebepojeti.doc>
4. Bartošiková, I., Jičínský, V., Jobánková, M., Kvapilová, J. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: IDV PZ, 2000. ISBN 80-7013-288-4
5. Berger, P. L. *Pozvání do sociologie*. Praha: Správa sociálního řízení FMO, 1991. ISBN 80-85469-08-01
6. Blatný, M. *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2747-9
7. Blatný, M., Plháková, A. *Temperament, inteligence, sebepojetí* (Nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu). Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR a Sdružení SCAN, 2003. ISBN 80-86620-05-0
8. Bruchová, H. *Základy psychoterapie*. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-45-4
9. Coan, R.W. *Optimální osobnost a duševní zdraví*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-662-5
10. Čáp, J., Mareš, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, s.r.o., 2001. ISBN 80-7178-463-X
11. Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M. *Speciální psychologie*. Brno: IDVZP, 1999. ISBN 80-7013-243-4
12. Čermák, I., Hřebíčková, M., Macek, P. *Agrese, identita, osobnost*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 2003. ISBN 80-86620-06-9
13. Drapela, V., J. *Přehled teorií osobností*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-134-7
14. Fahoun, K., Štroblová, S. *Tvář*. Jihlava: Somix, 1998. ISBN 80-902561-0-4
15. Feldmann, H. *Kompendium lékařské psychologie*. Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-85605-67-8

16. Frankl, V. E. *Člověk hledá smysl. Úvod do logoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994. ISBN 80-901601-4-X
17. Frankl, V. E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 1996. ISBN 80-85319-50-0
18. Frýba, M. *Psychologie zvládnání života*. Brno: Masarykova univerzita, 1996. ISBN 80-210-1324-9
19. Grogan, S. *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-907-1
20. Hanáková Petra, *Média frustrují ženy neskutečnými ideály krásy*, (cit. 2005 – 09 – 11), dostupný z: <http://www.feminismus.cz/fulltext.shtml?x=115083>
21. Helus, Z. *Dítě v osobnostním pojetí*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-888-0
22. Helus, Z. *Psychologické problémy socializace osobnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1973. ISBN neuvedeno
23. Herodková Jana, *Klimakterium dá ženám zabrat*, (cit. 2006 – 02 – 17), dostupný z: <http://kina.seznam.cz/zdrav/67788-klimakterium-da-zenam-zabrat.html>
24. Holoušová, D., Krobotová, M. *Diplomové a závěrečné práce*. Olomouc: UP, 2004. ISBN 80-244-0458-3
25. Chloubová, H. Člověk ve zdraví a nemoci. in: Základní potřeby člověka: *Osobní rádce zdravotní sestry*, Praha, 2003, č. 4, 4/15.2.1, ISSN 1214-0074
26. Chloubová, H. Psychosociální potřeby nemocných. in: Základní potřeby člověka: *Osobní rádce zdravotní sestry*, Praha, 2004, č. 1, 4/15.2.2, ISSN 1214-0074
27. Chloubová, H. *Uspokojování potřeb ve stáří v současném pojetí ošetrovatelské péče*. Sestra, V., 1995, č. 2
28. Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných – vztahové potřeby. in: Základní potřeby člověka: *Osobní rádce zdravotní sestry*, Praha, 2004, č. 5, 4/15.2.3, ISSN 1214-0074
29. Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných self (já) – sebepojetí a sebeúcty. in: Základní potřeby člověka: *Osobní rádce zdravotní sestry*. Praha, 2004, č. 6, 4/15.2.4, ISSN 1214-0074
30. Jedlička, R., Klíma, P., Kořa, J., Němec, J., Pilař, J. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0
31. Jedlička, R. *Psycho-sociální vývoj dítěte a jeho poruchy z hlediska hlubinné psychologie*. Praha: UK, Pedagogická fakulta SVI, 2003. ISBN 80-7290-070-6

32. Jung, C. G. *Člověk a duše*. Praha: Academia, 1995. ISBN 80-200-0543-9
33. Kasem Abul, *Ženský ráj*, (cit. 2005 – 11 – 27), dostupný z: http://www.pravdaoislam.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=31&Itemid=22
34. Kolektiv autorů (Chloubová, H., Mellanová, A., Nerudová, I., Neuwirth, J., Pavlíková, P., Staňková, M.), *Základy ošetřování nemocných*. Praha: UK, Karolinum, 2005, ISBN 80-246-0845-6, s. 13
35. Kratochvíl, S. *Psychoterapie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1968. ISBN není
36. Kratochvílová, J. *Kráska je příčinou utrpení, zdrojem inspirace i velkých zisků*. Čilichili, 2006, č. 4
37. Matoušek, O. *Potřebujete psychoterapii?* Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-036-7
38. McDowell, J. *Hodnota člověka*. Praha: Návrat domů, 1999. ISBN 80-85495-85-6
39. Mikšík, O. *Psychologické teorie osobnosti*. Praha: UK, Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-926-X
40. Moidlová Marta, *Laser Plastic*, (cit. 2005 – 09 – 13), dostupný z: <http://www.estetic.cz/estetic/cz/index.html>
41. Mokrejš, A., Svoboda, K., Novák, M., Patočka, J. *Studie o počátcích uvažování o kráse v antickém Řecku*. Praha: KLP (Koniasch Latin Press), 1997. ISBN 80-85917-34-3
42. Nakonečný, M. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0628-1
43. Nakonečný, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 1999. ISBN 80-200-0690-7
44. Pernoudová, R. *Žena v době katedrál*. Praha: Vyšehrad, 2002. ISBN 80-7021-544-5
45. Pokorný, J. *Psychologie pro každý den*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 1994. ISBN 80-85867-41-9
46. Praško, J., Prašková, H. *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-334-0
47. Praško, J., Prašková, H. *Trápí vás nadměrný stud, aneb jak překonat sociální fóbii*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-733-8

48. Röhr, H. P. *Narcismus – vnitřní žalář*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-450-8
49. Seifertová, D. *Saturace vyšších psychosociálních potřeb u hemodialyzovaných pacientů (potřeby sounáležitosti, lásky a sebepojetí)*, 2004/2005, Diplomová práce
50. Skála, J. a kol. *Psychoterapie v medicínské praxi*. Praha: Avicenum, 1989. ISBN není uvedeno
51. Skočilová Michaela, *Ideál ženské krásy v proměnách času*, (cit. 2005 – 07 – 26), dostupný z <http://lide.gymcheb.cz/~miskocil/ideal.html>
52. Smékal, V. *Psychologie osobnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. ISBN neuvedeno
53. Trachtová, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDV PZ, 1999. ISBN 80-7013-285-X
54. Vymětal, J. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995. ISBN 80-901773-4-4
55. Vymětal, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1997. ISBN 80-86123-02-2
56. Vymětal, J. *Psychoterapie (Pomoc psychologickými prostředky)*. Praha: Horizont, 1987. ISBN 40-093-87
57. Vymětal, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, a. s., 1996. ISBN 80-202-0605-1
58. Vymětal, J. *Základy lékařské psychologie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994. ISBN 80-901601-3-1
59. Way, L. W. a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 1998. 2.díl, ISBN 80-7169-397-9
60. Zeman, M. a kol. *Speciální chirurgie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-260-9

Seznam tabulek

| | |
|--|-----|
| Tabulka č. 1. Charakteristika výzkumného vzorku: věk klientek. | 76 |
| Tabulka č. 2. Charakteristika výzkumného vzorku: rodinný stav pacientek. | 77 |
| Tabulka č. 3. Charakteristika výzkumného vzorku: místo bydliště. | 77 |
| Tabulka č. 4. Charakteristika výzkumného vzorku: vzdělání. | 77 |
| Tabulka č. 5. Charakteristika výzkumného vzorku: zaměstnání. | 78 |
| Tabulka č. 6. Charakteristika výzkumného vzorku: druh operace. | 78 |
| Tabulka č. 7. Důvody pro podstoupení estetické operace u respondentek (dle věkových kategorií). | 81 |
| Tabulka č. 8. Důvody pro podstoupení estetické operace u respondentek (dle jednotlivých diagnóz). | 82 |
| Tabulka č. 9. Důvody pro podstoupení estetické operace u respondentek (dle rodinného stavu). | 83 |
| Tabulka č. 10. Jak dlouho se respondentky rozhodovaly k operaci (dle kritéria vzdělání). | 84 |
| Tabulka č. 11. Jak dlouho se respondentky rozhodovaly k operaci (dle věku). | 85 |
| Tabulka č. 12. Kdo se podílel na rozhodnutí o podstoupení operace (dle věku). | 86 |
| Tabulka č. 13. Kdo se podílel na rozhodnutí o podstoupení operace (dle zaměstnání). | 87 |
| Tabulka č. 14. Rozmlouval někdo operaci (dle věku). | 88 |
| Tabulka č. 15. Rozmlouval někdo operaci (dle rodinného stavu). | 89 |
| Tabulka č. 16. Kdo rozmlouval operaci (dle rodinného stavu). | 90 |
| Tabulka č. 17. Výběr operace u sledovaného vzorku respondentek (dle věku). | 92 |
| Tabulka č. 18. Výběr operace u sledovaného vzorku respondentek (dle rodinného stavu). | 93 |
| Tabulka č. 19. Zaměstnání respondentek dle věkových kategorií, se zaměřením na tři vybraná prestižní povolání (podnikatelka, manažerka, modelka). | 96 |
| Tabulka č. 20. Financování operace respondentek (dle věku). | 97 |
| Tabulka č. 21. Financování operace respondentek (dle zaměstnání). | 98 |
| Tabulka č. 22. Kdo respondentkám financoval operaci? | 99 |
| Tabulka č. 23. Bránil estetický nedostatek neprovdaným ženám v navázání partnerského vztahu? | 101 |
| Tabulka č. 24. Obávají se respondentky podstupující estetické operace bolestí? | 102 |
| Tabulka č. 25. Výčet obav z možných pooperačních komplikací vzhledem k jednotlivým diagnózám respondentek. | 104 |
| Tabulka č. 26. Očekávají respondentky, že jim operace změní život, budou sebevědomější, úspěšnější (dle druhu operace). | 105 |
| Tabulka č. 27. Očekávají respondentky, že jim operace změní život, budou sebevědomější, úspěšnější (dle rodinného stavu). | 106 |
| Tabulka č. 28. Zažily respondentky nepříjemné poznámky, od druhých lidí, týkající se jejich vzhledu (dle diagnóz). | 109 |
| Tabulka č. 29. Pocity respondentek, jež zažily nepříjemné poznámky, od druhých lidí, týkající se jejich vzhledu. | 110 |
| Tabulka č. 30. Období života, kdy respondentky měly největší problémy s přijetím vlastního „Já“ (dle diagnóz). | 111 |
| Tabulka č. 31. Jakým stylem výchovy byly respondentky vychovávány (dle diagnóz). | 113 |
| Tabulka č. 32. Řadí se respondentky do skupiny introvertů nebo extrovertů (dle rodinného stavu). | 115 |
| Tabulka č. 33. Sledují respondentky módní trendy, a snaží se oblékat podle nejnovějších výstřelků (dle věkových kategorií). | 116 |
| Tabulka č. 34. Stupnice, jak moc je pro respondentky důležité být „in“ (dle věkových kategorií). | 117 |
| Tabulka č. 35. Dávají respondentky přednost značkovým věcem (dle věkových kategorií). | 118 |
| Tabulka č. 36. Dávají respondentky přednost značkovým věcem (dle místa bydliště). | 119 |
| Tabulka č. 37. Používají respondentky drahou kosmetiku a spoustu různých přípravků? Možná až zbytečně moc (dle věkových kategorií). | 120 |

| | |
|--|-----|
| Tabulka č. 38. Čtou respondentky ženské časopisy typu Elle, Cosmopolitan atd. (dle věkových kategorií). | 121 |
| Tabulka č. 39. Ovlivňují ženské časopisy respondentky, např. co se módy a různých diet týče (dle věkových kategorií). | 122 |
| Tabulka č. 40. Zajímají se respondentky o různé diety a hlídají si váhu (dle věkových kategorií). | 123 |
| Tabulka č. 41. Navštěvují respondentky fitcentra (dle rodinného stavu)? | 124 |
| Tabulka č. 42. Jak často navštěvují respondentky fitcentra? | 125 |
| Tabulka č. 43. Navštěvují respondentky salóny krásy? | 126 |
| Tabulka č. 44. Jak často navštěvují respondentky salóny krásy? | 127 |
| Tabulka č. 45. Navštěvují respondentky kadeřníka? | 128 |
| Tabulka č. 46. Jak často navštěvují respondentky kadeřníka? | 129 |
| Tabulka č. 47. Stupnice, jak moc je pro respondentky důležité vypadat dobře (dle věkových kategorií). | 130 |

Seznam grafů

| | |
|--|-----|
| Graf č. 1. Důvody pro podstoupení estetické operace u respondentek (dle věkových kategorií). | 80 |
| Graf č. 2. Důvody pro podstoupení estetické operace u respondentek (dle jednotlivých diagnóz). | 81 |
| Graf č. 3. Důvody pro podstoupení estetické operace u respondentek (dle rodinného stavu). | 83 |
| Graf č. 4. Jak dlouho se respondentky rozhodovaly k operaci (dle kritéria vzdělání). | 84 |
| Graf č. 5. Jak dlouho se respondentky rozhodovaly k operaci (dle věku). | 85 |
| Graf č. 6. Kdo se podílel na rozhodnutí o podstoupení operace (dle věku). | 86 |
| Graf č. 7. Kdo se podílel na rozhodnutí o podstoupení operace (dle zaměstnání). | 87 |
| Graf č. 8. Rozmlouval někdo operaci (dle věku). | 88 |
| Graf č. 9. Rozmlouval někdo operaci (dle rodinného stavu). | 89 |
| Graf č. 10. Kdo rozmlouval operaci (dle rodinného stavu). | 89 |
| Graf č. 11. Výběr operace u sledovaného vzorku respondentek (dle věku). | 92 |
| Graf č. 12. Výběr operace u sledovaného vzorku respondentek (dle rodinného stavu). | 93 |
| Graf č. 13. Zaměstnání respondentek dle věkových kategorií, se zaměřením na tři vybraná prestižní povolání (podnikatelka, manažerka, modelka). | 95 |
| Graf č. 14. Financování operace respondentek (dle věku). | 97 |
| Graf č. 15. Financování operace respondentek (dle zaměstnání). | 98 |
| Graf č. 16. Kdo respondentkám financoval operaci? | 99 |
| Graf č. 17. Bránil estetický nedostatek neprovdaným ženám v navázání partnerského vztahu? | 101 |
| Graf č. 18. Obávají se respondentky podstupující estetické operace bolestí? | 102 |
| Graf č. 19. Výčet obav z možných pooperačních komplikací vzhledem k jednotlivým diagnózám respondentek (čísla 1 – 8 značí jednotlivé diagnózy). | 103 |
| Graf č. 20. Očekávají respondentky, že jim operace změní život, budou sebevědomější, úspěšnější (dle druhu operace). | 105 |
| Graf č. 21. Očekávají respondentky, že jim operace změní život, budou sebevědomější, úspěšnější (dle rodinného stavu)? | 106 |
| Graf č. 22. Zažily respondentky nepříjemné poznámky, od druhých lidí, týkající se jejich vzhledu (dle diagnóz). | 108 |
| Graf č. 23. Pocity respondentek, jež zažily nepříjemné poznámky, od druhých lidí, týkající se jejich vzhledu. | 110 |
| Graf č. 24. Období života, kdy respondentky měly největší problémy s přijetím vlastního „Já“ (dle diagnóz). | 111 |
| Graf č. 25. Jakým stylem výchovy byly respondentky vychovávány (dle diagnóz). | 112 |
| Graf č. 26. Řadí se respondentky do skupiny introvertů nebo extrovertů (dle rodinného stavu). | 115 |
| Graf č. 27. Sledují respondentky módní trendy, a snaží se oblékat podle nejnovějších výstřelků (dle věkových kategorií). | 116 |
| Graf č. 28. Stupnice, jak moc je pro respondentky důležité být „in“ (dle věkových kategorií). | 117 |
| Graf č. 29. Dávají respondentky přednost značkovým věcem (dle věkových kategorií). | 118 |
| Graf č. 30. Dávají respondentky přednost značkovým věcem (dle místa bydliště). | 119 |
| Graf č. 31. Používají respondentky drahou kosmetiku a spoustu různých přípravků? Možná až zbytečně moc (dle věkových kategorií). | 120 |
| Graf č. 32. Čtou respondentky ženské časopisy typu Elle, Cosmopolitan atd. (dle věkových kategorií). | 121 |
| Graf č. 33. Ovlivňují ženské časopisy respondentky, např. co se módy a různých diet týče (dle věkových kategorií). | 122 |
| Graf č. 34. Zajímají se respondentky o různé diety a hledají si váhu (dle věkových kategorií). | 123 |
| Graf č. 35. Navštěvují respondentky fitcentra (dle rodinného stavu)? | 124 |
| Graf č. 36. Jak často navštěvují respondentky fitcentra? | 125 |
| Graf č. 37. Navštěvují respondentky salóny krásy? | 126 |
| Graf č. 38. Jak často navštěvují respondentky salóny krásy? | 127 |

| | |
|--|-----|
| Graf č. 39. Navštěvují respondenty kadeřníka? | 128 |
| Graf č. 40. Jak často navštěvují respondenty kadeřníka? | 129 |
| Graf č. 41. Stupnice, jak moc je pro respondenty důležité vypadat dobře (dle věkových kategorií). | 130 |

Přílohy

Seznam příloh:

- Č. 1. Dům životních potřeb
- Č. 2. Nejčastější typy plastických estetických operací
- Č. 3. Schémata nejčastějších plastických estetických operací
- Č. 4. Dotazník k diplomové práci

Čerpáno z literatury: Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných self (já) – sebezpečí, in: Základní potřeby člověka: *Osobní rádxce zdravotní sestry*, 2004, č. 6, 4/15. 2. 4, s. 2. ISSN 1214-0074

POTŘEBY ČLOVĚKA

| | | | | | | | | |
|----------------|------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------------|
| sebe-realizace | sebe-aktualizace | hodnoty životní | tvůrčí potřeby | duchovní potřeby | kulturní potřeby | pracovní potřeby | estetické potřeby | různé zájmy |
| sebevěta | sebezpečí | úspěch uznání | neudělat ostudu | intimita | poznání pochopení | autonomie | moc submise | být první dobrodružství |
| láska | souměžnost | důvěra | komunikace | rodina | přátelství | pečovat o druhé | identita | pozitivní vztah |
| zdraví | bezpečí pomoci | jistoty sociální ekonom. | soběstačnost | bytlení prostředí | informace podněty | naděje víra | mír klid | potřeba struktury řádu |
| dýchání | hydratace | výživa | vyprázdění moče stolice | aktivita tělesná duševní | spánek odpočinek | teplo pohodlí (být bez bolesti) | očista hygiena | sexuální mateřské potřeby |

(Chloubová - 1992)

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

PŘÍLOHA Č. 2

Nejčastější typy plastických estetických operací

Čerpáno z internetových stránek: Moidlová Marta, *Laser Plastic*, (cit. 2005 – 09 – 13), dostupný z: <http://www.estetic.cz/estetic/cz/index.html>



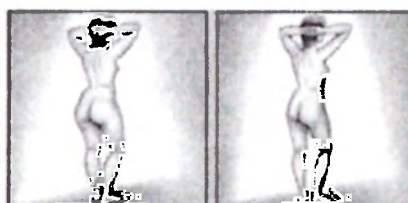
Modelace prsů



Zvětšovací operace prsů



Plastická operace břicha



Tvarování těla odsáváním tuku



Operace nosu



Operace obličeje a krku



Operace očních víček



Operace odstálých boltců

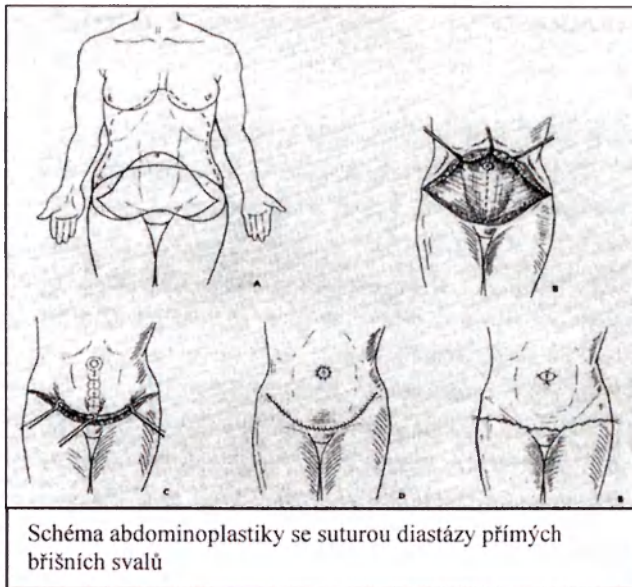


Operace čela



Zvětšovací operace rtů

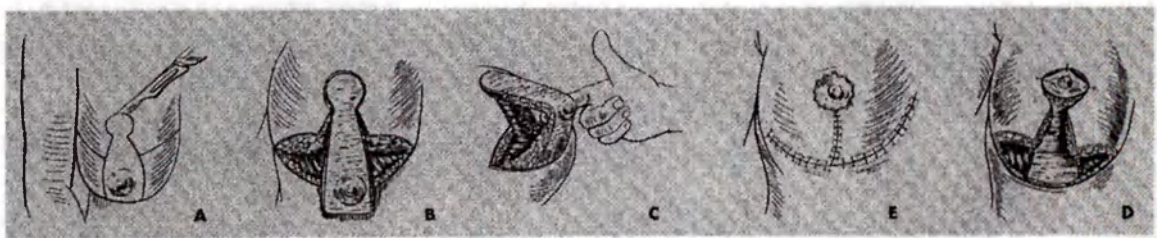
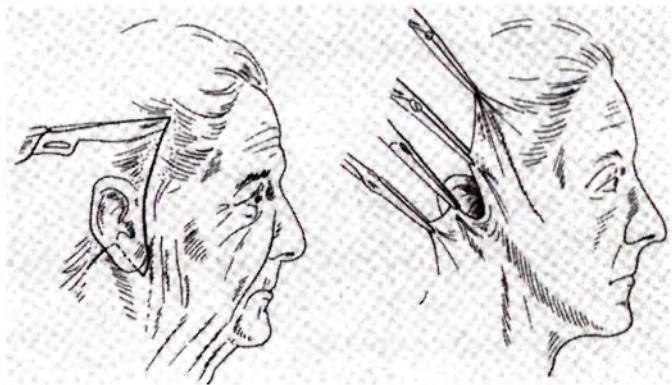
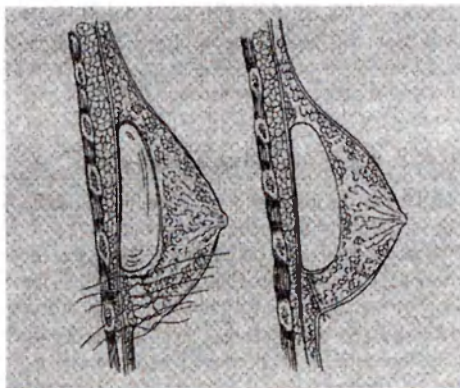
PŘÍLOHA Č. 3



Schémata nejčastějších
plastických estetických operací

Čerpáno z literatury: Zeman, M.
a kol. *Speciální chirurgie.*

Praha: Galén, 2004, s. 545 - 547,
ISBN 80-7262260-9



PŘÍLOHA č. 4

Dotazník k diplomové práci

Vážená paní,

jsem studentkou 1. LFUK, 2. ročníku navazujícího magisterského oboru Ošetrovatelství – učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy. Pracuji na diplomové práci zabývající se sebepojetím žen podstupujících estetické operace. Snažím se zmapovat důvody, proč se ženy k operaci odhodlaly. Součástí výzkumu je dotazník, který je anonymní a dobrovolný. **Vím, že se jedná o intimní téma, přesto bych Vám byla vděčná za pravdivé vyplnění mých dotazů.** Jen tak bude mít má práce smysl a bude objektivní.

Při vyplňování dotazníku Vás prosím o pozorné přečtení otázek. U několika otázek máte na výběr, proto vyberte Vámi zvolenou alternativu, popřípadě dopište *v jiné* Vaše odpovědi. Svě odpovědi označte křížkem. Některé otázky Vás vyzývají k hodnocení na stupnici 1 – 5, svou odpověď zakroužkujte. U otevřených otázek prosím odpovězte.

Děkuji Vám velmi za Váš drahocenný čas při vyplňování dotazníku.

Lucie Karalová, Bc.

1. Věk (počet let)

2. Rodinný stav: svobodná vdaná rozvedená
 ovdovělá

3. Místo bydliště: Praha

Pokud jiné místo, jedná se o - město vesnici

4. Vzdělání: základní učební obor střední
 vysokoškolské

5. Zaměstnání: podnikatelka manažerka modelka
 vystupující na veřejnosti jiné

6. Jakou operaci jste přišla podstoupit?

.....

7. Co bylo prvním a pak tím hlavním konečným impulsem pro Vaše rozhodnutí podstoupit operaci?

.....
.....

8. Jak dlouho jste se rozhodovala, než jste se odhodlala k operaci?

.....

9. Obáváte se pooperačních bolestí?

ano ne

10. Z jakých možných pooperačních komplikací máte největší obavy?

.....

11. Podstupujete operaci kvůli sobě, nebo je to přání někoho jiného?

sama jsem se rozhodla přál si to přítel, partner

někdo jiný – Kdo?

12. Rozmlouval Vám někdo Vaše rozhodnutí podstoupit operaci, že ji nepotřebujete, je to jen Váš rozmar?

ne ano – Kdo?

13. Pakliže jste bez partnera, myslíte si, že Váš nedostatek, který jste si přišla nechat upravit Vám bránil v navázání partnerského vztahu?

ano ne

V případě, že ano, v čem konkrétně Vám bránil?

.....

14. Očekáváte, že Vám operace změní život, budete sebevědomější, úspěšnější?

ano ne

V případě, že ano, tak v čem?

.....
Na co se přímo těšíte?
.....

15. Nebyl pro Vás problém zaplatit si operaci, nebo jste musela dlouho šetřit?

- zaplatila jsem sama bez problémů někdo jiný – Kdo?
- šetřila jsem

16. Zažila jste nějaké nepříjemné poznámky od druhých lidí týkající se Vašeho vzhledu? Třeba i v dětství, pokud si vybavujete.

- ano ne

Pokud ano, jaké?
.....

17. Jakými problémy jste v té době trpěla či trpíte? Prosím konkretizujte (např. pocity méněcennosti, studu atd.)
.....

18. V jakém období života jste měla největší problémy s přijetím vlastního „Já“ - např. sebevědomí, sebeúcty, sebedůvěry, sebejistoty?

- v období dětství v období dospívání v období dospělosti
- jiné

19. Jakým stylem Vás rodiče vychovávali?

- liberálním – slabé vedení, nekladli požadavky, pokud ano, pak nepožadovali jejich důsledné plnění
- demokratickým – méně příkazů, podporovali iniciativu, působili spíš příkladem než tresty a zákazy
- autoritativním – dominantní vedení, rozkazovali, trestali, málo respektovali Vaše přání

20. Radíte se mezi: introverty nebo extroverty

21. Sledujete módní trendy a snažíte se oblékat podle nejnovějších módních výstřelků?

ano ne

Zakroužkujte prosím na stupnici, jak moc je pro Vás důležité být „in“.
málo 1 – 2 – 3 – 4 – 5 hodně

22. Dáváte přednost značkovým věcem?

ano ne

23. Používáte drahou kosmetiku a spoustu různých přípravků? Možná až zbytečně moc?

ano ne

24. Čtete ženské časopisy typu Elle, Cosmopolitan atd?

ano ne občas

Myslíte si, že Vás ovlivňují, např. co se módy a různých diet týče?

ano ne

25. Patříte mezi ty ženy, které se zajímají o různé diety a hlídají si váhu?

ano ne Jaká je Vaše výška(cm) a váha(kg)?

26. Navštěvujete:

- fitcentrum ano ne Jak často?

.....

- salóny krásy ano ne Jak často?

.....

- kadeřníka ano ne Jak často?

.....

Zakroužkujte prosím na stupnici, jak moc je pro Vás důležité vypadat dobře.
málo 1 – 2 – 3 – 4 – 5 hodně

Ještě jednou Vám moc děkuji za vyplnění dotazníku a přeji Vám hodně osobních úspěchů!

Lucie Karalová