

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU

**VLIV A PŘÍNOS CÍLENÉ POHYBOVÉ INTERVENCE NA
KVALITU ŽIVOTA SENIORŮ**
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jan Hodina

Tělesná výchova a sport, obor TVSV-VKZ

Vedoucí práce: Mgr. Věra Knappová, PhD.

Plzeň 2015

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni 10. dubna 2015

.....
vlastnoruční podpis

Chtěl bych poděkovat své vedoucí Mgr. Věře Knappové, PhD. za její cenné rady, metodickou pomoc a vedení při tvorbě této práce. Naše spolupráce pro mě osobně byla velice příjemná a hlavně přínos

OBSAH

1	ÚVOD.....	5
2	CÍLE, ÚKOLY A HYPOTÉZY	6
2.1	CÍLE VÝZKUMU	6
2.2	ÚKOLY VÝZKUMU	6
2.3	HYPOTÉZA VÝZKUMU	6
3	TEORETICKÁ ČÁST.....	7
3.1	POHYBOVÁ AKTIVITA.....	7
3.1.1	Přínos pohybové aktivity u seniorů	7
3.1.2	Kinantropologie a kineziologie	9
3.1.3	Životní styl seniorů.....	9
3.2	SENIORI	10
3.2.1	Seniorský věk	11
3.2.2	Pohybový aparát seniorů	13
3.3	DEGENERATIVNÍ ZMĚNY	13
3.4	KVALITA ŽIVOTA (QOL – QUALITY OF LIFE)	14
	Globální problémy a kvalita života	15
3.4.1	Hodnocení kvality života.....	15
3.5	FUNKČNÍ PORUCHY POHYBOVÉHO APARÁTU	17
3.5.1	Systemy pohybového aparátu.....	17
3.5.2	Svalový systém.....	18
3.5.3	Funkční poruchy	18
3.6	POHYBOVÝ STEREOTYP.....	19
3.6.1	Porucha pohybového stereotypu.....	19
3.6.2	Hybné stereotypy	19
3.6.3	Svalové dysbalance	20
3.6.4	Posturální svaly	20
3.6.5	Fázické svaly	21
3.6.6	Svalové syndromy	21
3.7	KOMPENZAČNÍ CVIČENÍ	22
3.7.1	Uvolňovací cvičení.....	23
3.7.2	Protahovací cvičení.....	24
3.7.3	Posilovací cvičení.....	24
3.8	CVIČENÍ SM SYSTÉM.....	24
3.9	DOPLŇKOVÁ CVIČENÍ – NORDIC WALKING	28
4	PRAKTICKÁ ČÁST	29
4.1	REALIZACE POHYBOVÉ INTERVENCE	29
4.1.1	Koncepce výzkumu	29
4.1.2	Postup výzkumu	29
4.1.3	Dlouhodobá pohybová intervence.....	29
4.1.4	Dotazníky Q-LES-Q.....	30
	ZÁVĚR	51
	RESUMÉ	52
	SEZNAM LITERATURY	53
	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
	PŘÍLOHY	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.

1 ÚVOD

Již mnoho studií se zabývalo pozitivním vlivem pohybové aktivity na lidské zdraví. Pohybová aktivita přináší našemu tělu nespočet zdravotních pozitiv, a pokud je prováděna pravidelně, působí, podle mnohým odborníků, jako prevence proti vzniku různých civilizačních onemocnění, například proti osteoporóze, obezitě, diabetu a dalším.

Zvýšení imunity, zpomalení procesu stárnutí, zlepšení mentální funkce, zvýšení zdatnosti a kvality života jsou další faktory pozitivně ovlivněné pohybovou aktivitou (Hošek, 2000). Mnoho lidí si uvědomuje přínos pohybové aktivity, avšak svůj životní styl nemění. Pohybová nevyváženost se tak následně promítá do stavu celého organismu.

Optimalizace životního stylu u osob v seniorském věku je náročnější, u dospělé populace závisí na dlouhodobém působení celé řady faktorů (Hodaň, 1989).

Každý organismus je individuální a proto je potřeba zvážit jaká pohybová intervence je pro danou osobu nejvhodnější, zvážit pohybové dispozice. Dále se musí brát ohledy na zdravotní stav a také věk jedince, jeho osobní zájmy a potřeby. Podmínkovou pozitivního vlivu pohybové aktivity na zdraví je i její přiměřenost momentálnímu zdravotnímu a psychickému stavu cvičících (Hošek, 2000).

Ve své práci jsem se zaměřil na zmapování vlivu pohybové aktivity na ovlivnění kvality života seniorů.

Z odborné literatury vyplývá, že cílená pohybová intervence vede ke zlepšení funkčnosti pohybového aparátu a to pak k celkovému zvýšení kvality života, avšak je ovlivněna celou řadou faktorů. Jako například četnost pohybové aktivity, způsob provádění, druh aktivity a další. Nejenom osoby v seniorském věku jsou také ovlivněny degenerativními změnami. Tyto změny způsobují poškození jedné nebo více páteřních struktur, mezi které patří meziobratlové ploténky, kloubní chrupavky, vazivový aparát, nervovou a svalovou tkáň. Takto poškozená páteř není schopna plnit svou funkci.

2 CÍLE, ÚKOLY A HYPOTÉZY

2.1 CÍLE VÝZKUMU

Tato bakalářská práce se zabývá nedostatečnou pohybovou aktivitou osob v seniorském věku a s ní spojenými zdravotními problémy, kterým lze předejít vhodnou pohybovou intervencí. Tyto problémy lze změřit v běžném životě použitím dotazníků kvality života.

Cílem bakalářské práce je monitorovat a postihnout velikost změny kvality života seniorů vyvolané vlivem cílené pohybové aktivity.

2.2 ÚKOLY VÝZKUMU

1. Zmapovat úroveň pohybového režimu a pohybové zvyklosti vybraných osob v seniorském věku.
2. Zjistit stav kvality života testovaných osob pomocí dotazníku Q-LES-Q
3. Postihnout změny v subjektivním hodnocení kvality života sledovaných osob vlivem pohybové intervence.
4. Zhodnotit vliv a přínos dlouhodobé pohybové intervence u vybraných osob.

2.3 HYPOTÉZA VÝZKUMU

H1: „Předpokládáme, že cílená pohybová intervence bude mít pozitivní vliv na kvalitu života seniorů ve všech sledovaných doménách.“

3 TEORETICKÁ ČÁST

3.1 POHYBOVÁ AKTIVITA

Pohyb tvoří důležitou část našeho života, patří mezi základní determinanty zkvalitňující život, pomáhá udržet lidský organismus v dobrém zdravotním stavu, duševní i tělesné kondici. Z biologického hlediska je pohyb vnějším projevem živého organismu a podstatným mechanismem přizpůsobení se na změny prostředí.

Pohybová aktivita je nezbytnou součástí zdravého životního stylu. Působí jak při prevenci tak při léčbě celé řady civilizačních onemocnění. V posledních letech zaznamenáváme velký nárůst těchto onemocnění, a to v důsledku změn fyzického zatížení v zaměstnání, při přepravě, ale také v domácnosti (Hegyí, 2012)

Fyzická (pohybová) aktivita je tělesný pohyb způsobený kontrakcí kosterního svalstva a je spojen s energetickým výdejem. Zahrnuje veškerou pohybovou aktivitu za den, nejedná se tedy pouze o sport, ten je podskupinou pohybové aktivity.

Známe různé druhy pohybové aktivity, vytrvalostní, rychlostní nebo silová. U aerobní neboli vytrvalostní je typické cyklické, a to opakování pohybu po určitou dobu, převážně delší. Odehrává se pod anaerobním prahem, tedy za ostatečného množství kyslíku, na metabolicky střední úrovni. Energetická náročnost je závislá hlavně na době trvání činnosti, při dostatečné době je energie hrazená tuky.

Rychlostní pohybová aktivita je krátkodobá, vysoce intenzivní aktivita. Probíhá bez přísunu kyslíku, nad anaerobním prahem. Lokální energetické zdroje poskytují energetické krytí.

3.1.1 PŘÍNOS POHYBOVÉ AKTIVITY U SENIORŮ

Přínos pohybové aktivity pro všechny věkové kategorie je dlouhou dobu uznávanou skutečností. Sedavý způsob života (nejen kvůli práci) je problémem posledních let, avšak u seniorů je takový způsob běžný již delší dobu. Toto snižování tělesné aktivity sebou nese velká rizika, obzvláště pro osoby ve vyšším věku (Kalvach, 2004).

Dle Máčka, pravidelnou pohybovou aktivitu, v doporučené intenzitě, provádí jen asi 13% mužů a ještě menší procento žen ve věku 60-70 let. Zhoršený zdravotní stav, duševní i fyzický pokles výkonnosti a častější výskyt chronických onemocnění jsou důsledky snížené pohybové aktivity u seniorů. Pravidelné pohybové aktivity mohou tvořit nejlevnější komplexní preventivní a terapeutický zásah. Díky tomu dochází k zvětšení síly, zlepšení kardiorepirační činnosti či flexibility a odolnost. Seniori často žijí osaměle a cvičení na ně působí efektivně i po sociální stránce, zabraňuje také zvyšování se podílu tuku v těle (Máček, Radvanský, 2011).

Velké množství studií se snaží prokázat pozitivní vliv pohybu, přesto však stále chybí dlouhodobá intervenční studie, která by to plně potvrdila. Dále je také význam současných studií snižován, a to kvůli relativně hrubým a nepřesným prostředkům měření fyzické aktivity (Štilec, 2004).

Přesto je však pohybová aktivita rozhodně významná. Svůj velký význam má v primární a sekundární prevenci. Pomáhá také oddálit vznik regresivních procesů. Cvičení síly a vytrvalosti je pro seniory nejpřínosnější (Dylevský, Kučera, 1997). Vytrvalostní trénink snižuje rizika některých onemocnění oběhového systému. Správná pohybová aktivita zmírňuje jejich projevy a působí jako komplexní terapie. Aktivní seniori, kteří provozují vytrvalostní pohybovou aktivitu pravidelně, mají lepší hodnoty VO₂max.

Silová cvičení byla dříve u seniorů odmítána, jelikož byla brána jako pomocná pro vznik hypertenze nebo tlaku na plicní artérie. Dnes se silová cvičení seniorům doporučují, pokud tedy netrpí vážnějšími onemocněními či kontraindikací jako například angina pectoris, artritida či osteoporóza. Síla je totiž potřebná k vykonávání běžných denních aktivit.

Dalším vhodným typem zátěže pro seniory je cvičení rovnováhy a pevnosti držení, které působí, jako prevence proti pádům ke kterým v seniorském věku dochází a jejich následky bývají závažné (Štilec, 2004).

Mezi vhodné pohybové aktivity v tomto věku se řadí SM-systému, Nordic walking, jóga, cvičení spojení těla a mysli (body and mind), tai-chi, pilates a další. Nesmíme také zapomínat na důležitost kompenzačních cvičení.

Mezi krátkodobé intenzivní aktivity spadá také silová pohybová aktivita, avšak zde převažuje silová složka, hlavně zvedání břemen. Dochází při nich k velkému tlakovému

zatížení kardiovaskulárního aparátu. K energetickému krytí dochází, podobně jako u rychlostních pohybových aktivit, z lokálních zdrojů.

Doporučená pohybová aktivita závisí na cíli, kterého chceme dosáhnout. Rozdílné nastavení bude pro sportovce, osoby se sedavým zaměstnáním nebo pro jedince trpící nějakými civilizačními onemocněními. Ve své práci se budu zabývat především pohybovou aktivitou vhodnou pro seniory.

3.1.2 KINANTROPOLOGIE A KINEZIOLOGIE

Kinantropologie je věda zabývající se záměrnou lidskou pohybovou činností, jejími funkce, strukturou a vztahem k rozvoji člověka z hlediska bio-psycho-sociálního (Gajda, 2008). Výzkumná část kinantropologie se zaměřuje na pohybové činnosti z oblasti tělesných cvičení, školní tělesné výchovy, sportovních činností a dalších sfér. Metodologie zjišťuje zákonitosti vědecké a to jak kvantitativní tak kvalitativní. Ověřuje formy těchto zákonitostí, jejich pravděpodobnost a to za pomoci matematických metod.

Předmětem kineziologie je zkoumání biologického komponentu pohybu. Zabývá se studiem svalů a pohybů těla, jejím cílem je za pomoci svalů udržování rovnovážného zdravotního stavu (Dylevský, 2009).

Obě vědy nám slouží k podrobnému studiu lidského pohybu. Jejich pomocí můžeme optimalizovat pohybový projev daného jedince a zajistit tak harmonický rozvoj jeho funkcí. Jedná se jak o udržení fyzické zdatnosti, tak také o rozvoj jedince po bio-psycho-socio-spirituální stránce.

3.1.3 ŽIVOTNÍ STYL SENIORŮ

Podmínkami, ve kterých člověk žije, do značné míry ovlivňují jeho životní styl, průběh stárnutí i zdravotní a funkční stav seniora. Důležitou roli hrají také aktivity, kterým se člověk věnuje. Životní podmínky ovlivňují proces stárnutí přímo i nepřímo.

Jedním z hlavních faktorů, který často ovlivňuje život seniorů je obezita. Zvýšená mortalita a snížená kvalita života obézní populace zařazuje obezitu mezi závažné zdravotní

problémy v civilizované společnosti (Petřková, Čornaničová, 2004). Obezita je definována jako metabolické onemocnění, v jejímž důsledku dochází ke zmnožení tukové tkáně v organismu. Pro ovlivnění tohoto onemocnění je důležitý druh stravování, jeho četnost a poměr příjmů s výdeji. Při vyšším energetickém příjmu než je výdej, dochází k ukládání tělesného tuku. Pro muže jsou typické partie břicho, u žen boky, hýždě, stehna.

Mezi další faktory ovlivňující negativně životní styl, nejen u seniorů, je kouření. Kouření má dle Světové zdravotnické organizace za následek smrt 6 milionů lidí ročně (údaj WHO z roku 2013) a je nejdůležitější příčinou smrti, které se dá předejít.

Pohybová aktivita je základem zdravého životního stylu. K jejímu správnému nastavení vede zavedení pohybového režimu, který by měl být chápán jako časově uzavřený blok pohybových činností vedoucí k určitému cíli, kterým je postupné nastolení a začlenění do životního stylu. Může jím být chůze, která je brána jako nejpřirozenější pohyb, zatěžuje méně klouby oproti například běhu, který může být pro seniory obtížný, obzvláště při vyšší tělesné hmotnosti. Dalšími vhodnými aktivitami mohou být jízda na kole, plavání nebo fenomén posledních let, Nordic walking. Co se týče cílené a vedené pohybové aktivity, existují v různých sportovních zařízeních a sport centrech i cvičení pro seniory, různé fitness programy a další možnosti, jak zlepšit své zdraví a předcházet procesům stárnutí (Pyšná, 2005).

3.2 SENIOŘI

Pojem senior označuje osobu ve starším věku, obvykle od 65 let, která je již v důchodu nebo by v něm být mohla právě díky patřičnému věku.

V každém živém organismu postupně dochází k nezvratným změnám, které omezují a oslabují jeho funkce. Tento proces se obecně nazývá stárnutí (Pyšná, 2005). Stejně tak jako všechny ostatní etapy života má i stárnutí své specifické biologické znaky, jakými mohou být například změny funkční, strukturální a fyziologické.

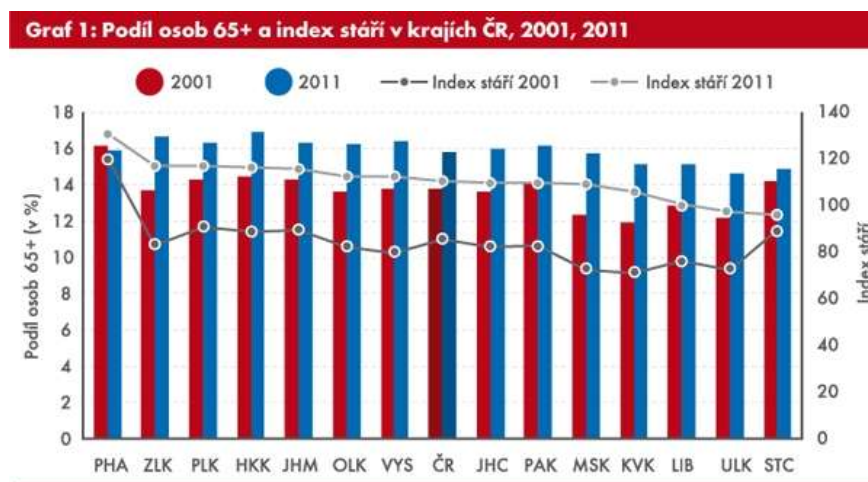
Nauka věnující se seniorům se nazývá gerontologie, ze spojení dvou slov řeckého původu, a to „geron“ = starý člověk a „logos“ = nauka. Právě tato věda poukazuje na jednotlivé změny a postupy během stárnutí až do závěrečné etapy stáří.

Stáří patří mezi etapy pozdní ontogeneze, je to přirozená část života, ve které dochází ke změnám jako morfologickým, tak funkčním. Stáří je ovlivněno několika faktory jakými jsou například životní styl, zdravotní stav, vlivy prostředí a další (Kalvach,2004).

3.2.1 SENIORSKÝ VĚK

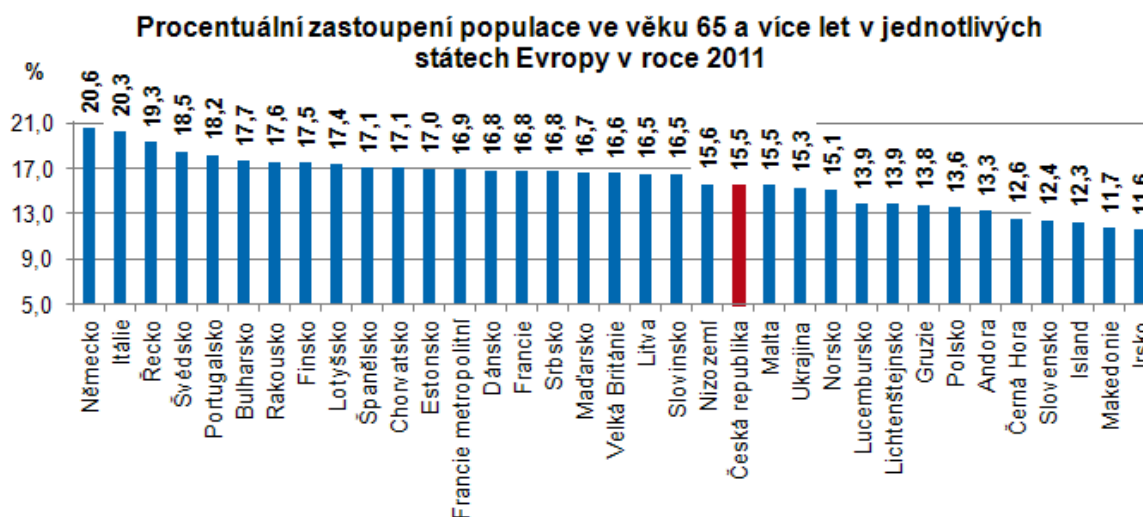
Věkově rozdělujeme stáří na takzvaného mladého seniora, od 60 do 74 let, někdy nazývané jako rané stáří, následuje věková etapa od 75 do 89 let, které se říká vlastní stáří, případně se osoby v tomto věku označují jako staří senioři. Životní cyklus uzavírá etapa seniorů ve věku 90 a více let, kterým říkáme velmi staří senioři. Období je taktéž označováno jako dlouhověkost.

Dle statistického úřadu (online dne 25. 3. 2015, <https://www.czso.cz/csu/czso/6b004993b0>) můžeme porovnat zastoupení seniorů v jednotlivých krajích v České Republice (graf č. 1).



Obrázek 1 - graf č. 1 (www.czso.cz)

Graf číslo dvě znázorňuje procentuální podíl osob starších 65 let v Evropě. V České Republice je to 15,5%, což je přibližně evropský průměr.



Obrázek 2 - graf č. 2 (www.czso.cz)

Statistické porovnání s Evropou je maximální možné měřítko, kde můžeme seniorské a jakékoliv věkové hranice srovnávat, jelikož věk dožití je závislý na spoustě faktorů. Jako jsou rozvojová úroveň země, klimatické podmínky, životní úroveň obyvatelstva, ekologické vlivy.

V seniorském věku dochází ke změnám biologickým, psychickým, ale také sociálním. Biologické se odráží především v pohybu, kardiovaskulárním systému, trávicím traktu či respiračním systému. Pokles je zaznamenán u svalové tkáně, ale také v srdeční činnosti. Zhoršuje se zrak, částečně také sluch (Kalvach, 2004).

Individuálně se pak projevují změny psychické. Nejčastějším projevem bývá zhoršení paměti, dále pak může také docházet k drobným změnám v povaze a osobnosti jedince. Důležitým milníkem změn psychického stavu bývá odchod do důchodu. Objevují se pocity deprese, nesmíření se se stárnutím.

Velmi náročné rozhodnutí přichází ve chvíli, kdy si senior uvědomí, že již není schopen žít bezpečně v domácím prostředí a rozhodne se strávit zbytek života v ústavním zařízení (Kopřivová, 2001).

Adaptace na nové prostředí, seznámení se s novými „sousedy“ ale také ztráta intimity jsou faktory, které velmi ovlivní kvalitu života.

Po sociální stránce se vyskytuje syndrom prázdného hnízda neboli dospívání dětí a jejich následný odchod z domácnosti (Petřková, Čorničová, 2004).

3.2.2 POHYBOVÝ APARÁT SENIORŮ

Pohybový aparát prochází během života postupnými změnami. V seniorském věku, v průběhu stárnutí se začínají projevovat například atrofie svalstva, postupné ubývání svalové hmoty nebo obtíže při cílených pohybech, jako je třeba navlékání nití (Dylevský, 1997). Dochází také k dalším fyziologickým změnám, jakou jsou změny v kardiovaskulárním systému, potíže s dýcháním, mění se stav kostry nebo se také zpomalují smyslové funkce, což vede ke zhoršení souhry motoriky a sensoriky. Pohybový aparát seniorů je vystaven většímu riziku zranění a onemocnění. K nejčastějším onemocněním pohybového aparátu patří artritida, osteoporóza nebo artróza. Mezi další častá onemocnění spadají například bolavá záda, či záněty šlach (Kalvach, 2004).

3.3 DEGENERATIVNÍ ZMĚNY

K onemocnění pohybového aparátu dochází často u více složek najednou, ať už jsou to kosti, které mohou být postiženy z důvodu vrozených či dědičných vad, nebo klouby jako nejčastěji postižená část pohybového aparátu, či také svaly díky infekčním zánětům nebo neurologickým onemocněním (Jančová, Kohlíková, 2007). Artróza je degenerativní proces, který postihuje nejčastěji kyčle a další velké klouby jako jsou kolena či ramena, a také páteř. U osob staršího věku jsou tato onemocnění velmi častá a mnohdy dochází k operacím, které jsou zapříčiněné špatným držením těla. Je proto vhodné předcházet tomu vhodnými cvičeními a správným stravováním. To totiž zamezuje vzniku obezity, která je s tímto problémem úzce spjata.

Mezi příznak spousty onemocnění řadíme bolest. Ta se vyskytuje všude po celém lidském těle, nejčastěji si však pacienti stěžují na bolesti v kloubech, šlachách a svalech, tedy části pohybového aparátu. Na první místo bolesti ale řadíme bolest zad.

Bolest může být chronická, tedy opakující se pravidelně, nebo akutní, což je označení náhlé a prudké bolesti. Chronická bolest pohybového aparátu bývá příznakem

nevratného degenerativního onemocnění. Její léčba je tak možná buďto operativně, tedy lékařským zákrokem nebo dochází k zmírnění příznaků bolesti. Velkou překážkou při léčbě chronických bolestí jsou také nežádoucí účinky léků způsobené dlouhodobým užíváním těchto léků.

Onemocnění pohybového aparátu je spojováno s vadným držením těla. To může vést až k degenerativnímu postižení páteře, způsobeného skoliózou, ale to je problém týkající se spíše osob mladšího věku, především dětí (Máček, Radvanský, 2011).

3.4 KVALITA ŽIVOTA (QOL – QUALITY OF LIFE)

V posledních letech je pojem kvalita života velmi propírán a rozebírán. Existuje i mnoho studií zaměřených na toto téma ať je to z oblasti psychologie, sociologie, ekologie nebo například medicíny. Pojem kvalita života se dá vysvětlit jako jistá úroveň tělesné, duševní a sociální spokojenosti člověka, ať při dosahování životních cílů nebo jen v běžném životě. V současnosti nejaktuálnější vysvětlení tohoto pojmu je bráno jako chápání čtyř základních hodnotitelných oblastí života a to tedy kontextem a zázemím, faktory prostředí, osobnostní charakteristikou a zpracováním informací. Je založeno na modelu QOL autorů E. Olearyho a M. A. Garcii-Martina. Podle těchto autorů má v současné společnosti největší význam oblast zpracování informací, jenž velmi ovlivňuje prožívání kvality života v konečné podobě.

Pojem kvalita života je velmi široký a složitý. Zahrnuje spoustu faktorů jako je pochopení lidské existence, smysl života, hledání sebe pochopení či dokonce faktory samotného bytí. Zabývá se dále také zkoumáním materiálních, psychologických, sociálních i duchovních podmínek zdravého a šťastného života (Vaďurová, Mühlpachr, 2005). Právě dosažená ekonomická a sociální úroveň je pro studium QOL velmi nepostradatelná a to proto, že je kvalita života stále více spojována s problematikou preferovaných hodnot a hodnotových orientací.

Další možná definice nebo chápání tohoto pojmu je, že jde o reflexi objektivních environmentálních podmínek a sebereflexi v kontextu kulturních, hodnotových, geografických a sociálních systémů a ve vztahu k individuálním motivacím, schopnostem, cílům a očekáváním (Payne, 2005).

Je dost možné, že se tento pojem nikdy neseťká s jednotnou a universálně platnou definicí, jelikož se neustále obsah tohoto pojmu proměňuje.

GLOBÁLNÍ PROBLÉMY A KVALITA ŽIVOTA

Problémy, které řadíme mezi globální, tedy ovlivňující celou civilizaci, zahrnují problematiku politickou, ideologickou, právní, morální, ekologickou, ale také vojenskou či ekonomickou. Ve značné míře tyto problémy ovlivňují i samotné vnímání kvality života (Janíček, 2002). Jako je tomu například u intersociálních problémů typu mezinárodní zadluženosti, války, hrozby biologických katastrof, nebo problémů přírodně-sociálního charakteru jako například omezenost neobnovitelných zdrojů či ekologický problém globálního oteplování. Zapomínat také nesmíme na problémy antropo-sociální, což jsou problémy týkající se budoucnosti člověka jako je šíření epidemií, problémy drogových závislostí či různé typy onemocnění jako jsou malárie, tyfus, cholera a další. Dalším typem globálních problémů jsou znečišťování vody a vzduchu, odlesňování či toxické odpady – environmentální problémy.

Zpráva světové komise, popisující globální problémy, uvedla fakta, která se dotýkají kvality života lidí na celé planetě a to, že tři miliardy lidí žijí s nižším denním příjmem, než jsou dva dolary, dostatečný přístup k čisté vodě nemá 1,3 miliardy lidí, úmrtí dětí mladších pěti let dosahuje více než 11 miliónů a to většinou v důsledku jinak preventivně léčitelných příčin. Mezi další zajímavá čísla lze zařadit, že každé šesté dítě pracuje, přitom třetina pracovní síly je bez práce.

Existuje několik významných oblastí ovlivňujících kvalitu života. Jsou to oblasti sociální soudržnosti a sociálního státu, trhu práce a zaměstnanosti, vzdělávání, struktura populace, bydlení, rodina, péče o zdraví, vnější a vnitřní bezpečnost a životní prostředí (Potůček, 2002).

3.4.1 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA

Kvalitu života nejčastěji zjišťujeme pomocí dotazníků či strukturovaných životopisů. Mezinárodní pracovní skupina WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) v 90. letech minulého století sestavila dotazníky na měření kvality života. Vznik

této skupiny má na starosti světová zdravotnická organizace, jak již vyplývá z názvu. Skupinu tvoří zástupci z 15 zdravotních center z celého světa. Samotný dotazník se nazývá WHOQOL-100 a osahuje 100 položek rozdělených do 6 oblastí a to, fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Byla také vytvořena zkrácená verze tohoto dotazníku nesoucí název WHOQOL-BREF (Abbreviated version of the World Health Organization Quality of Life Assessment) a to z důvodu potřeb klinické praxe. Tato verze obsahuje 26 položek a vychází ze čtyř vybraných domén, fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). V současnosti je dotazník přeložen do padesáti jazyků. Do češtiny jsou přeloženy obě verze. V České Republice se měřením kvality života zabývá Psychiatrické centrum, které sídlí v Praze.

V letech 2001-2004 probíhal mezinárodní projekt zvaný „Měření kvality života u seniorů a jejich vztah k zdravému stárnutí“ a při té příležitosti byl vyvinut mezinárodně srovnatelný dotazník, právě pro starší populaci, hodnotící jejich kvalitu života. Byl nazván WHOQOL-OLD. Do projektu byla zapojena i skupina z Psychiatrického centra v Praze. Pro osoby staršího věku jsou důležité jiné faktory ovlivňující kvalitu života a tak dotazník obsahuje 6 domén: fungování smyslů, nezávislost, naplnění (myšleno dosažení cílů v minulosti, přínosu v současnosti a budoucnosti), sociální zapojení, postoj k smrti a umírání a intimita. Dotazník nelze používat samostatně, ale je brát jako doplněk k verzím WHOQOL-100 nebo WHOQOL-BREF (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Při hodnocení kvality života je věk jedním z hlavních faktorů. Zhoršující se kvalita života je dle mnohých autorů související úměrně s věkem a se zdravím. Ke zvýšení kvality života ve stáří je nezbytné vést aktivní život. Dání příležitosti k vedení aktivního života je v průběhu celého života velmi podstatné. Přechody mezi různými fázemi života jsou pak mnohem snazší, flexibilnější.

3.5 FUNKČNÍ PORUCHY POHYBOVÉHO APARÁTU

Funkcí pohybové aparátu je udržování těla v prostoru a to vzhledem ke gravitaci, k umožnění pohybu těla či k řadě dalších funkcí jako jsou plnění funkcí sdělovacích, metabolických, oporných a jiných.

Hybný systém je komplexní funkční celek, a proto bereme jednotlivé systémy pohybového aparátu jako neoddělitelné. Tvoří takzvanou neuromotorickou jednotku. Pomocí přenosu informací z centrálního nervového systému ke svalovému orgánu dojde k řízení pohybu. Základem je tedy obousměrný přenos informací mezi CNS a řízenými funkčními jednotkami. Prostřednictvím receptorů je mozek, poté co vyšle signál, okamžitě informován o způsobu provedení pohybu. Mezi hlavní smyslové receptory důležité pro řízení posturální funkce jsou takzvané proprioreceptory. Ty informují mozek o poloze a pohybu těla a jeho změnách.

3.5.1 SYSTÉMY POHYBOVÉHO APARÁTU

Základní systémem pohybového aparátu je systém podpůrný. Dochází u něj k měnění postavení jednotlivých segmentů pomocí působení výkonného systému. Mezi segmenty řadíme skelet, klouby a vazy.

Výkonný systém zajišťuje transformaci energie chemické ve svaly a mění ji na energii mechanickou. Mechanická energie uvádí jednotlivé segmenty do pohybu nebo je udržuje v neměnné poloze. Společně s pohybovým systémem patří mezi základní složky hybnosti (Máček, Radvanský, 2011).

Mezi další systémy pracující v neoddělitelné součinnosti se dvěma výše zmíněnými patří například systém řídicí, který pomocí nervového systému zajišťuje tvorbu a řízení pohybových programů. Dalším systémem, o kterém je nutno se zmínit je systém zásobovací. Ten zajišťuje přesuny potřebných látek, zásobování chemickými látkami a také udržuje konstantní podmínky pro práci vnitřního prostředí (Dylevský, Kučera, 1997).

3.5.2 SVALOVÝ SYSTÉM

Základem pohybového aparátu jsou svaly, které se skládají ze svalových vláken a jejich hlavní vlastností je kontraktilita. Jejím opakem je pak v klidové části svalu takzvaný tonus. Jednotlivé svaly pracují buď ve vzájemné spolupráci, ty potom nazýváme jako synergisty. Nebo takzvané svaly antagonistické pracující opačným směrem.

Při různých svalových úkonech dochází k různým typům aktivace svalu, jimiž jsou:

- Aktivace izotonická, jejíž charakteristikou je změna délky svalu za stejného napětí.
- Izometrická aktivace, kde je různé napětí svalu při stejné délce.
- Izokinetická aktivace. Ta se vyznačuje situací, při níž se délka svalu během pohybu, mění při rovnoměrné zátěži během celého pohybu (Dylevský, Kučera, 1997).

3.5.3 FUNKČNÍ PORUCHY

Jako funkční poruchy označujeme určité části pohybového aparátu nepracující správně, ať už jsou to klouby, svaly, nervy či orgány. Při těchto poruchách zůstává struktura tkáně neporušená, jedná se o poruchu řídicí funkce, kdy je možné ji vhodnými metodami odstranit. Nemusí tak dojít k operaci či jinému lékařskému zásahu.

Nejčastěji se poruchy vyskytují ve třech systémových úrovních, které jsou mezi sebou propojené. Jsou jimi svalová nerovnováha, poruchy pohybových stereotypů a omezení kloubní pohyblivosti či hypermobilita. Dochází zde ke vzájemnému řetězení poruch, kdy jedna funkční porucha může vyvolat druhou, kdekoli na těle. Často se také stává, že pokud nezačneme odstraňovat funkční poruchu včas, dojde po určitém čase k trvalému (morfologickému) porušení struktury (Dylevský, Kučera, 1997).

Pohybovým režimem ovlivňujeme do jisté míry funkci svalů. Pokud tedy zatěžíme tělo jednostranně (hypokineticky), vyvinou se funkční změny svalového systému. To stejné platí při přetěžování se při pohybu, nedostatku pohybu, chybném kloubním postavení, vadném držení těla, svalové nerovnováze či negativních pohybových stereotypech. Nesmíme také zapomínat na vliv psychiky, jelikož i nadměrný stres či jiné psychické napětí má svůj podíl na těchto poruchách (Máček, Radvanský, 2011).

3.6 POHYBOVÝ STEREOTYP

Ke vzniku pohybových stereotypů, nebo také pohybových vzorců, dochází při stále se opakujících pohybech nebo pohybových dějích. V naší paměti jsou uchována pevná spojení, která vznikají mezi neurony, jde o jakýsi operační program v našem mozku. Pomocí cvičení dochází k posílení daných pohybových stereotypů. K posílení je zapotřebí opakování daného pohybu, v rámci motorického učení. Důležité je začínat pohyb ve správné výchozí poloze a vědomě kontrolovat i samotný průběh pohybu. Mezi pohybové stereotypy řadíme například chůzi, pohyby denních činností nebo pracovní pohyby.

3.6.1 PORUCHA POHYBOVÉHO STEREOTYPU

Při častém a opakovaném zapojování nadbytečných svalů při určitém pohybu dochází v centrální nervové soustavě k vytvoření vadného pohybového programu, který nazýváme poruchou hybného nebo pohybového stereotypu. Takový pohyb bývá často neekonomický a zatěžuje nadbytečně určité části těla, přitom nemusí docházet ke ztrátě plynulosti pohybu nebo narušení jeho přesnosti. O hrubou poruchu hybného stereotypu se jedná například, pokud při psaní zvedáme rameno. Dochází k přetěžování šijových svalů, což následně vede, po pár minutách psaní, k zatuhnutí svalstva.

3.6.2 HYBNÉ STEREOTYPY

Při vyšetřování hybných stereotypů je důležité, aby pacient nebo vyšetřovaná osoba, prováděl pohyb pomalu, tak jako v běžném životě. Vyšetřující se nijak nezapojuje, nesáhá na vyšetřovaného, protože by mohlo dojít k ovlivnění pohybu. Pouze se sleduje, které svaly se zapojují a v jakém pořadí, zdali je provedení fyziologicky správné. U každého pohybu se vychází ze základní polohy určené pro daný pohyb. Dle Jandy je důležité, při vyšetření hybných stereotypů, zjistit kvalitu a stupeň zapojování jednotlivých svalů do pohybu.

Známe víc základních testů na měření hybných stereotypů. Jsou jimi například test extenze v kyčelním kloubu, abdukce v kyčelním kloubu, flexe trupu, flexe šíje, abdukce v ramením kloubu a test kliku.

3.6.3 SVALOVÉ DYSBALANCE

Pokud jsou ve vzájemné nerovnováze svaly, které působí proti sobě, takzvaní antagonisté, jedná se o svalovou dysbalanci, poruchu hybného systému. K tomuto stavu dochází, pokud je jeden ze svalů ochablý nebo zkrácený, což zapříčiňuje nerovnoměrné (taktéž jednostranné) zatěžování svalových skupin. Svaly mohou být buďto nadměrně silné (hyperaktivní, zvýšený tonus = hypertonus) a zkrácené nebo naopak nadměrně ochablé (hypoaktivní, snížený tonus = hypotonus) a utlumené.

Další částí svalových dysbalancí je také nerovnoměrné zatěžování kloubů a jejich částí. Objevují se zde poruchy funkcí, které mohou postupně vést až k degenerativním změnám s rozrušením kloubů.

Příčin vedoucí ke vzniku svalových dysbalancí je několik, běžně se však rozdělují do čtyř skupin: Hypokinéza a nedostatečné zatěžování, přetížení (nebo chronické přetěžování) nad hranicí kvality svalu, asymetrické zatěžování (bez dostatečné kompenzace) a psychické faktory jako například negativní emoce či napětí a nesoustředěnost.

Pokud je svalová dysbalance nekompenzována a nedochází k jejímu odstraňování, začne se promítat do dalších částí lidského těla, především páteře a vnitřních orgánů. Začne docházet k blokádam, což je postupné omezování hybností některých úseků páteře, což zapříčiňuje zvyšování hybnosti jiných úseků a může tak dojít až k hypermobilitě.

3.6.4 POSTURÁLNÍ SVALY

Posturální svaly mají častěji tendenci se zkracovat, obsahují převážně červená pomalá svalová vlákna, která jsou vytrvalostního charakteru. Je třeba je důkladně protahovat, mají tendenci k hyperaktivitě. Tento typ svalů se rychle zapojí do pohybu, déle vydrží a pomaleji se unavují. Mají také dobré regenerační schopnosti a jsou odolnější (proti infekcím a škodlivinám).

Jejich hlavní funkcí je udržet těžiště těla ve stabilní poloze (vůči gravitaci) a zajištění a kontrola postury.

Patří sem například kývač hlavy, kloněné svaly, horní část trapézového svalu, vzpřimovač páteře, spodní vlákna širokého zádového svalu, dvojhlavý sval pažní, čtyřhlavý sval stehenní, sval bedrokyčlostehenní, hruškový sval, dále také hamstringy neboli sval poloblantý, pološlašitý a dvojhlavý stehenní, svaly lýtkové (dvojhlavý a šikmý), anebo přímý sval stehenní.

3.6.5 FÁZICKÉ SVALY

Svaly fázické mají tendenci k hypotonii, častěji k ochabnutí, je proto důležité je posilovat. Jsou tvořeny převážně bílými, tedy rychlými, svalovými vlákny, které se rychleji unavují a pomaleji tedy regenerují. Typická je také tendence k nadměrnému zvětšování klidové délky, menší odolnost proti infekci a škodlivinám a je také zapotřebí většího podnětu k jejich podráždění, zapojují se pomaleji do pohybu.

Jejich hlavní funkcí je zajištění lokomoce, tedy schopnosti pohybu v prostoru.

Mezi fázické svaly řadíme například rotátory páteře, flexory krku, rombické svaly, střední a spodní vlákna trapézového svalu, přední pilovitý sval, zadní část svalu deltového, vnější rotátory paže, trojhlavý sval pažní, horní vlákna velkého prsního svalu a svaly břišní a hýžd'ové.

3.6.6 SVALOVÉ SYNDROMY

Mezi svalové syndromy řadíme horní zkřížený syndrom, dolní zkřížený syndrom a vrstvý svalový syndrom.

Dolní zkřížený syndrom označuje narušení pohybu trupu při sedání z lehu a při narovnání z předklonu. Hlavní částí, kterou ovlivňuje dolní zkřížený syndrom je pánev, která je jakýmsi mezičlánkem mezi páteří a dolními končetinami. Pánev zajišťuje pevnou a stabilní, ale i mírně pružící základnu pro páteř. Začíná a upíná se zde mnoho svalů. Důslednou stabilizací pánve při pohybu zamezíme zbytečné aktivaci posturálních svalů, které jinak nabývají na převaze a mají tendenci se zkracovat. Jsou to čtyřhranný sval bederní a vzpřimovače trupu v oblasti beder. Dolní zkřížený syndrom má za následek zvětšený sklon pánve a bederní hyperlordózu. Zapřičiňují to ochablé svaly břišní a hýžd'ové a zkrácené svaly bedrokyčlostehenní, přímý sval stehenní, vzpřimovač trupu, čtyřhranný sval bederní a napínač povázky stehenní.

Horní zkřížený syndrom vzniká nevyváženým pohybovým režimem. Práce u počítače a jízda v autě jsou asi nejčastějšími běžnými pohybovými režimy, které mají za následek tento syndrom. Dochází při nich k přetížení svalových skupin, které jsou mezi krční páteří a lopatkami. Tyto svaly navíc ovlivňuje psychický stav, a proto se aktivují při stresu nebo pocitu chladu. Typickým projevem horního zkříženého syndromu jsou kulatá záda, ramena stočená vpřed, vystrčená brada vpřed se záklonem hlavy (v krční páteři).

K ochablým svalům patří svaly rombické, vodorovná a spodní vlákna svalu trapézového, vodorovná a široká vlákna širokého svalu zádového, přední sval pilovitý, dlouhý sval krku a šíje a hluboké svaly šíje. Mezi zkrácené svaly řadíme horní vlákna trapézového svalu, zdvihač lopatky, dolní vlákna velkého svalu prsního a vzpřimovače krku.

Celková svalová nerovnováha je charakteristická pro vrstvý svalový syndrom. Při pohledu na pacienta trpícího tímto syndromem je typické a značně viditelné střídání vrstev zkrácených a oslabených svalů. Hypertrofické ischokrúální svaly, mezi které patří ohybače kolen, ochablé hýžd'ové svaly a málo vyvinuté bederní vzpřimovače trupu, jsou dobře pozorovatelné části lidského těla u osob trpící tímto syndromem, pozorujeme-li tělo z profilu od spodu na zadní části. Dále můžeme pozorovat hypertrofické hrudní vzpřimovače, ochablé mezilopátkové svaly a hypertrofické tuhé horní fixátory pletence ramenního. Zkrácené flexory kyčle, zkrácené svaly prsní, ochablé flexory krku a hlavy a špatnou funkčnost břišního svalstva můžeme vidět při pohledu zepředu. Následkem vrstvého svalového syndromu je nesprávné držení těla. Projevem jsou nestabilní kříž, přetížení v oblasti bedrokřížové a statika hybného systému.

3.7 KOMPENZAČNÍ CVIČENÍ

Kompenzační cvičení nebo také cvičení vyrovnávací se týkají převážně lidského druhu. Člověk jakožto jednotka bio-psycho-socio-spirituální, je tvor vzpřímený a má svoji určitou náplň života. Pro někoho je to sedavé zaměstnání, jiní zase žijí zdravým životním stylem a některý nedělají například nic. Tato práce se zaměřuje na osoby staršího věku, seniory. Pro ty jsou kompenzační cvičení nesmírně důležitá, protože za dobu svého života jsou ovlivněni mnoha faktory, ať už jsou to degenerativní změny způsobené klidným životem ve stáří nebo různé jiné zdravotní problémy (Bursová, 2003). Člověk se narodí

(pokud je vše v pořádku) zdravý, s nezkaženým životním stylem. Svě tělo i zdraví si každý „kazí“ v průběhu života sám. Může se stát, že v určitém momentu začne daná osoba trpět bolestmi zad, hlavy nebo krku či nohou a to vše je odpovědí na postupné chátrání pohybového aparátu. Vytvoření si svalových dysbalancí či špatného držení těla jsou záporné reakce těla na podněty z vnějšího okolí. Kvůli těmto problémům (degenerativním změnám) v postuře lidského těla vznikly cviky, které nám pomáhají korigovat tyto patologické jevy v konstituci lidského těla. Tato kompenzační cvičení by měli sloužit jako prevence vzniku nerovnovážných stavů a mělo by se jim díky těmto cvikům cíleně předcházet.

Vyrovňovací cvičení mají pozitivní vliv na pohybový aparát lidí. Jejich pomocí je možné působit na jednotlivé elementy pohybového systému a tak zlepšovat jejich fyziologickou funkci jakou je například rozsah kloubních pouzder, pohyblivost, koordinace, síla či napětí. Tato kompenzační cvičení mají za úkol opravovat a odstraňovat špatné držení těla, svalové dysbalance nebo zkrácení a nesprávně prováděné pohyby. Ideálním případem je pomocí cvičení těmto problémům úplně předcházet.

Kvalitně vedený tréninkový proces je optimální prevencí proti vzniku těchto bolestivých syndromů (Bursová, 2003).

Dýchání je velmi důležitý prvek v kompenzačních cvičeních. Cviky se správně provádí pomalu, s řízeným dýcháním. K co největšímu efektu pomáhá posloupnost cvičení. Začít by se mělo zahřátím a následným uvolněním kloubů. Optimální pro uvolnění jsou krouživé pohyby, kterými snížíme lokální svalové napětí. Následuje cílené protahování svalů tonických, což je důležité pro funkčnost samotného svalu, ale také pro celé tělo, jelikož zkrácené svaly limitují tělo v samotném pohybu. Snížený kloubní rozsah a rozsah zkráceného svalstva zapříčiní nefyziologický pohyb celého těla. Dále se při správné posloupnosti cvičení postupuje k posílení svalů fyzických, které jsou důležité pro správné držení těla. Na závěr při správném postupu dochází k uvolňování a relaxaci. Správné provedení cviků je velice důležitou součástí kvalitního kompenzačního cvičení.

3.7.1 UVOLŇOVACÍ CVIČENÍ

K těmto cvičením dochází na začátku, při rozcvičení. Během těchto cvičení dochází k uvolnění ztuhlých kloubů a přípravě na následnou zátěž. Patří sem krouživé pohyby (do všech stran), komíhání končetin. To vše se snažíme provádět s minimálním úsilím, velice

ladně a přirozeně. Pro tato cvičení je důležité provádět je pomalu a s kvalitním dýcháním. Krajiní polohy pohybů by nám měly být příjemné. Uvolňovacími cvičeními velmi lehce také protahujeme zkrácené svalstvo.

3.7.2 PROTAHOVACÍ CVIČENÍ

Pomocí těchto cvičení dochází k protažení zkrácených svalů a obnově jejich fyziologické délky a pružnosti. Po kvalitním zahřátí a uvolnění můžeme začít provádět protahovací cvičení. Cvičí se vsedě nebo vleže, tedy v nízkých polohách a je potřeba se soustředit na uvědomělé, pomalé a koordinované provedení, které umocníme kvalitním dýcháním, aby došlo k okysličení a uvolnění svalů. Protahovací cvičení slouží jako prevence před zraněními, jako například natažení, natržení či přetržení, pomáhají odstraňovat zkracování svalů a ztrátu jejich pružnosti.

3.7.3 POSILOVACÍ CVIČENÍ

Cílem posilovacích cvičení je, jak už z názvu vyplývá, cílené posílení svalů s tendencí ochabovat. Dále se také zvyšuje jejich fyziologická zdatnost a pro správné provedení je důležité dýchání a uvědomělé vedení samotných pohybů. Pro kontrakci konkrétního svalu volíme ze začátku raději cviky jednoduché, abychom předešli kontraproduktivnímu zapojení synergistických svalů.

3.8 CVIČENÍ SM SYSTÉM

SM systém neboli „funkční stabilizace a mobilizace páteře“ je soubor cviků, které aktivují funkční svalové řetězce. Hlavní funkcí těchto cvičení je stahování obvodu těla a vytvoření svalového korzetu. Při správném cvičení dochází k protažení těla vzhůru, čímž se napřimuje páteř a zvyšují se meziobratlové ploténky.

Během vývoje člověka u něj došlo k vytvoření svalového korzetu. Ten jej stabilizoval při provádění běžných denních činností. Mezi hlavní pohybové aktivity patřili chůze, běh a práce pažemi ve vzpřímeném postoji. Avšak v posledních letech dochází k porušení vzpřímeného postojení kvůli převaze sedavého způsobu života. Člověku chybí

dostatek přirozeného pohybu a naopak přibývá klidového statického zatížení (Smíšek, 2005).

Pro cvičení prospívající páteři je pozice těla velmi důležitá, dále také charakter cviku, použitá síla, rychlost provedení či délka a intenzita cvičení (Smíšek, 2005). Dle Smíška se také cvičení SM-systému velmi osvědčilo při rehabilitaci, jako součást plánu u léčby onemocnění páteře. Především u meziobratlových plotének. Jednoduchost cvičení a možnost cvičit denně v domácím prostředí je velkou výhodou.

Jedinci s celkově oslabenými svaly mají často problémy s páteří. Dalšími projevy spojenými s tímto problémem jsou nestabilita a zvýšená pohyblivost, hypermobilita. Stabilizace páteře, což má na starosti svalový aparát, zde selhává. Zkrácení svalu v kombinaci s ochabnutím druhých vede k omezení pohyblivosti v jedné části a k nedostatečné stabilizaci v jiné části lidského těla.

Pojem SM-systém vyjadřuje nutnost provádět pohyb a přitom zároveň stabilizovat celé tělo. Pokud například chceme uchopit něco před námi, musíme zároveň stabilizovat vytaženou paži, vpřed pro předmět, pomocí stabilizačních svalů na druhé straně trupu. Jejich vlákna mají vertikální uspořádání, tedy směřují seshora dolů. Po uchopení předmětu a zahájení jeho přemístování musíme stabilizovat síly rotační. K tomu nám slouží svaly obkružující naše tělo, které jsou uspořádány do spirálních svalových řetězců. Při tomto pohybu dochází a začátku k akceleraci a k brzdění na konci, což učiňuje stabilizaci mnohem náročnější, nežli je tomu při plynulých pohybech.

Další silou, na kterou nesmíme zapomínat je gravitace, která působí na každý svalový aparát. Nejvhodnější a zároveň nejsnazší je pro tělo uspořádání tělesné hmoty rovnoměrně kolem osy kolmé na zemský povrch.

Síly klidového svalového napětí jsou důležitou složkou, se kterou musí pohybový aparát neustále pracovat. Toto napětí vzniká po delší práci těchto svalů ve vynucené poloze. Svaly přestávají plnit svoji pohybovou funkci a adaptují se na například nehnuté držení hlavy při práci. Může tak dojít, pokud je toto držení převážnou funkcí svalů, k trvalému napětí a to i v době, kdy svaly nic nedrží, například v lehu. U těchto svalů pak nedochází vleže k uvolnění a zhoršuje se tak jejich regenerace a celkové prokrvení. To postupně vede k problémům s klouby a páteří, dochází k neustálému tlaku na klouby a páteř a to i v době odpočinku.

Zkrácený sval, jenž tlumí činnost svalu na opačné straně kloubu, je dalším problémem. Brání totiž v jeho posílení, a tím prohlubuje svalovou nerovnováhu ve funkční jednotce kloubu. Můžu dokonce dojít ke změnám v koncepci řízení a provedení pohybu v těle. Postupně se tak zapracovává periferní chyba do řídicích programů pro pohyb v mozku, a tím se fixuje. Poté je tedy nutno pracovat i na opravě řídicího programu pro pohyb a jeho stabilizaci.



Obrázek 3 - Logo SM-systém (Smíšek, 2005, 5s.)

Spojení písmen na obrázku vyjadřuje neoddělitelné spojení nutnosti Stabilizace pohybu neboli Mobility v průběhu jeho provádění.

Svalové řetězce jsou přechodná seskupení anatomických jednotek, která vznikají za účelem provedení pohybu, stabilizace těla v průběhu pohybu a stabilizace proti zevním silám. Jsou to nepevné, neměnné anatomické útvary. Pro cvičení SM-systému je důležitá jejich struktura a funkce. U struktury jsou to jejich jednotlivé články a to svaly, kosti, vazy, obratle a ploténky. U funkce se jedná o to, jak se chovají svalové řetězce při pohybu.

Jednotlivé svaly mohou být článkem různých svalových řetězců. Často několik svalových řetězců zároveň provádí a stabilizují určitý pohyb. Cvičení SM-systému využívá

malé síly a vždy respektuje nejslabší článek v řetězení a ten cvičí, protože pokud je jeden článek z řetězu nefunkční, tak je přerušena funkce celého řetězce.

Cílem cvičení SM-systému je regenerace páteře, obzvláště v meziobratlových ploténkách. K dosažení regenerace je zapotřebí zvýšit ploténky aktivitou svalů, které stahují povrch těla. Aby k tomuto ději došlo, je potřeba dosáhnout určitých podmínek jako je například dostatečná síla potřebných svalů, umění svalů se uspořádat do svalových řetězců pomocí řízení centrálního nervového systému. Dalšími podmínkami jsou rychlá aktivace daného svalstva, pravidelné a dlouhodobé cvičení a regenerace pouze při určitém držení těla a v dané pozici.

Tato cvičení jsou pro starší osoby velice přínosná.

3.9 DOPLŇKOVÁ CVIČENÍ – NORDIC WALKING

Mezi vhodná cvičení prospěšná pro celkové zlepšení fyzické kondice a zvýšení vnímání kvality života patří rozhodně Nordic walking. Je to nejvhodnější prostředek pro provádění pravidelné pohybové činnosti prospěšné pro organismus ve venkovním prostředí. Bylo dokázáno, že severská chůze, jak se jinak Nordic walkingu také říká, zvyšuje životní vitalitu, posiluje zdraví a má blahodárné účinky na lidskou psychiku (Škopek, 2010). Pozitivní účinky severské chůze jsou podloženy mnohými vědeckými studii. Při správném provádění dochází k zapojení až 90% svalů, při stejné rychlosti chůze se při chůzi s holemi zvyšuje spotřeba energie až o 46%, zlepšuje se krevní oběh a zvyšuje se srdeční tepová frekvence, dochází k intenzivnějšímu spalování kalorií, následnému odbourávání nežádoucích tuků, a celkové vyšší psychické pohodě. Díky speciálním holím, které jsou k severské chůzi zapotřebí, dochází k snižování nežádoucí zátěže kloubů v dolních končetinách, především kolen, což je vhodné pro osoby trpící nadváhou. Nordic walking je také vhodný jako post rehabilitační prvek pro pacienty po zranění dolních končetin.

Nordic walking si získal velkou oblibu díky své finanční nenáročnosti, k jeho provozování stačí pouze speciální hole pro tento sport. Je také poměrně bezpečný a podporuje sociální komunikaci, je proto vhodný pro každého. Pro mladé osoby, trénované jedince, ale také pro osoby s tělesnými omezeními, trpícími nadváhou nebo jinak nemocné, či osoby staršího věku. Odborně vedené aerobní cvičení, mezi něž se severská chůze řadí, je dle doktorů vhodná aktivita jako prevence proti úmrtí způsobeného kardiovaskulárním onemocněním, snižuje zátěžovou toleranci u nemocných osob, ale i zvyšuje duševní a sociální pohodu. Pozitivně působí také při psychosomatických problémech, u pacientů s revmatismem, zlepšuje metabolismus tuků a funguje jako obrana proti každodennímu stresu (Škopek, 2010).

Severská chůze zatěžuje rovnoměrně celé tělo, a tak je to velmi vhodný způsob při chronických bolestech pohybového aparátu. Zlepšuje prokrvování svalů, díky čemuž nedochází k přetěžování svalů a snižuje se tak bolest. Chůze s holemi také pomáhá k posílení hluboko uložených svalů, což zabraňuje nadbytečnému opotřebování kloubů a lépe přenáší sílu. Jako ochrana před zlomeninami a osteoporózou je severská chůze také vhodný nástroj, protože díky mechanickému zatěžování kostí přispívá k jejich vyšší pevnosti a hustotě.

4 PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 REALIZACE POHYBOVÉ INTERVENCE

4.1.1 KONCEPCE VÝZKUMU

Výzkum byl koncipován jako longitudinální. Zahrnoval sledování skupiny lidí po předem stanovené období. Data z dotazníků byla shromážděna na začátku studie a poté v jejím samotném závěru. Sledovali jsme změny v kvalitě života, okrajově také změny zdravotního stavu sledovaných osob. Změny byly sledovány v rámci jedné experimentální skupiny. Jednalo se o kvantitativní experiment.

Změny, které byly naměřeny pomocí dotazníků, byly dávány do souvislosti s experimentálním zásahem, kterým byla cílená pohybová intervence. Sledován byl vliv a přínos intervence na kvalitu života sledovaných osob, v tomto případě seniorů.

4.1.2 POSTUP VÝZKUMU

Probandi absolvující dlouhodobou pohybovou intervencí navštěvovali cvičení 1x až 2x týdně a to po dobu 45 – 60minut, dle zvoleného typu cvičení. Vycházky Nordic walking byly doplňujícím druhem cvičení, který byl probandům doporučen pro komplexní pohybovou intervencí, a trval vždy 120 minut.

4.1.3 DLOUHODOBÁ POHYBOVÁ INTERVENCE

Pro tuto pohybovou intervencí bylo vybráno 24 seniorských klientů sport centra Carpe Diem v Karlových Varech, kteří zde docházeli na pravidelná cvičení. Program obsahoval pohybovou aktivitu Nordic walking, cvičení SM-systému a také speciální program pro seniory. Testované osoby byly v listopadu 2014 osloveny k vyplnění dotazníku kvality života, jenž posloužil pro tuto práci jako vstupní hodnocení kvality života seniorů. Probandi poté docházeli po dobu přibližně 4 měsíců na pravidelná cvičení, především tedy cvičení SM-systému, doplněné o další zmiňované programy. Na konci března 2015 byl stejným lidem rozdán tentýž dotazník. Tento druhý dotazník posloužil jako výstupní hodnocení pohybové intervence.

4.1.4 DOTAZNÍKY Q-LES-Q

Základními požadavky pro zařazení probanda do experimentální skupiny bylo vyplnění dotazníku kvality života (Q-LES-Q), odpovídající seniorský věk a následná pravidelná účast na vybraných cvičebních programech.

Do výzkumu nebyli zařazeni ti probandi, kteří nesplňovali všechny dané podmínky. Experiment byl přístupný pro muže i ženy.

Dotazník kvality života Q-LES-Q (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire) čítá 8 různých domén: fyzické zdraví a aktivity, pocity, práce, péče o domácnost, školní/studijní aktivity, využití volného času, sociální vztahy a obecné aktivity/činnosti. Na otázky se odpovídá pomocí Likertovy škály, přičemž jednička je: vůbec ne/nikdy a pětka: velmi často nebo stále. Respondenti označí číslo odpovídající jejich pocitu.

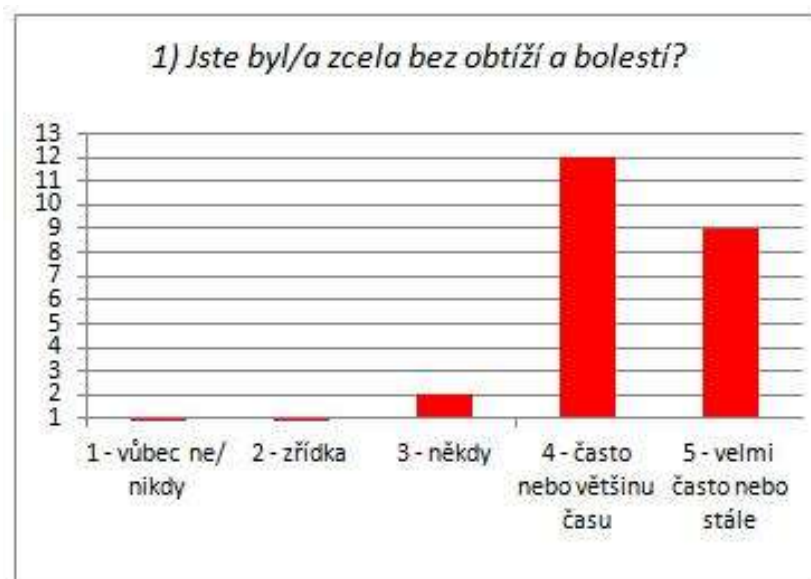
Pro tuto práci byly stěžejní především části 1 (fyzické zdraví a aktivity) a 6 (využití volného času). První doména se zaměřuje na fyzické zdraví a aktivity během minulého týdne. Jak se testované osoby cítily, během týdne před začátkem pohybové intervence, je důležité. Popisují nám aktuální stav psychického rozpoložení a pocity během pohybových aktivit. Následně bylo provedeno grafické srovnání všech otázek z těchto dvou domén.

Otázky v první doméně mají stejný začátek a to: Vzhledem k Vašemu fyzickému zdraví, po jakou dobu během minulého týdne.

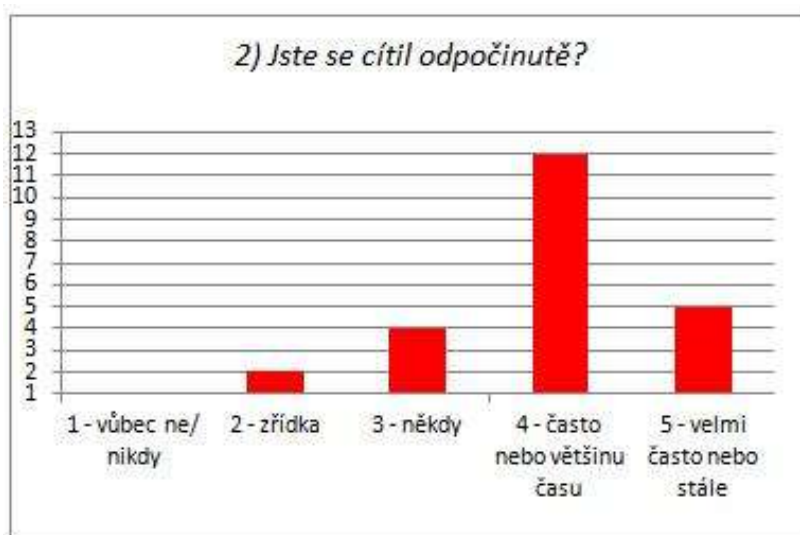
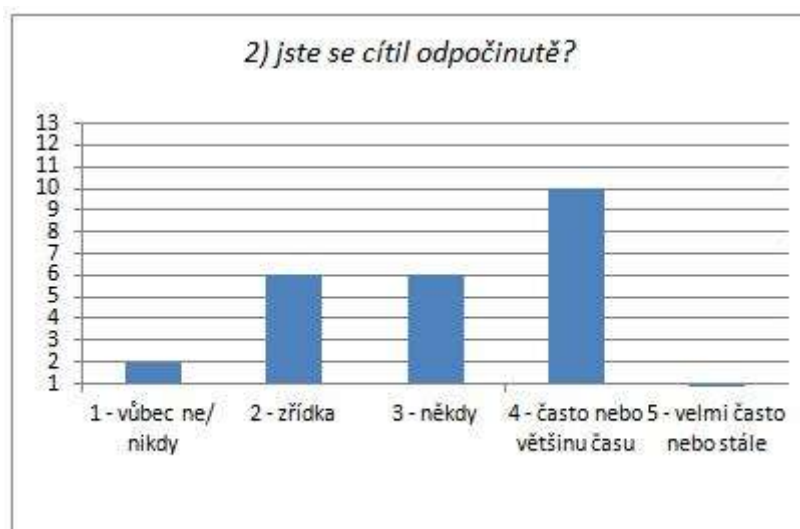
Vstupní test – graf:



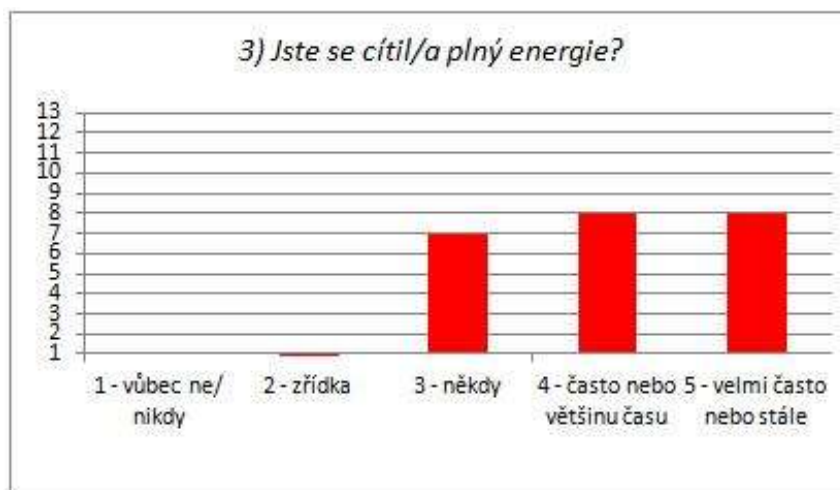
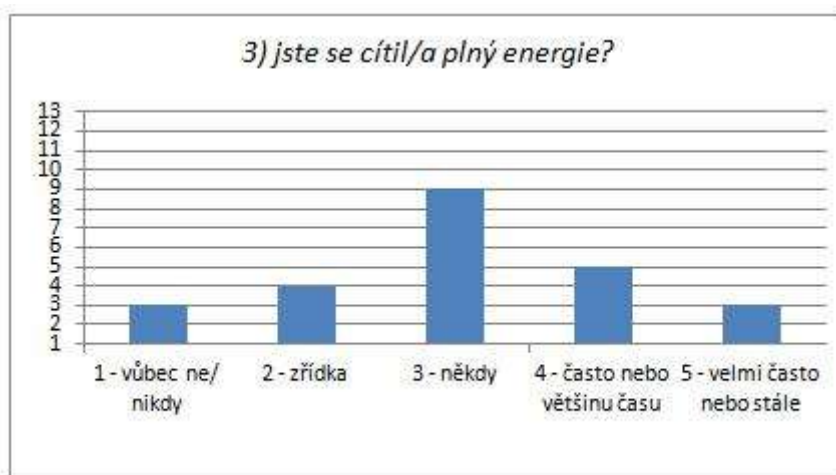
Výstupní test – graf:



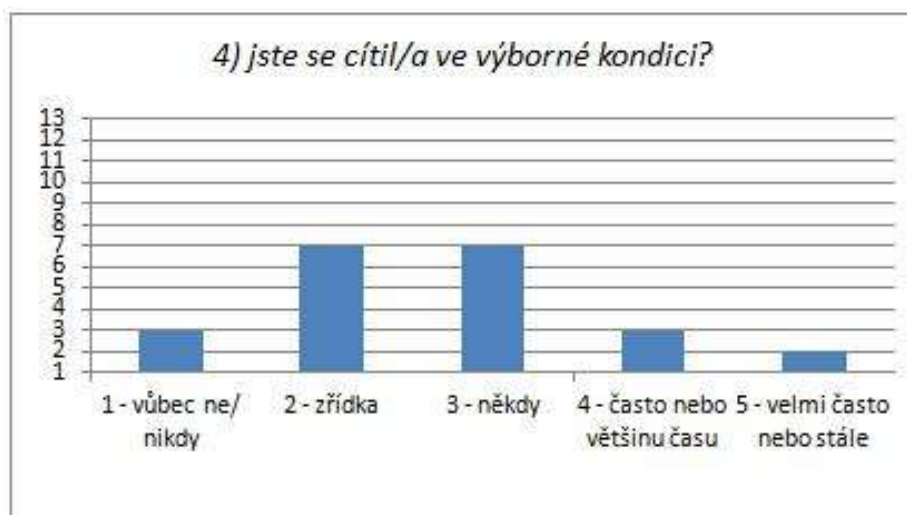
U první otázky byla zaznamenána výrazná pozitivní změna.



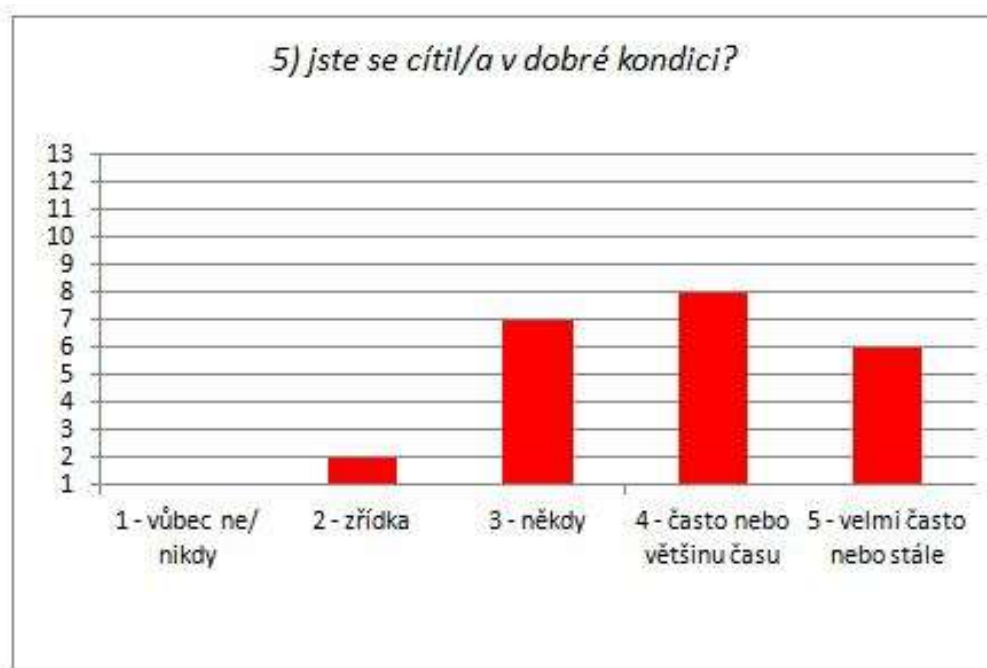
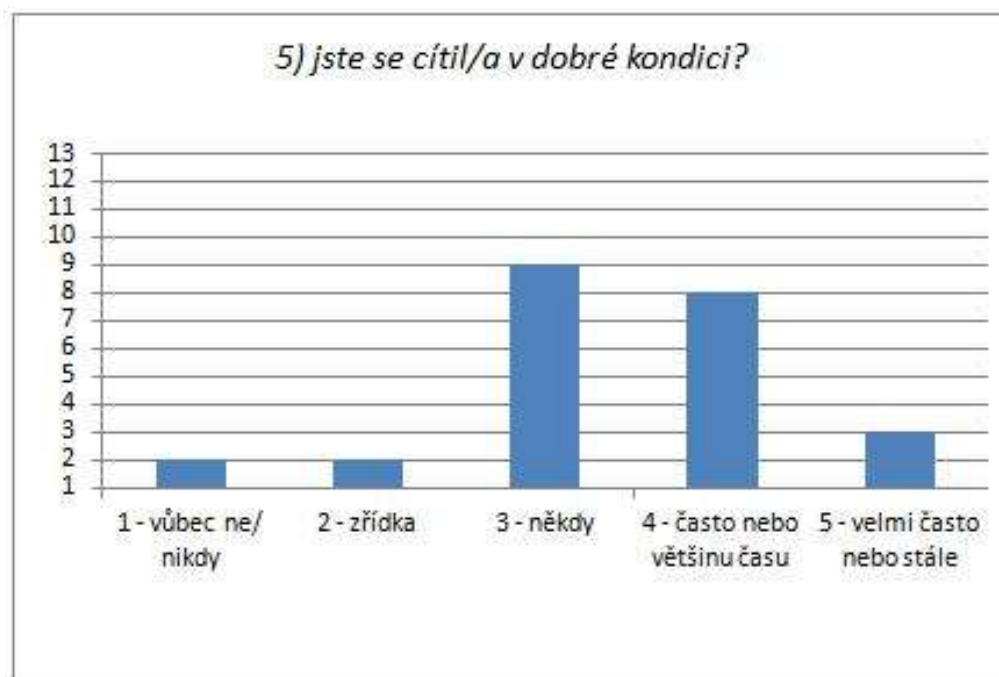
V grafu k otázce číslo 2 můžeme vidět také zlepšení.



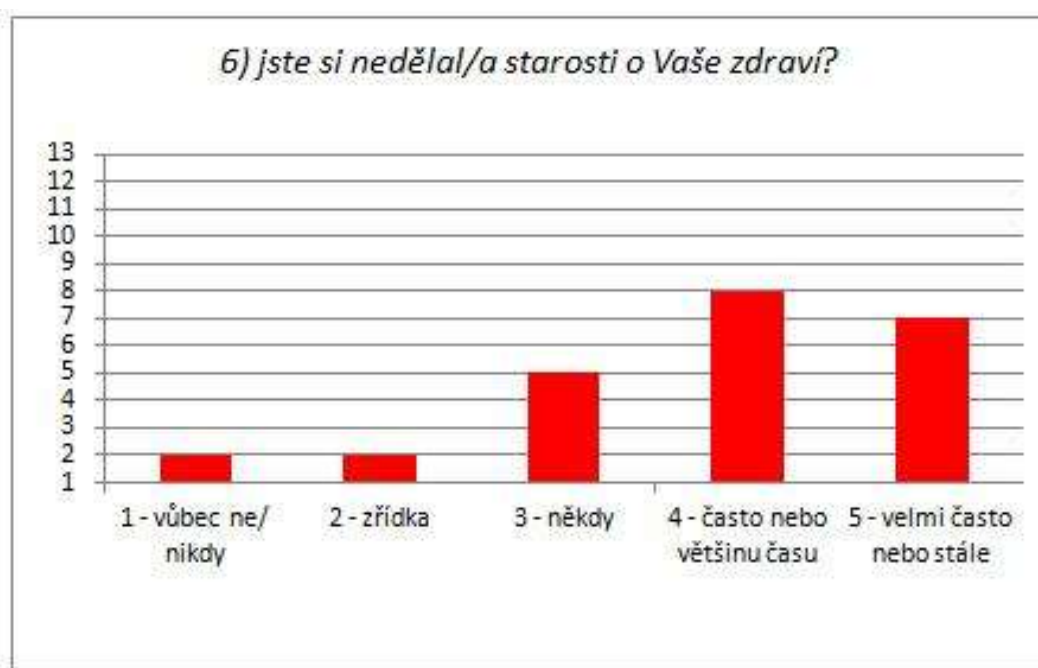
Odpovědi u výstupních dotazníků byly pozitivnější i u otázky číslo 3.



Pozitivní změna byla i u odpovědi na otázku číslo 4.



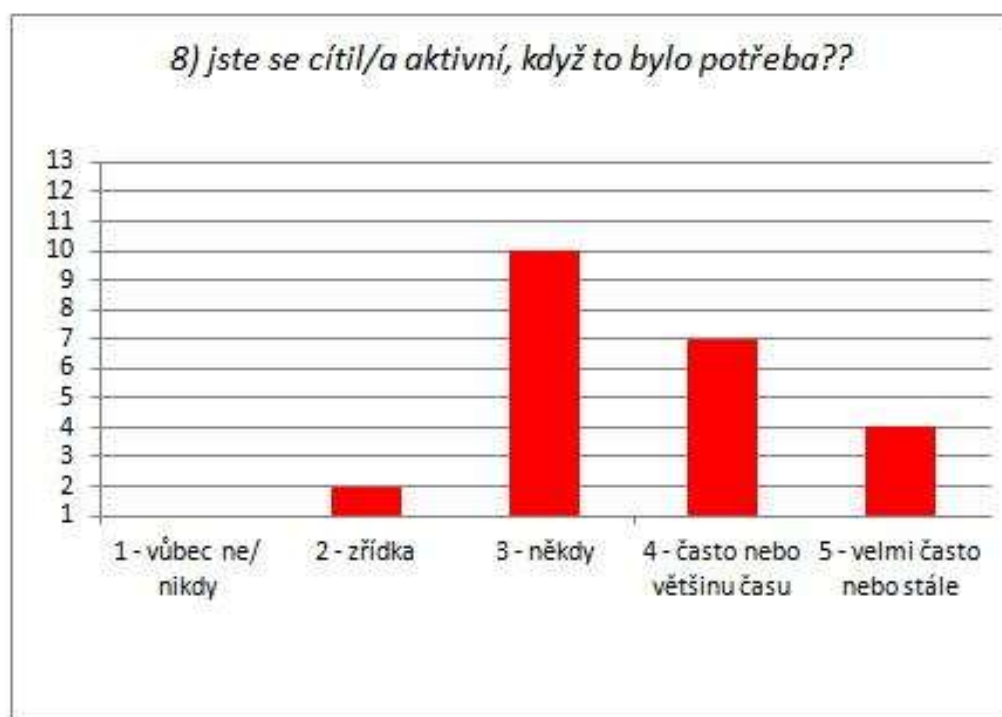
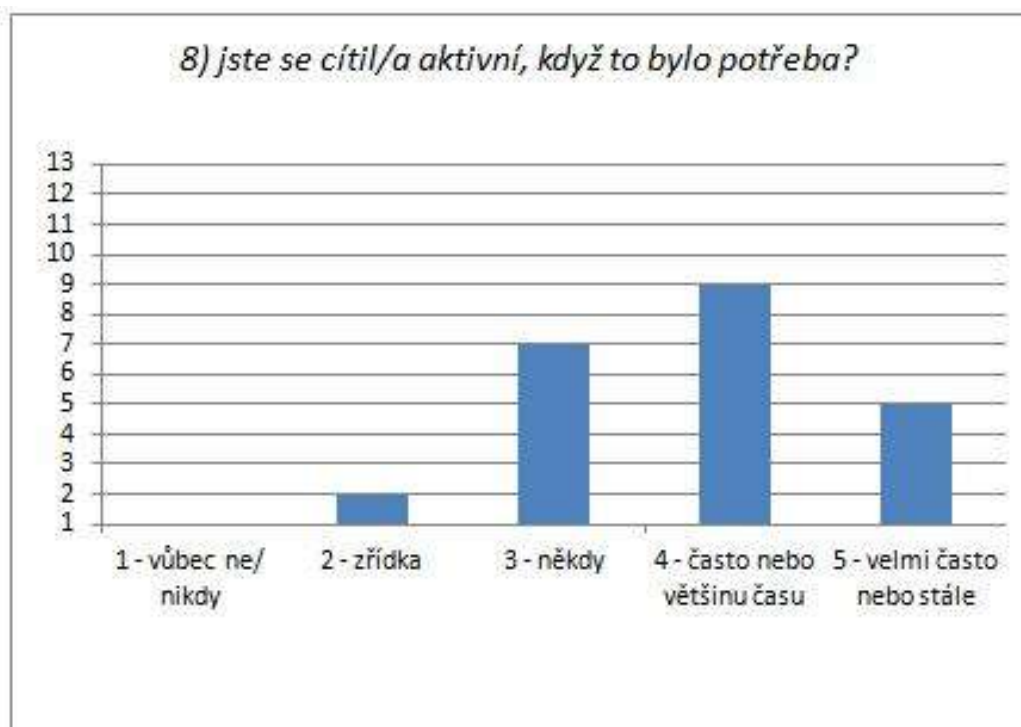
Menší, ale přesto pozitivní změnu zaznamenala otázka číslo 5.



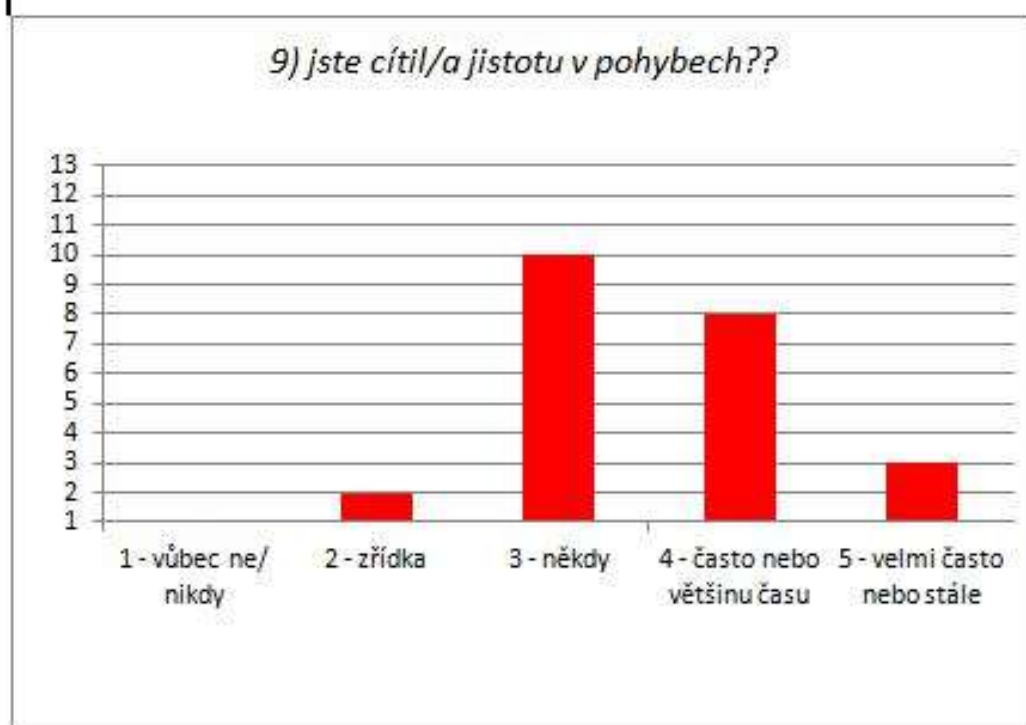
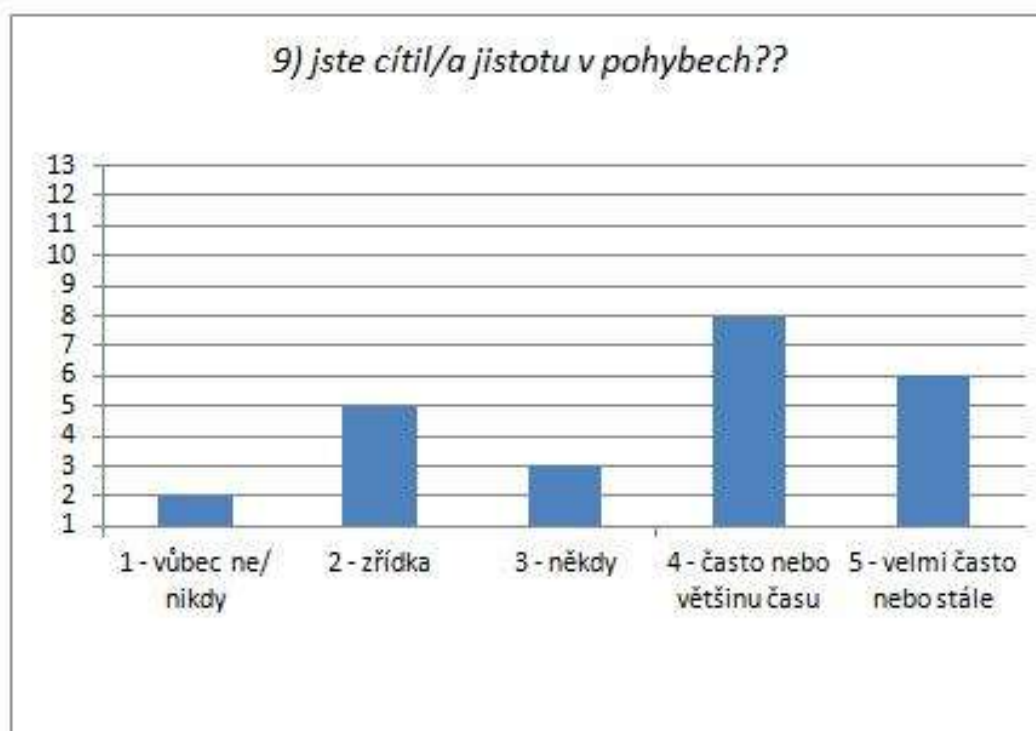
U odpovědí na šestou otázku dotazníku došlo, u výstupních dotazníků, ke snížení počtu negativních odpovědí (odpovědi 1 a 2).



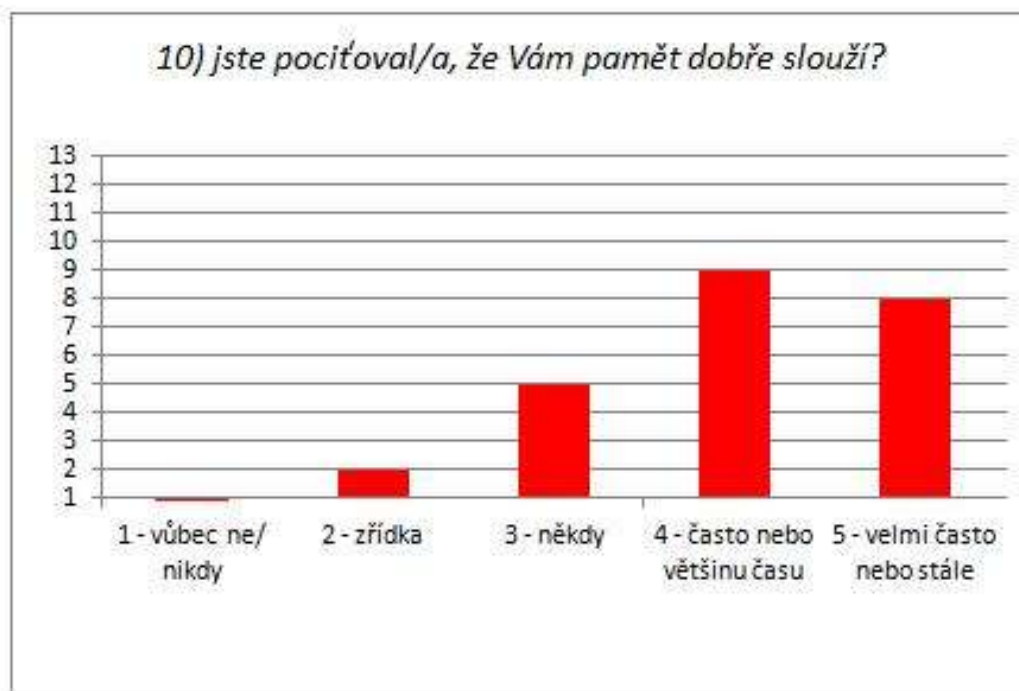
Pozitivní trend odpovědí výstupního dotazníku zůstal zachován i u otázky číslo 7.



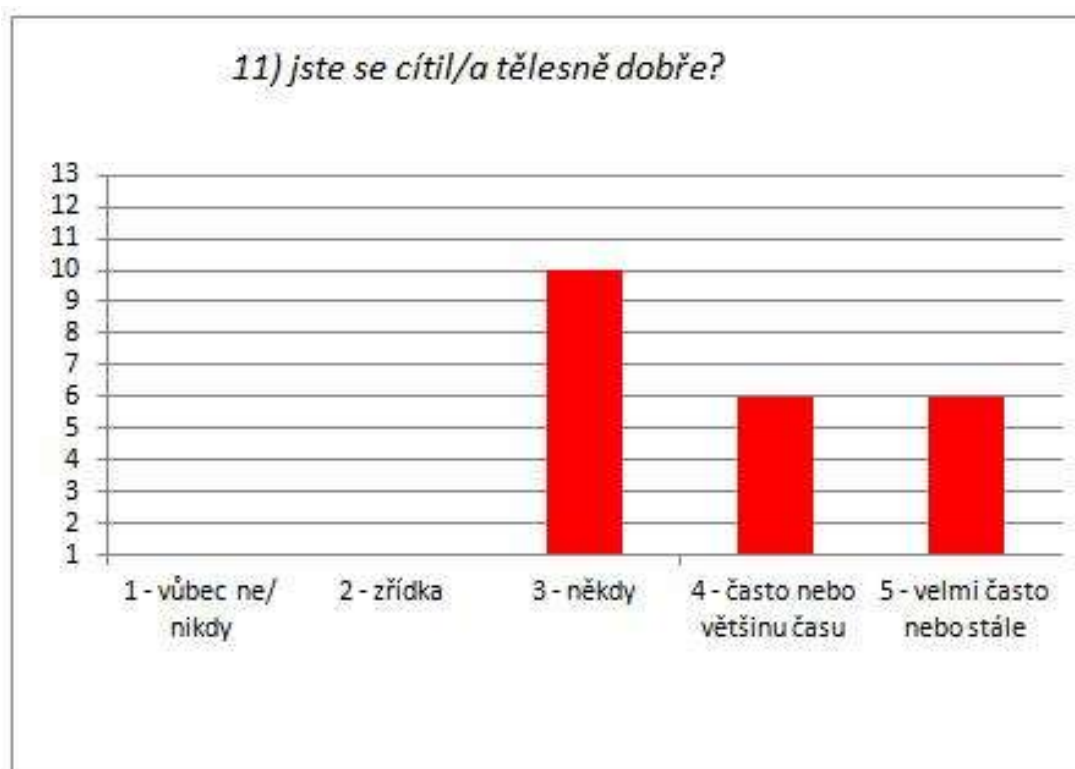
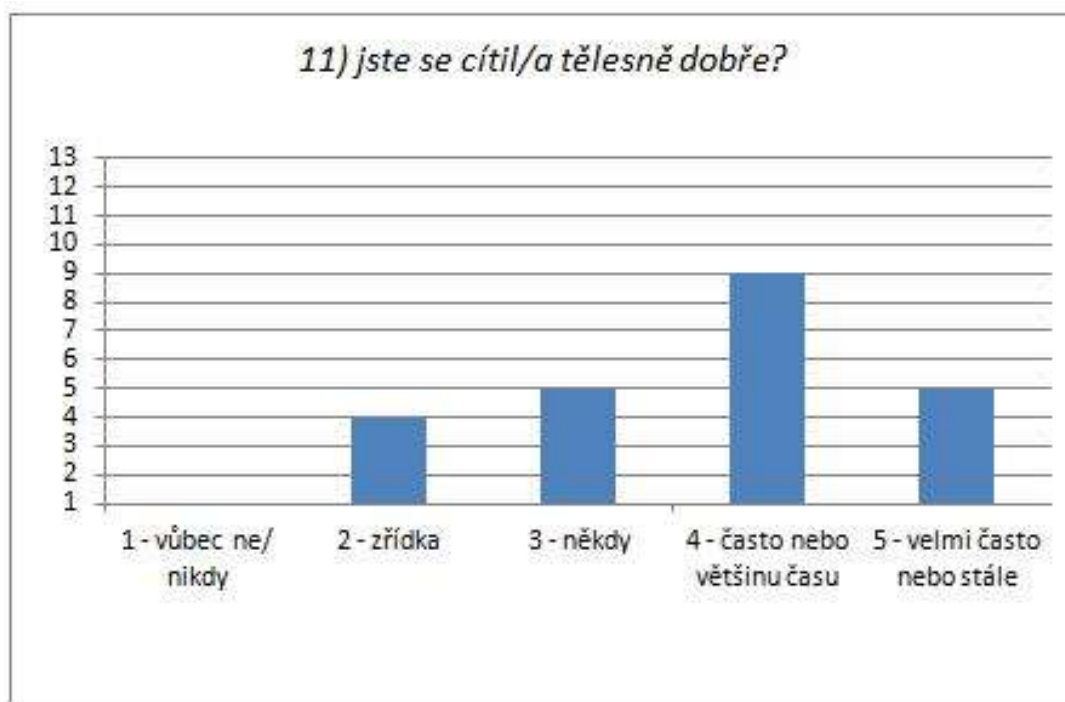
U odpovědí na otázku číslo 8 došlo k negativní změně.



I devátá otázka v první doméně dotazníku byla po vyhodnocení negativní.



Otázka číslo 10 zaznamenala pozitivní změnu.



Rozdíl mezi odpovědi na otázku číslo 11 nebyl téměř žádný, přesto i zde se jednalo o pozitivní změnu.



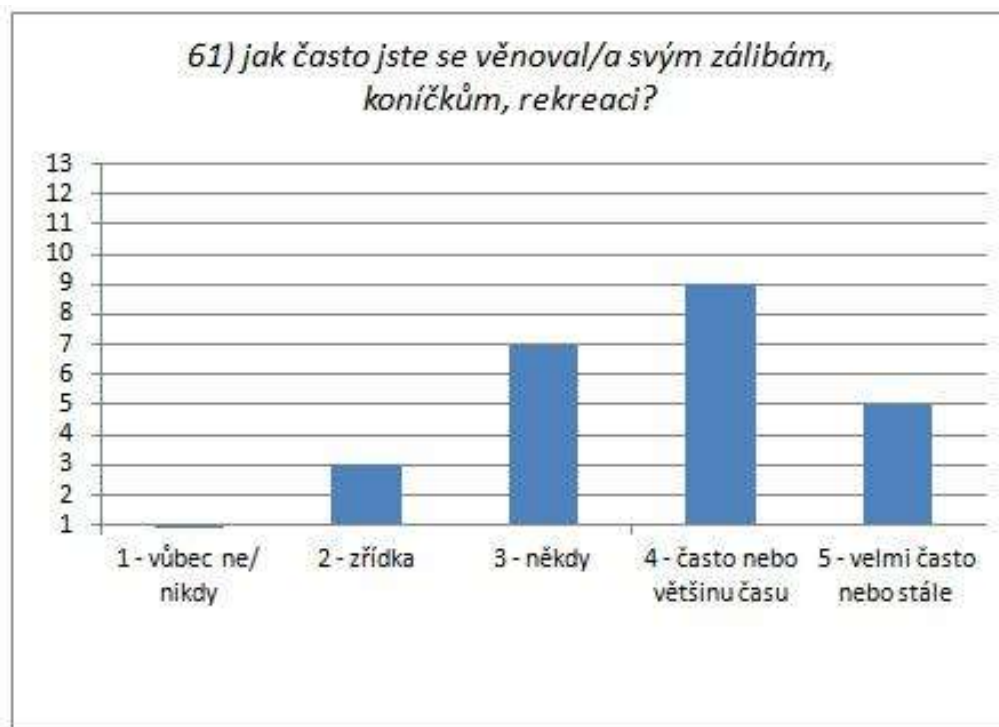
Pozitivní změna nastala i u odpovědi na otázku číslo 12.



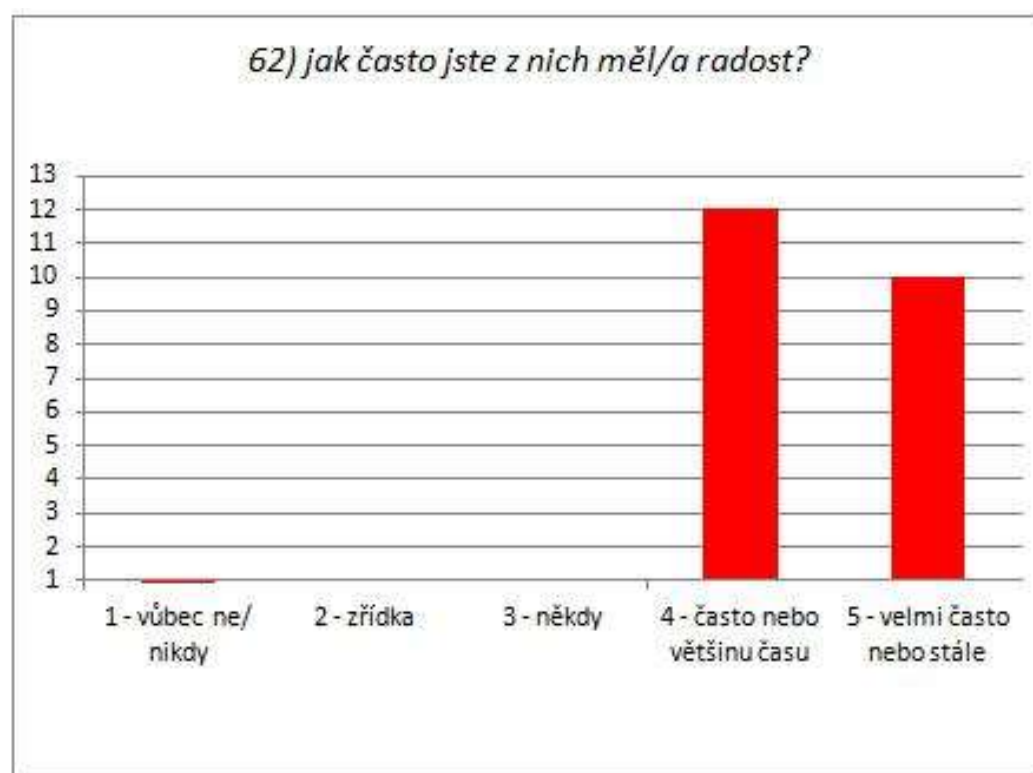
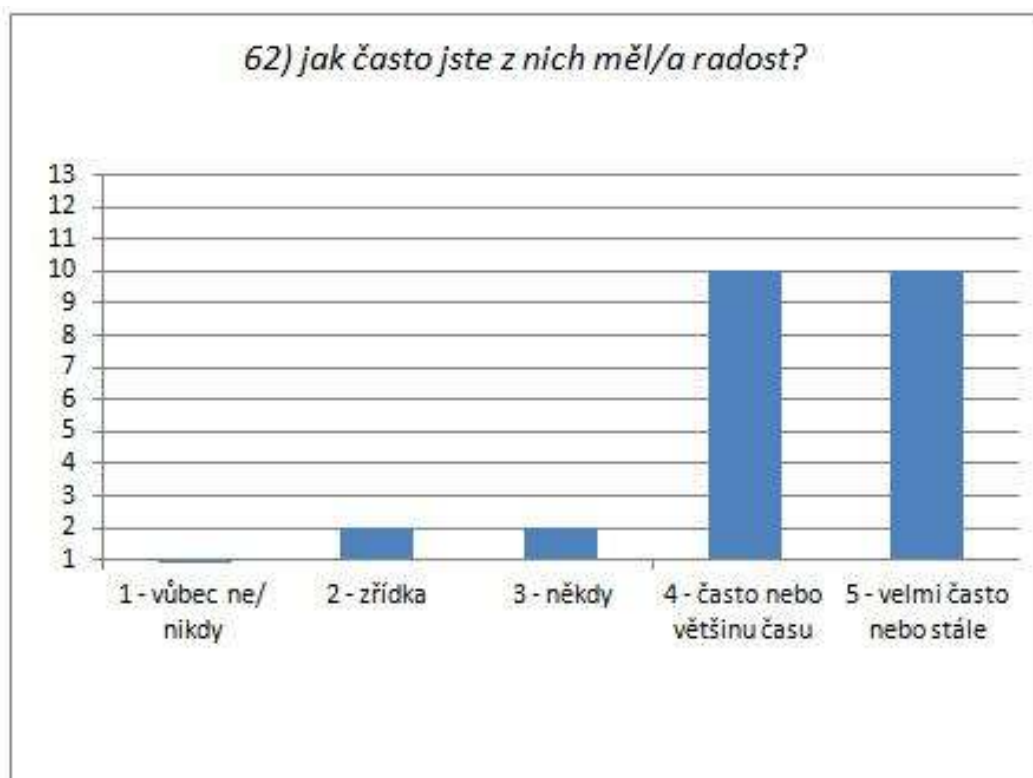
Minimální změna nastala u otázky číslo 13.

Z grafů vyplývá, že největší pozitivní změna byla zaznamenána u otázek číslo 3 a 4. Naopak minimální rozdíl byl zaznamenán u otázek číslo 11 a 13. Došlo také na negativní změnu a to u otázek číslo 8 a 9.

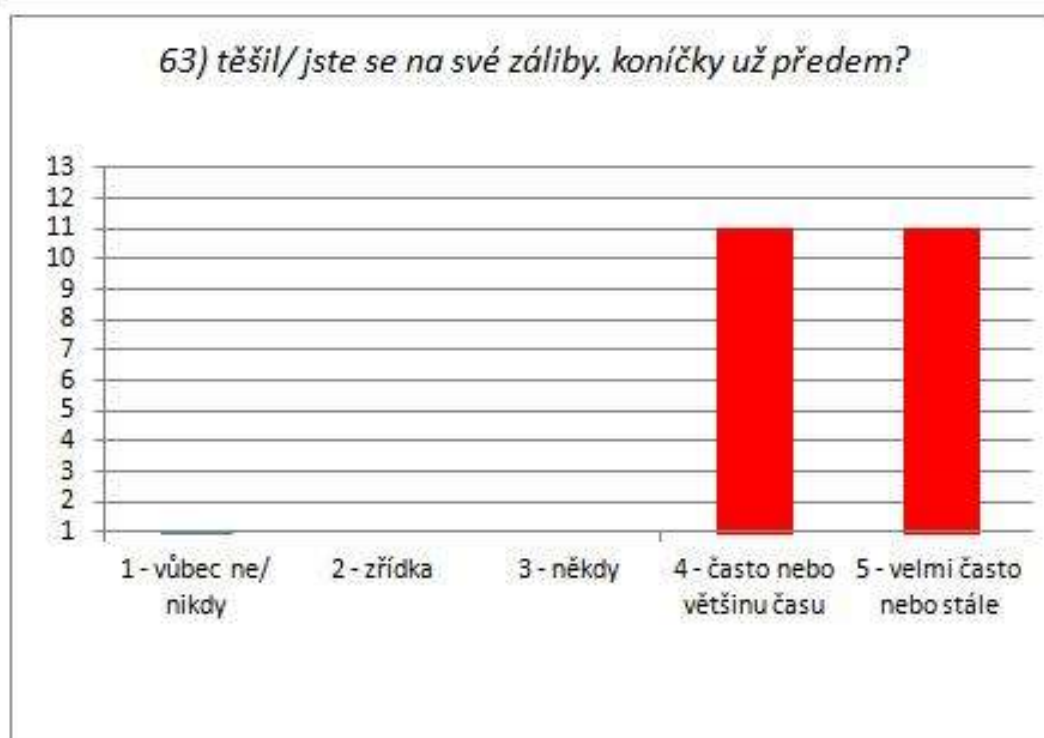
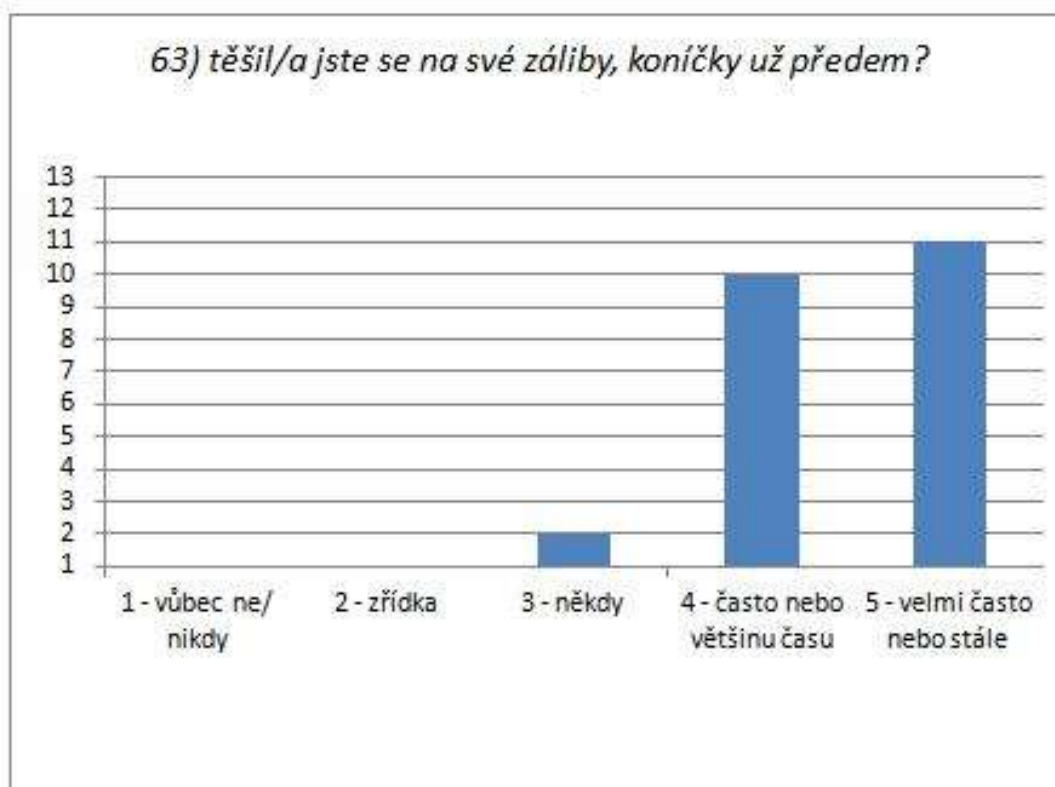
Další významnou doménou, pro tuto práci, byla doména číslo 6. V té se otázky zaměřují na využití volného času. Všechny otázky začínají stejně, a to: „Pokud jste měl/a minulý týden čas, ...



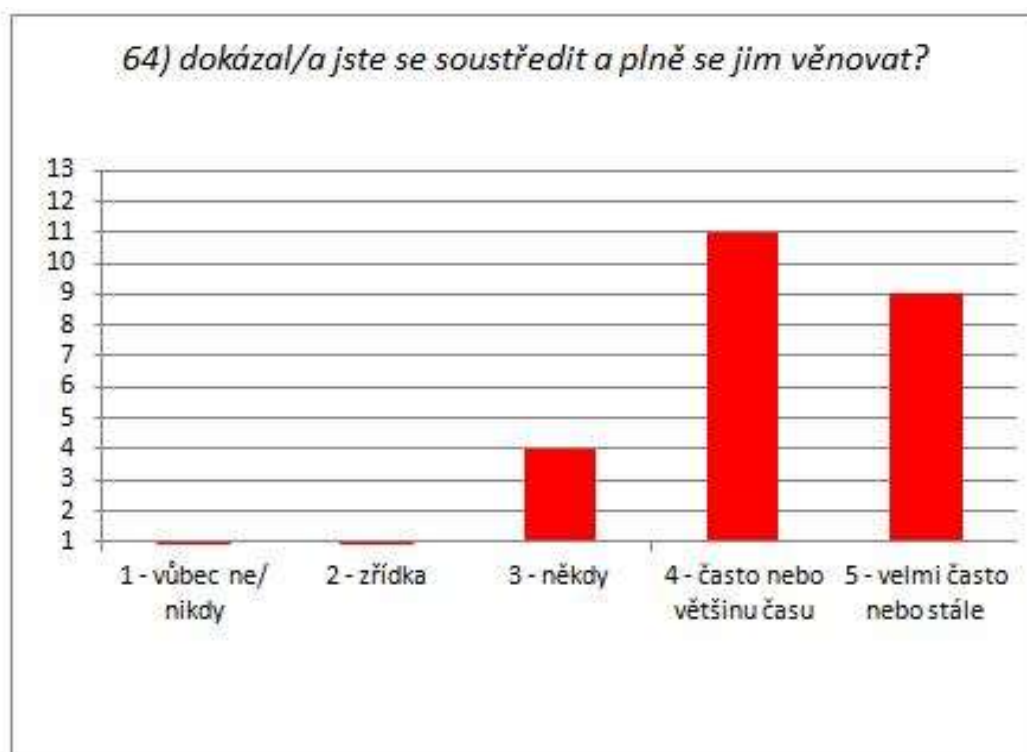
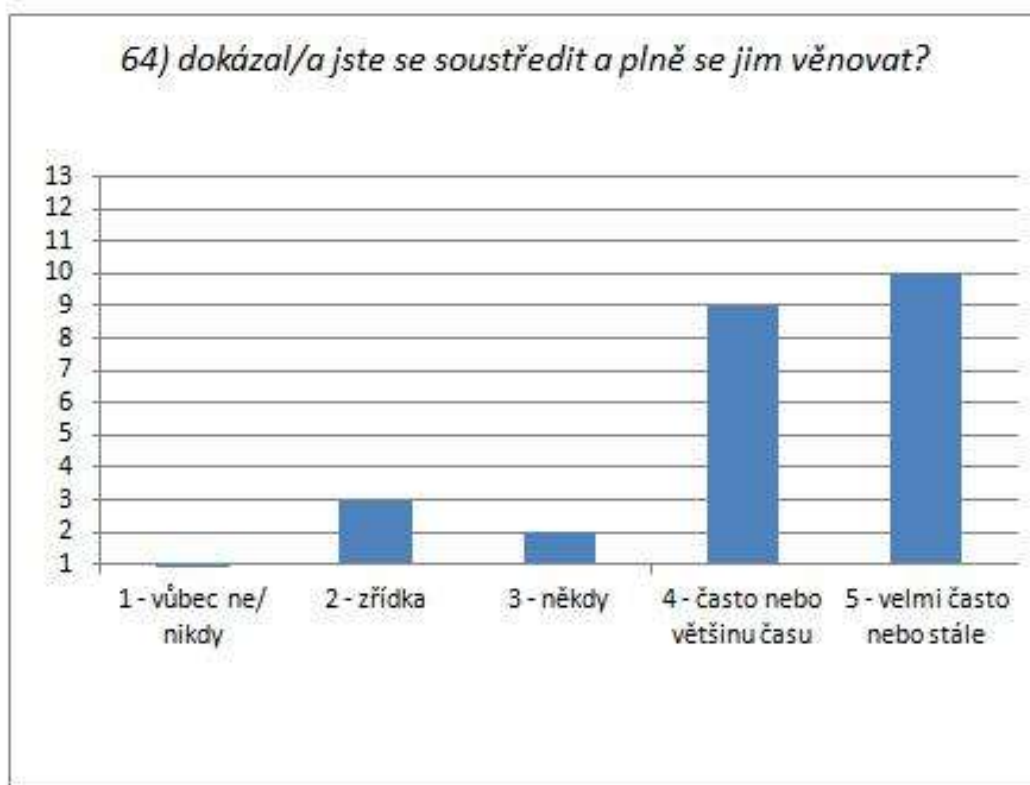
Otázka číslo 61 zaznamenala pozitivní změnu ve kvalitě života dotazovaných.



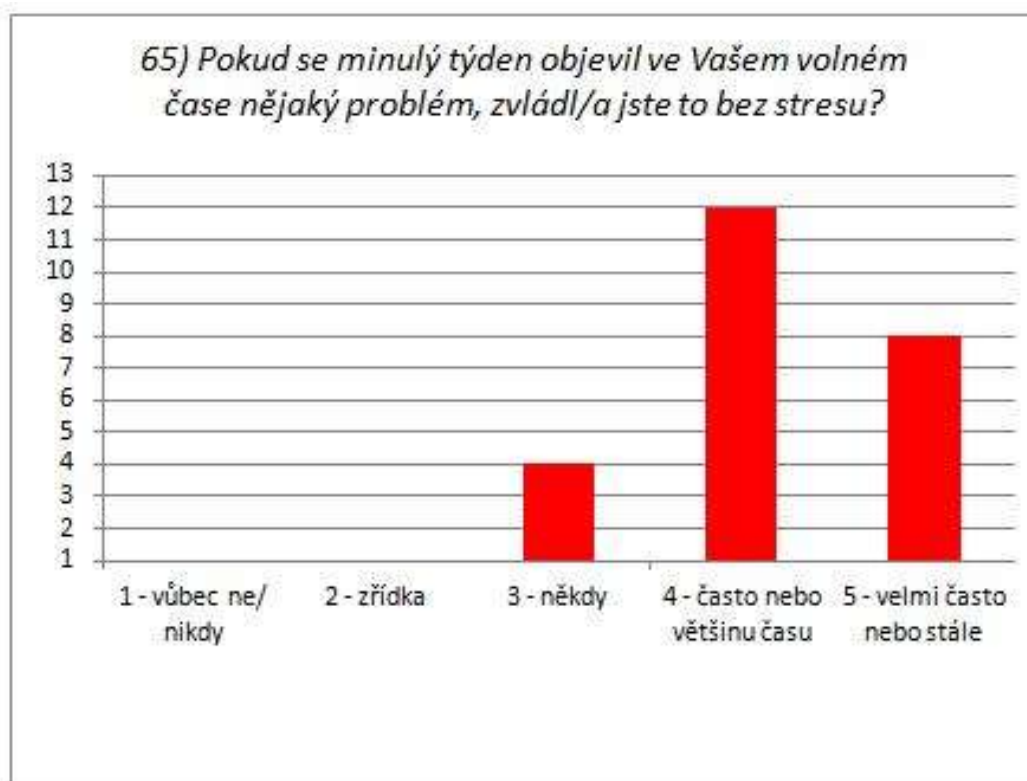
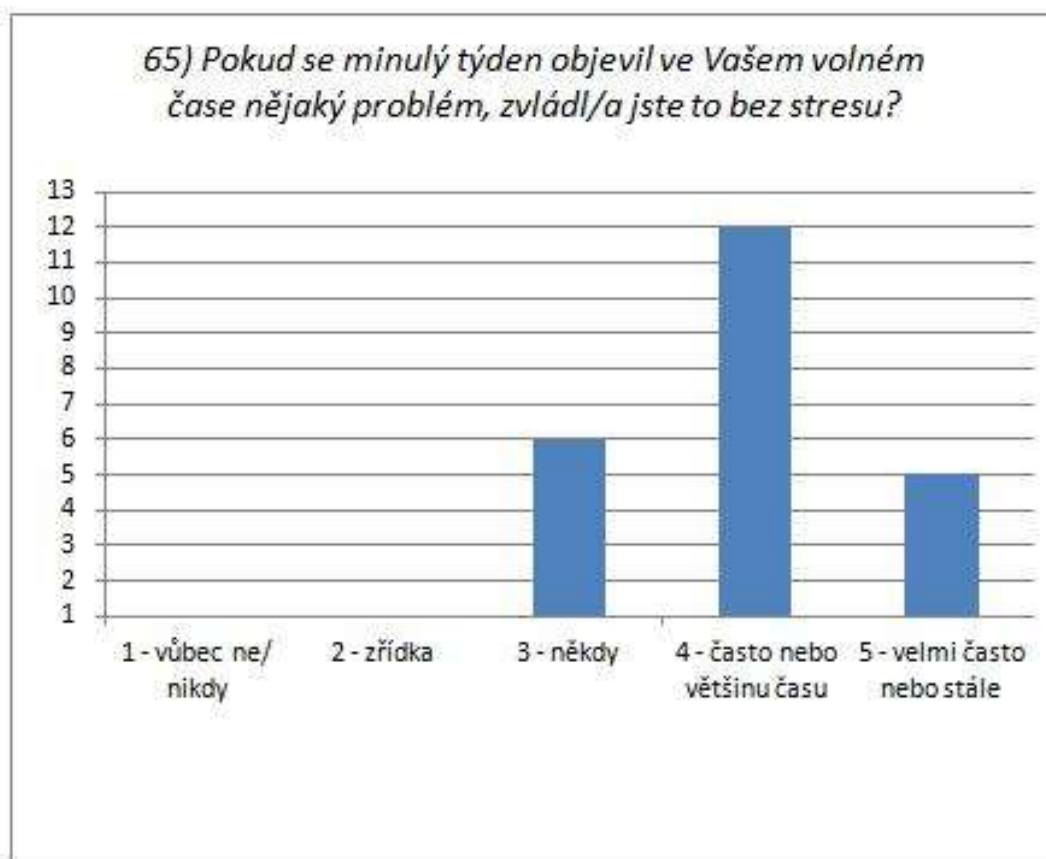
U této otázky (číslo 62) nedošlo k téměř žádné změně.



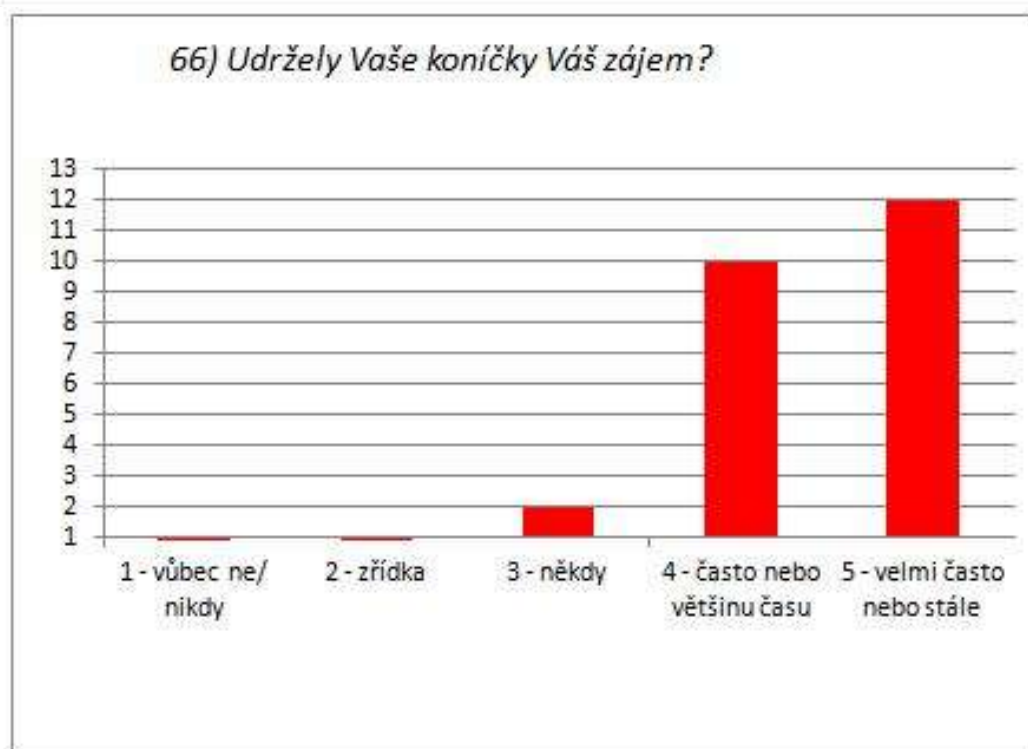
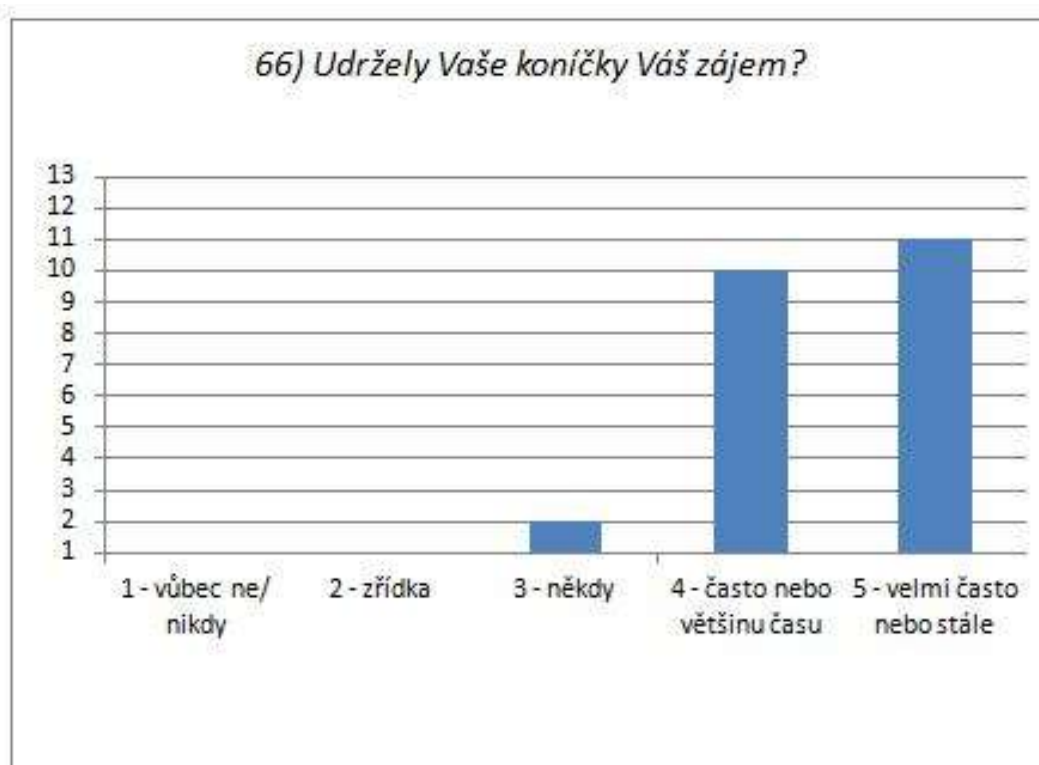
Odpovědi na otázku číslo 63 byly už u vstupních dotazníků velmi pozitivní, přesto zaznamenali pozitivní změnu.



Dotázaní u otázky číslo 64 pocítili pozitivní změnu.



V odpovědích na otázku číslo 65 jsou opět zachyceno zlepšení kvality života.



V této doméně došlo k minimálním, ale zato vždy pozitivním změnám, což dokazuje i výsledek odpovědí na otázku číslo 66.

Mezi další domény patřila doména číslo dvě, která nesla název Pocity. V této doméně byly otázky zaměřeny na spokojenost s životem, se vzhledem, pocit štěstí či radost ze života. Zde byly rozdíly mezi vstupními a výstupními testy také minimální. Avšak

nejmenší rozdíly, takže žádné mezi jednotlivými dotazníky, nebyly zjištěny v doméně číslo čtyři s názvem Péče o domácnost a respondenti zde odpovídali na otázky o domácích činnostech, kterými jsou například placení složenek, nakupování a příprava jídla, úklid a další. Na tyto otázky nemá pohybová aktivita velký vliv, tudíž zde bylo neměnné stanovisko předpokládáno.

Šestou doménou bylo Využití volného času. Otázky se vztahovaly k zájmům provozovaným ve volném čase, jako je sledování televize, čtení novin nebo časopisů, pěstování pokojových rostlin nebo zahrádkaření, různé koníčky, návštěvy muzea nebo kina, nebo sportovních akcí a jiných příležitostí k využití volného času (Dotazník Q-LES-Q). U této domény došlo k minimálnímu zlepšení a to ze vstupního průměru odpovědi 4,3 na průměr výstupních odpovědí 4,4. Z odpovědí tedy vyplývá, že respondenti na otázky ohledně volného času odpovídali převážně kladně, nejčastější odpovědí bylo „často nebo většinu času“. Byla to nejvyšší naměřená průměrná hodnota ze všech domén.

Předposlední doménou byly Sociální vztahy. Otázky se zde zaměřovaly na pocit z komunikace s přáteli či rodinou, radost z rozhovoru se sousedy či sympatie k druhým. I v této doméně nedošlo k žádným výrazným změnám. Odpovědi vstupních i výstupních dotazníků byly prakticky nezměněné.

Doménou, která uzavírá dotazník kvality života Q-LES-Q, je doména Obecné aktivity/činnosti. Otázky se ptají na spokojenost s náladou, finanční situací, zvládnutím domácnosti, s využitím volného času či vztahy v rodině. Tato doména je další s minimální změnou.

Dotazníky rozdané respondentům byly oproštěny o domény číslo 3 a 5, tedy o doménu práce a doménu školní/studijní aktivity. U otázek týkajících se práce respondenti v seniorském věku sice odpovídat mohli, jelikož někteří z nich stále pracují, ať brigádně nebo na poloviční či plný úvazek, ale byla by jim menšina a pro tento výzkum nebyly odpovědi důležité. Otázky z páté z domén, nebyly zodpovězeny ani jedním respondentem, protože se jich školní ani studijní aktivity netýkají. Nikdo z oslovených nestudoval ani univerzitu třetího věku.

ZÁVĚR

Závěrem mé bakalářské práce bylo zhodnotit výsledky dotazníků a vyhodnotit jejich výsledky. Obecné předpoklady zlepšení kvality života cílenou pohybovou intervencí, byly byť minimálně, vzhledem k délce výzkumu, potvrzeny. V každé doméně zadaných dotazníků bylo znatelné zlepšení. I když jak z předchozí kapitoly vyplývá, u některých skutečně jen v desetinách procent. Tento minimální nárůst může být zkreslen. Rozdíl mezi vstupními a výstupními testy byl tříměsíční, což je dostatečná doba pro potvrzení hypotéz tohoto výzkumu, avšak kdyby výzkum trval delší dobu, mohli bychom zaznamenat větší a spolehlivější výsledky.

Hypotéza výzkumu, která zněla: „Předpokládáme, že cílená pohybová intervence bude mít pozitivní vliv na kvalitu života seniorů ve všech sledovaných doménách“ nebyla potvrzena, jelikož nedošlo ve všech doménách k jednoznačnému zlepšení. Celkový výsledek pozitivní ovšem je, nicméně hypotéza potvrzena nebyla.

Výsledky tohoto výzkumu ukazují, že cílená pohybová intervence má za následek pozitivní vliv na kvalitu života osob v seniorském věku. Testované osoby se cítily během intervence dobře, a sami na sobě zaznamenali zlepšení a to nejen ve kvalitě života, ale i (podle jejich úsudku) po zdravotní stránce. Dle výpovědí účastníků se jejich pohybový aparát zpevnil, dostali větší pocit jistoty při pohybech a obecně se cítili silnější a spokojenější.

RESUMÉ

Bakalářská práce pojednává o vliv a přínosu cílené pohybové aktivity na kvalitu života u seniorů, důležitosti pravidelné pohybové aktivity na celkové zdraví osob staršího věku a o přínosu pro lidské tělo, a to po stránce fyzické i psychické. Část práce je výzkumná činnost na osobách seniorského věku, které se zúčastnily pohybového intervenčního programu. Na začátku testování jim byl rozdán dotazník kvality života a byly seznámeny se všemi potřebnými údaji. Po uplynutí požadované doby tři měsíců, byly probandům rozdány tytéž dotazníky k zachycení změn pohybové intervence. Cílem práce bylo poukázat na důležitost pohybové aktivity u seniorů. Nasbíraná data podložila očekávaná zlepšení a jejich vyhodnocením je možné říci, že cíl byl naplněn a přínos této práce je nejen teoretický, ale i praktický.

Bachelor thesis discusses the impact and benefits of targeted physical activity on quality of life in the elderly, the importance of regular physical activity on the overall health of elderly people and the benefits for the human body, and it both physically and mentally. Part of this work is to research activities in old age persons who participated in the intervention program locomotive. At the beginning of testing them had been circulated a questionnaire quality of life and are familiar with all necessary data. After the desired period of three months, probands were dealt the same questionnaires to capture the changes of exercise intervention. The aim was to highlight the importance of physical activity in older adults. Collected data substantiate the expected improvements and their evaluation, it is possible to say that the target was filled with a contribution of this work is not only theoretical but also practical.

SEZNAM LITERATURY

- BURSOVÁ, M. Kompenzační cvičení. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN: 978-80-247-0948-2.
- ČELIKOVSKÝ, S. Teoretické základy tvorby pohybových režimů. In Z. Teplý (Ed.), *teoretické základy tvorby pohybových režimů a jejich praktická realizace*. Praha. 1998. isbn: 80-86317-08-0.
- ČIHÁK, R. Anatomie 1. 2. uprav. a dopl. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-970-0.
- DVOŘÁK, R., *Základy kinezioterapie*, 3. vyd. Olomouc: UP, 2007. ISBN 978-80-244-1656-4.
- DOBEŠ, M. et al. Diagnostika a terapie funkčních poruch pohybového aparátu. 1.vyd. Domiga, 2011, 76s. ISBN 978-80-902222-4-3.
- DRAGOMIRECKÁ, E. BARTOŇOVÁ, J. WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. Pčírůčka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha. 2006. ISBN: 80-85121-82-4.
- DYLEVSKÝ, I, KUČERA, M. *Pohybový systém a zátěž*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1997. 252 s. ISBN 80-7169-258-1.
- DYLEVSKÝ, I. *Základy strukturální kineziologie*. 1.vyd. Praha: Triton. 2009. 235s. ISBN:978-80-7387-324-0.
- FOŘT P. *Jak stárnout pomalu*. Havlíčkův Brod: EB nakladatelství, 2001. ISBN: 80-238-7893-X
- GAJDA, V., FOJTÍK, I. *Úvod do kinantropologie* 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita. 53s. 2008. ISBN: 978-80-7368-572-0.
- HEGYI, L. *Sociálna gerontológia*. 1. vyd. Herba. 2012. 176s. ISBN: 978-80-89171-99-6.
- HODAŇ, B.: *Tělesná kultura – sociokulturní fenomén, východiska, vztahy*. 1.vyd. Olomouc: UP. 2000b 235s. ISBN: 80-2440-201-7
- HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: Karolinum, 2002. 80-246-0457-4.

- JANČOVÁ, J., KOHLÍKOVÁ, E. Regresní změny stárnoucího organismu a jejich vliv na posturální stabilitu. In. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2007. č. 4. s. 155-162. ISSN 1803-6597.
- JANÍČEK, V. Globalizace a světová ekonomika. Pp. 9-22 in *Acta Oeconomica Pragensia*. 2002
- KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KOPŘIVOVÁ, J. et. al. *Cvičení pro zlepšení fyzického i psychického stavu seniorů*. 1 vyd. Brno: Propag Servis, 2001, 23s.
- KOPŘIVOVÁ, J., BERÁNKOVÁ, L. *Problematika funkčních poruch pohybového aparátu*. *Med. sport. bohem.slov.*, roč.11,č.3,2002. 210s. ISSN: 1210-5481.
- KNAPPOVÁ, V. *Optimalizace pohybového režimu u populace středního a staršího věku z hlediska prevence funkčních poruch pohybového aparátu*. Brno. 2011
- KŘÍŽOVÁ, E. Kvalita života v kontextu všedního dne. Pp. 217-232 in Payne, J. Et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. 2005. ISBN: 80-7254-657-0.
- MÁČEK, M., RADVANSKÝ, J. *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. 1 vyd. Galén. 245s.2011. ISBN: 978-80-7262-695-3.
- MOMMERT-JAUCH, P. *Nordic walking pro zdraví: pomáhá při bolestech zad, artróze, osteoporóze, vysokém krevním tlaku, nadváze, cévních problémech a dalších obtížích*. Vyd. 1. Praha: Plot, 2009. 95 s. ISBN 978-80-86523-98-9.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: MU PdF, 2004. ISBN: 80-210-3345-2.
- PALČOVÁ, A. *Dotazník kvality života Q-LES-Q*. Praha: Academia Medica Pragensia, 2003.23s. ISBN: 80-86694-02-X.
- PAYNE, J. et. al. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. 2005. 629 s. ISBN: 80-7254-657-0.
- PETŘKOVÁ A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN: 80-244-0879-1
- PFEIFER, J. *Bolesti zad ve vyšším věku*. Praha, Triton, 2000. ISBN: 80-7254-140-4.
- POTŮČEK, M. a kol. *Průvodce krajinou priorit pro Českou republiku*. Praha: CESES UK, 2002.

PYŠNÁ, J. *Kvalita života seniorů a pohyb*. Praha. 171s. 2005. ISBN: 978-80-8540-298-8.

STRNAD, P. *Vybrané kapitoly z tělesné výchovy zdravotně oslabených*. Praha: SPN, 1989.

ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Portál. 135s. 2004. ISBN: 80-7178-920-8.

ŠKOPEK, M. *Nordic walking*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 96 s. ISBN 978-80-247- 3242-8.

TEPLÝ, Z. *Pohybový režim dospělých*. 1. vyd. Praha: UK, 1990. 214 s. ISBN:80-7066-212-3.

VAĎUROVÁ, H., MÜLHPARCH, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU. 2005. ISBN 80-210-3754-7.

PŘÍLOHY







Dotazník kvality života Q-LES-Q

1. Fyzické zdraví a aktivity

V otázce zakroužkujte číslo odpovídající vašemu pocitu.

vůbec ne/nikdy	= 1	často nebo většinu času	= 4
zřídka	= 2	velmi často nebo stále	= 5
někdy	= 3		

Vzhledem k Vašemu fyzickému zdraví, po jakou dobu během minulého týdne...

- (1) > jste byl/a zcela bez obtíží a bolesti? 1 2 3 4 5 (1)
- (2) > jste se cítil/a odpočínutě? 1 2 3 4 5 (2)
- (3) > jste se cítil/a plný/á energie? 1 2 3 4 5 (3)
- (4) > jste se cítil/a ve výborné fyzické kondici? 1 2 3 4 5 (4)
- (5) > jste se cítil/a v docela dobré kondici? 1 2 3 4 5 (5)
- (6) > jste si nedělal/a starosti o Vaše zdraví? 1 2 3 4 5 (6)
- (7) > jste měl/a pocit dostatečného spánku? 1 2 3 4 5 (7)
- (8) > jste se cítil/a aktivní, když to bylo potřeba? 1 2 3 4 5 (8)
- (9) > jste cítil/a jistotu v pohybech? 1 2 3 4 5 (9)
- (10) > jste pociťoval/a, že Vám paměť dobře slouží? 1 2 3 4 5 (10)
- (11) > jste se cítil/a tělesně dobře? 1 2 3 4 5 (11)
- (12) > jste se cítil/a plný/á elánu a životní síly? 1 2 3 4 5 (12)
- (13) > jste byl/a bez problémů se zrakem? 1 2 3 4 5 (13)

Dotazník kvality života Q-LES-Q

2. Pocity

V otázce zakroužkujte číslo odpovídající vašemu pocitu.

vůbec ne/nikdy	= 1		často nebo většinu času	= 4
zřídka	= 2		velmi často nebo stále	= 5
někdy	= 3			

Během minulého týdne...

- měl/a jste pocit, že máte jasnou hlavu? 1 2 3 4 5 (14)
- cítil/a jste spokojenost se svým životem? 1 2 3 4 5 (15)
- byl/a jste spokojen/a se svým vzhledem? 1 2 3 4 5 (16)
- cítil/a jste se vesele nebo dokonce šťastně? 1 2 3 4 5 (17)
- cítil/a jste se nezávislý/á na pomoci druhých? 1 2 3 4 5 (18)
- cítil/a jste se v klidu a pohodě? 1 2 3 4 5 (19)
- měl/a jste chuť se bavit s ostatními? 1 2 3 4 5 (20)
- měl/a jste zájem o svůj vzhled (účes, výběr oblečení) a osobní hygienu (mytí, oblékání)? 1 2 3 4 5 (21)
- jak často jste se dokázal/a rozhodnout? 1 2 3 4 5 (22)
- cítil/a jste se uvolněně? 1 2 3 4 5 (23)
- měl/a jste dobrý pocit ze života? 1 2 3 4 5 (24)
- cítil/a jste se schopný/á si zařídit potřebné věci mimo domov (pěšky, autem, autobusem, vlakem nebo jiným způsobem)? 1 2 3 4 5 (25)
- cítil/a jste se schopný/á zvládat svoje životní problémy? 1 2 3 4 5 (26)
- byl/a jste schopný/á se o sebe postarat? 1 2 3 4 5 (27)

Dotazník kvality života Q-LES-Q

4. Péče o domácnost

Máte na starosti nějaké domácí činnosti (např. úklid, nákup, příprava jídla, nákup potravin, péče o nádobí), kterou byste vykonával/a pro sebe nebo pro další lidi?

Pokud zní odpověď NE, přejděte na následující téma „Školní/studijní aktivity“.

V otázce zakroužkujte číslo odpovídající vašemu pocitu.

vůbec ne/nikdy	= 1	často nebo většinu času	= 4
zřídka	= 2	velmi často nebo stále	= 5
někdy	= 3		

Během minulého týdne...

- byl/a jste spokojen/a s tím, jak udržujete pořádek ve svém pokoji, bytu domě? 1 2 3 4 5 (41)
- zvládal/a jste placení účtů, složenek nebo jiná úřední jednání? 1 2 3 4 5 (42)
- zvládal/a jste nakupování potravin nebo dalších věcí do domácnosti? 1 2 3 4 5 (43)
- jak dalece jste zvládal/a nákup nebo přípravu jídla? 1 2 3 4 5 (44)
- jak často jste zvládal/a praní a úklid? 1 2 3 4 5 (45)
- měl/a jste dobrý pocit z práce v domácnosti? 1 2 3 4 5 (46)
- byl/a jste schopný/á se soustředit a ujasnit si, co je potřeba doma udělat? 1 2 3 4 5 (47)
- zvládal/a jste problémy v domácnosti bez zbytečného stresu? 1 2 3 4 5 (48)
- dokázal/a jste správně rozhodovat při péči o domácnost? 1 2 3 4 5 (49)
- opravoval/a jste něco nebo se postaral/a podle potřeby o údržbu domácnosti? 1 2 3 4 5 (50)

Dotazník kvality života Q-LES-Q

6. Využití volného času

Následující otázky se vztahují k zájmům provozovaným ve volném čase, jako je sledování televize, čtení novin nebo časopisů, pěstování pokojových rostlin nebo zahrádkaření, různé koníčky, návštěvy muzea nebo kina, nebo sportovních akcí a jiných příležitostí k využití volného času.

V otázce zakroužkujte číslo odpovídající vašemu pocitu.

vůbec ne/nikdy	= 1	často nebo většinu času	= 4
zřídka	= 2	velmi často nebo stále	= 5
někdy	= 3		

Pokud jste měl/a minulý týden čas, ...

- jak často jste se věnoval/a svým zálibám, koníčkům, rekreaci? 1 2 3 4 5 (61)
- jak často jste z nich měl/a radost? 1 2 3 4 5 (62)
- těšil/a jste se na své záliby, koníčky už předem? 1 2 3 4 5 (63)
- dokázal/a jste se soustředit a plně se jim věnovat? 1 2 3 4 5 (64)
- Pokud se minulý týden objevil ve Vašem volném čase nějaký problém, zvládl/ jste to bez stresu? 1 2 3 4 5 (65)
- Udržely Vaše koníčky Váš zájem? 1 2 3 4 5 (66)

Dotazník kvality života Q-LES-Q

7. Sociální vztahy

V otázce zakroužkujte číslo odpovídající vašemu pocitu.

vůbec ne/nikdy = 1 často nebo většinu času = 4
 zřídka = 2 velmi často nebo stále = 5
 někdy = 3

Jak často jste během minulého týdne...

- měl/a radost z popovídání nebo z návštěvy přátel nebo příbuzných? 1 2 3 4 5 (67)
- se těšil/a na setkání s nimi? 1 2 3 4 5 (68)
- plánoval/a s přáteli nebo příbuznými společenské akce pro příští setkání? 1 2 3 4 5 (69)
- měl/a radost z rozhovoru se spolupracovníky nebo sousedy? 1 2 3 4 5 (70)
- měl/a trpělivost s lidmi, kteří Vás dráždili tím, co dělali nebo jak mluvili? 1 2 3 4 5 (71)
- se zajímal/a o problémy jiných lidí? 1 2 3 4 5 (72)
- pocítil/a k někomu sympatie? 1 2 3 4 5 (73)
- měl/a pocit, že vycházíte dobře s ostatními lidmi? 1 2 3 4 5 (74)
- žertoval/a nebo se smál/a s ostatními? 1 2 3 4 5 (75)
- cítil/a, že děláte něco pro své přátele nebo příbuzné? 1 2 3 4 5 (76)
- cítil/a, že Vaše vztahy s přáteli nebo příbuznými byly bez větších problémů nebo konfliktů? 1 2 3 4 5 (77)

Dotazník kvality života Q-LES-Q

8. Obecné aktivity/činnosti

V otázce zakroužkujte číslo odpovídající vašemu pocitu.

vůbec ne/nikdy	= 1	často nebo většinu času	= 4
zřídka	= 2	velmi často nebo stále	= 5
někdy	= 3		

Když vezmete v úvahu všechny okolnosti, jak jste byl/a během minulého týdne spokojený/á...

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|------|
| ➤ se svou náladou? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (78) |
| ➤ se svou prací? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (79) |
| ➤ se zvládním domácnosti? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (80) |
| ➤ se svým společenským životem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (81) |
| ➤ se vztahy ve své rodině? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (82) |
| ➤ s využitím svého volného času? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (83) |
| ➤ se svou schopností uplatnit se v denním životě? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (84) |
| ➤ se svým sexuálním životem (touha, zájem, výkon)?* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (85) |
| ➤ se svou finanční situací? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (86) |
| ➤ se způsobem života nebo s bydlením?* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (87) |
| ➤ s možností pohybu bez pocitů nejistoty, závratí nebo pocitů na omdlení?* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (88) |
| ➤ se schopností pracovat nebo se věnovat koníčkům podle svých představ?* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (89) |
| ➤ Cítil/a jste se během minulého týdne celkově dobře? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (90) |
| ➤ se svými léky? (Jestliže neberete žádné léky, udělejte zde křížek ___ a tuto otázku nevyplňujte.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (91) |
| ➤ Jak byste hodnotil/a celkovou spokojenost Se životem během posledního týdne? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (92) |

*Je-li uspokojení u otázek označených hvězdičkou velmi nízké, nízké nebo průměrné, podtrhněte prosím jednotlivé faktory, které k této spokojenosti vedly.