

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

**HODNOCENÍ ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI A JEJICH SLOŽEK A POHYBOVÉ
AKTIVITY U ŽEN S PROBLÉMEM KONCEPCE**

Magisterská práce

Autor: Bc. Petra Velešíková
Studijní obor: Rekreatologie
Olomouc 2015

Jméno a příjmení autora: Petra Velešíková

Název závěrečné písemné práce: Hodnocení životní spokojenosti a jejich složek a pohybové aktivity u žen s problémem koncepce

Pracoviště: Katedra rekreologie

Vedoucí: PhDr.Dr. Martin Sigmund, Ph.D.

Rok obhajoby: 2015

Abstrakt:

Diplomová práce sleduje životní spokojenost a pohybovou aktivitu žen s problémem koncepce. Práce předkládá teoretický souhrn poznatků z oblasti životní spokojenosti, životního stylu, životní spokojenosti, pohybové aktivity, neplodnosti a asistované reprodukce. Cílem této diplomové práce je posouzení úrovně životní spokojenosti, jejich složek a úrovně pohybové aktivity u specifické skupiny populace – žen s problémem koncepce. Výsledky výzkumu interpretuje pomocí Fahrenbergova dotazníku životní spokojenosti a dotazníku „International Physical Activity Questionnaire“ v české verzi. Výzkumný soubor tvoří 70 respondentek navštěvující Centra asistované reprodukce. Výsledky práce prokázaly, že životní spokojenost u žen s problémem koncepce je o málo vyšší, než průměrná normativní hodnota ukazatele DŽS. Zkoumání úrovně pohybové aktivity u této cílové skupiny ukázalo, že zdraví prospěšné PA odpovídající doporučení WHO se věnuje necelá třetina respondentek. Mezi nejoblíbenější PA dotazovaných patří cyklistika, pěší turistika a běhání.

Klíčová slova: zdraví, životní styl, životní způsob, pohybová aktivita, neplodnost, asistovaná reprodukce

Souhlasím s půjčováním závěrečné písemné práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: Petra Velešíková

Title of the bachelor's thesis: Ratings of life satisfaction and their components and physical activity in women with conception problems

Department: Department of recreology

Supervisor: PhDr.Dr. Martin Sigmund, Ph.D.

The year of the presentation: 2015

Abstract:

This thesis explores life satisfaction and physical activity of women with conception problems. The thesis presents a theoretical summary of findings from the field of lifestyle, life satisfaction, physical activity, infertility and assisted reproduction. The aim of this thesis is to assess the level of life satisfaction, their content and levels of physical activity among specific groups of the population - women with conception problems. The results of the research are interpreted with the help of the Fahrenberg life satisfaction questionnaire and the survey "International Physical Activity Questionnaire" in Czech. The research group consists of 70 respondents visiting the Centre of Assisted Reproduction. The results of the work showed that life satisfaction in women with the conception problems is slightly higher than the average normative value of the indicator GST. Exploration levels of physical activity in this target group showed a healthy amount of PA corresponding to WHO recommendations in nearly a third of respondents. The most popular PA interviewees included were cycling, hiking and jogging.

Keywords: health, lifestyle, physical activity, infertility, assisted reproduction

I agree with lending the thessis within the librarian services.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr.Dr. Martina Sigmunda, Ph.D., a uvedla jsem všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 18. 6. 2015

.....

Petra Velešíková

Děkuji PhDr. Dr. Martinovi Sigmundovi, Ph.D., za metodickou pomoc, cenné rady a vstřícný přístup při zpracování magisterské práce.

OBSAH:

SEZNAM TABULEK	20
SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ	21
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	23
SEZNAM PŘÍLOH	24
1 ÚVOD	13
2 PŘEHLED POZNATKŮ	14
2.1 Zdraví	14
2.1.1 Determinanty zdraví.....	15
2.1.2 Kvalita života	18
2.1.3 Životní spokojenost	20
2.2 Životní styl a životní způsob	21
2.2.1 Zdravý životní styl	23
2.3 Pohybová aktivita.....	25
2.4 Neplodnost	28
2.4.1 Příčiny neplodnosti.....	29
2.5 Asistovaná reprodukce	31
2.5.1 Metody asistované reprodukce.....	32
2.5.2 Statistika úspěšnosti asistované reprodukce.....	33
2.5.3 Cíle léčebného cyklu asistované reprodukce	37
2.5.4 Rizika asistované reprodukce.....	37
2.6 Možnosti ovlivnění koncepce.....	39
2.6.1 Kouření.....	40
2.6.2 Alkohol.....	40
2.6.3 Změna stravovacích návyků – racionální výživa	40
2.6.4 Nedostatečná pohybová aktivita, hypokineze	43

2.6.5 Nadměrná pohybová aktivita	44
2.6.6 Optimální/dostatečná pohybová aktivita	44
3 CÍL PRÁCE	46
Dílčí cíle:	46
4 METODIKA	47
4.1 Charakteristika základního souboru	47
4.2 Metody sběru dat	47
4.2.1 Dotazník životní spokojenosti (DŽS).....	47
4.2.2 IPAQ – Mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě.....	49
5 VÝSLEDKY	50
5.1 Analýza úrovně pohybové aktivity	50
5.2 Analýza životní spokojenosti všech respondentů.....	57
5.2.1 Hodnocení životní spokojenosti ve vztahu ke vzdělání	58
5.2.2 Hodnocení životní spokojenosti dle věku	60
5.2.3 Porovnání výsledků měření našeho souboru s normou	62
6 DISKUZE	68
7 ZÁVĚR.....	73
8 SOUHRN.....	75
9 SUMMARY.....	76
11 REFERENČNÍ SEZNAM	77
11 PŘÍLOHY	81

SEZNAM TABULEK

1. Centra a cykly asistované reprodukce v letech 2007 – 2012, ČR	str.	32
2. Položky oblastí životní spokojenosti	str.	48
3. Základní popisné charakteristiky souboru	str.	50
4. Dotazník životní spokojenosti – všichni respondenti	str.	57
5. Dotazník životní spokojenosti – nejnižší vzdělání	str.	59
6. Dotazník životní spokojenosti – střední vzdělání	str.	59
7. Dotazník životní spokojenosti – vysokoškolské vzdělání	str.	59
8. Dotazník životní spokojenosti – respondenti do 33 let (včetně)	str.	61
9. Dotazník životní spokojenosti – respondenti od 33 let a více	str.	61

SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ

1. Faktory ovlivňující zdraví	str. 16
2. Rizikové faktory ovlivňující zdraví	str. 17
3. Složky tělesné zdatnosti a vhodné pohybové aktivity k jejich rozvoji	str. 27
4. Rozmístění center asistované reprodukce v roce 2012	str. 31
5. Podíl jednotlivých věkových skupin žen na celkovém počtu IVF cyklů ve vybraných evropských zemích, 2009	str. 35
6. Počet cyklů asistované reprodukce na tisíc žen fertilního věku ve vybraných evropských zemích, 2009	str. 35
7. Počet cyklů asistované reprodukce podle zamyšleného cíle, 2007 – 2012, ČR	str. 36
8. Podíl jednotlivých věkových skupin žen na celkovém počtu cyklů, 2007 – 2012, ČR	str. 36
9. Vhodné zastoupení základních živin ve stravě	str. 42
10. Způsob života	str. 51
11. Jste kuřák?	str. 51
12. Pravidelná účast v organizované PA během roku	str. 52
13. Nejčastěji provozovaná sportovní činnost během roku	str. 52
14. Jakou sportovní činnost, by jste nejraději provozovala?	str. 53
15. Provádění intenzivní PA během týdne	str. 53
16. Provádění středně zatěžující PA během týdne	str. 54
17. Frekvence intenzivní PA	str. 54
18. Frekvence středně zatěžující PA	str. 55
19. Počet dnů v týdnu strávených chozením nepřetržitě alespoň 10 minut	str. 56
20. Úroveň životní spokojenosti v jednotlivých kategoriích	str. 57
21. Srovnání DŽS na základě dosaženého vzdělání	str. 61
22. Srovnání DŽS na základě věku	str. 62
23. Porovnání průměrných hodnot ve škále „Zdraví“	str. 63
24. Porovnání průměrných hodnot ve škále „Práce a povolání“	str. 63
25. Porovnání průměrných hodnot ve škále „Finanční situace“	str. 64
26. Porovnání průměrných hodnot ve škále „Volný čas“	str. 64
27. Porovnání průměrných hodnot ve škále „Manželství a partnerství“	str. 65
28. Porovnání průměrných hodnot ve škále „Vztah k vlastním dětem“	str. 65

29. Porovnání průměrných hodnot ve škále „Vlastní osoba“	str. 66
30. Porovnání průměrných hodnot ve škále „Sexualita“	str. 66
31. Porovnání průměrných hodnot ve škále „Bydlení“	str. 67
32. Průměrné hodnoty hrubého skóre celkové životní spokojenosti žen majících problém s koncepcí a porovnání s normou	str. 67
33. Porovnání jednotlivých škál našeho souboru s normou	str. 68
34. Porovnání průměrných dat s dalšími DP užívajícími DŽS	str. 70
35. Celkové skóre DŽS	str. 71

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

WHO	World Health Organization
PA	Pohybová aktivita
AI	Artifciální inseminace
AIH	Arteficial insemination from Husband
AID	Arteficial Insemination from Donor
IUI	Intrauterinní inseminace
IVF	In vitro fertilizace
ET	Embryotransfer
ICSI	Intracytoplasmic sperm injection
OHSS	Hyperstimulační syndrom
DŽS	Dotazník životní spokojenosti
IPAQ	Mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě (International Physical Activity Questionnaire)
BMI	Body mass index
n	Četnost souboru
M	Aritmetický průměr
SD	Směrodatná odchylka
MIN	Minimální hodnota znaku
MAX	Maximální hodnota znaku

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Dotazník IPAQ – short	str. 81
Příloha 2. Dotazník životní spokojenosti	str. 83

1 ÚVOD

V současné době postihuje neplodnost asi 15 % párů. Ne nadarmo bývá neplodnost označována jako nemoc 21. století. Hlavní příčinou nechtěné bezdětnosti je v dnešní době příliš dlouho odkládané rodičovství, stres, obezita, nízká úroveň pohybové aktivity a životní nespokojenost ústící ze stále se zrychlujícího životního tempa. Většina žen se po ukončení vzdělání věnuje nejprve několik let kariéře a rodičovství se tak odkládá do pozdějšího věku.

Ženy chtějí mít děti ve vyšším věku, kdy je jejich plodnost biologicky snížena. A také stále více párů vyhledává při neúspěchu odbornou pomoc, což je dáno především obrovským rozvojem tohoto oboru medicíny v posledních letech. Je důležité si uvědomit, že zhruba od 35 do 40 let se šance na otěhotnění rapidně zhoršují.

Důležitou roli v léčbě neplodností zastává úroveň pohybové aktivity, životní styl, psychická pohoda, celkové zdraví a životní spokojenost páru toužícího po dítěti. Snižující se úroveň pohybové aktivity, která je stále rostoucím problémem dnešní uspěchané doby, rovněž neplodnosti neprospívá. Je obecně známo, že nedostatek pohybu vede k celé řadě civilizačních onemocnění. Také pro plodnost obou pohlaví je přiměřená pohybová aktivita velmi důležitou a nezastupitelnou prevencí neplodnosti.

Cílem první části diplomové práce je definovat základní teoretická východiska. Shrnout poznatky o životním stylu, životní spokojenosti, zdraví, pohybové aktivitě, neplodnosti, metodách asistované reprodukce a možnostech ovlivnění koncepce. Cílem výzkumné části je pomocí dotazníkového šetření zjistit úroveň životní spokojenosti a pohybových aktivit žen s problémem koncepce. Tyto otázky budou podrobněji rozebrány v kapitole výsledky a diskuze.

Získaný materiál, by mohl posloužit ženám toužících po dítěti k zamyšlení nad svojí životní spokojeností a také účinku pohybové aktivity ve vztahu k léčbě neplodnosti.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 Zdraví

Pojem zdraví je na první pohled jednoznačný pojem, který však může znamenat pro každého člověka něco poněkud jiného. Podle Zvírotského (2014, 10) „každé individuum má své vlastní, jedinečné zdraví, které vychází ze saturace (nebo naopak frustrace) do značné míry odlišných potřeb“.

Hrabica (2005) zdůrazňuje, že nemoci nejsou mimo člověka, ale v něm. Nemoc si vytváří každý sám. Vnější faktory jako infekce, stravování, klimatické podmínky vytvářejí pouze podmínky pro rozvoj onemocnění.

Pro zdravotní stav člověka je velice důležitý jeho mentální život. Mnoho poznatků naznačuje na těsné vazby našeho psychického života, který se projevuje v našich psychických vlastnostech a projevech, a případných onemocnění, která některé psychické vlastnosti doprovázejí či snad dokonce generují (Kukačka, 2010).

Každý potřebuje k životu např. potravu, někdo dále potřebuje ke svému životu dostatek peněz, jiný zase vyžaduje společenské uznání, bez něhož by trpěl a strádal.

O zdraví je potřeba pečovat, abychom mohli prožívat plnohodnotný a spokojený život. Jak je zdraví důležité si občas uvědomíme až ve chvíli, kdy se na něco těšíme a z důvodu onemocnění musíme naši radost odložit. Mezi rizikové faktory ohrožující zdraví, patří především špatný životní styl - kouření, alkohol, špatná strava, nedostatečná pohybová aktivita apod. V takovém případě roste i pravděpodobnost rozvoje celé řady onemocnění jako např. obezita, nemoci kardiovaskulárního systému a cukrovky.

Přítom přiměřená a pravidelná aktivita, která poskytuje adekvátní pohybové zatížení, může zpomalit proces stárnutí o 6-9 let (Slepičková, 2005).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO), lze zdraví zásadně zlepšit již tím, když se budeme alespoň 30 minut denně nejméně po pět dnů v týdnu věnovat nenáročnému pohybu, například rychlé chůzi. Nejlepší výsledky byly dosaženy u osob se sedavým zaměstnáním, které začaly více chodit. Programy, které zvýšení tělesné aktivity podporují, se měly týkat dopravy, odpočinku i rozvoje měst. Cílem má být řada nových přístupů, které

společně povedou k tomu, že každý člověk bude během dne věnovat více času aktivnímu pohybu. Spojení dobrých stravovacích návyků a tělesné aktivity má souběžný příznivý zdravotní účinek. Společná tělesná aktivita může posílit soudržnost rodin nebo jiných sociálních skupin a posílit úctu k životnímu prostředí. Návrhy domů a jejich okolí mohou výrazně přispět k tomu, aby se z chůze stala přirozená denní aktivita. Auta lze oddělit od cyklistů a chodců vybudováním cyklistických stezek a chodníků pro pěší. Urbanistické plány a opatření týkající se osídlení musí garantovat ochranu prostranství, která mohou být využita k aktivní rekreaci. Nevládní organizace, sportovní kluby, ženské spolky, skauti, kluby starších občanů atd. hrají při těchto sociálních aktivitách důležitou roli. Mají-li být oblasti, kudy se lidé procházejí a kde sportují nebo si hrají jejich děti, opravdu bezpečné, je nezbytné, aby své úsilí spojili zástupci různých odvětví, včetně těch, která ručí za bezpečnost a pořádek a dbají na dodržování zákonů v praxi (European health for All No. 6, 2000).

Podle Křivohlavého (in Slepíčková, 2005) jsou ve zdraví integrovány tyto složky: fyzická, psychická a sociální, které se podmiňují a společně se projevují na celkovém zdraví člověka. Zdraví je celoživotním procesem, ne jednorázovým stavem. Během tohoto procesu člověk podléhá vlivu různých sociálních skupin, např. rodině, škole. Dále na jeho zdraví působí i prostředí jako jsou kulturní podmínky, životní podmínky nebo stav životního prostředí.

„Pojem ‚zdraví‘ má tedy tři odlišné dimenze, které jsou navzájem těsně spojené. Není to pouze dimenze tělesného zdraví, ale i zdraví duševního a sociálního. Definice nevysvětluje, co se myslí pohodou. Pocit pohody ve vztahu ke zdraví prožívá každý člověk jinak, a proto je zdraví velmi subjektivní a podoba zdraví je u každého člověka jedinečná a relativní“ (J. Machová; D. Kubátová a kol, 2009, 16).

2.1.1 Determinanty zdraví

Zdraví je ovlivňováno mnoha faktory. Tyto faktory označujeme jako determinanty zdraví.

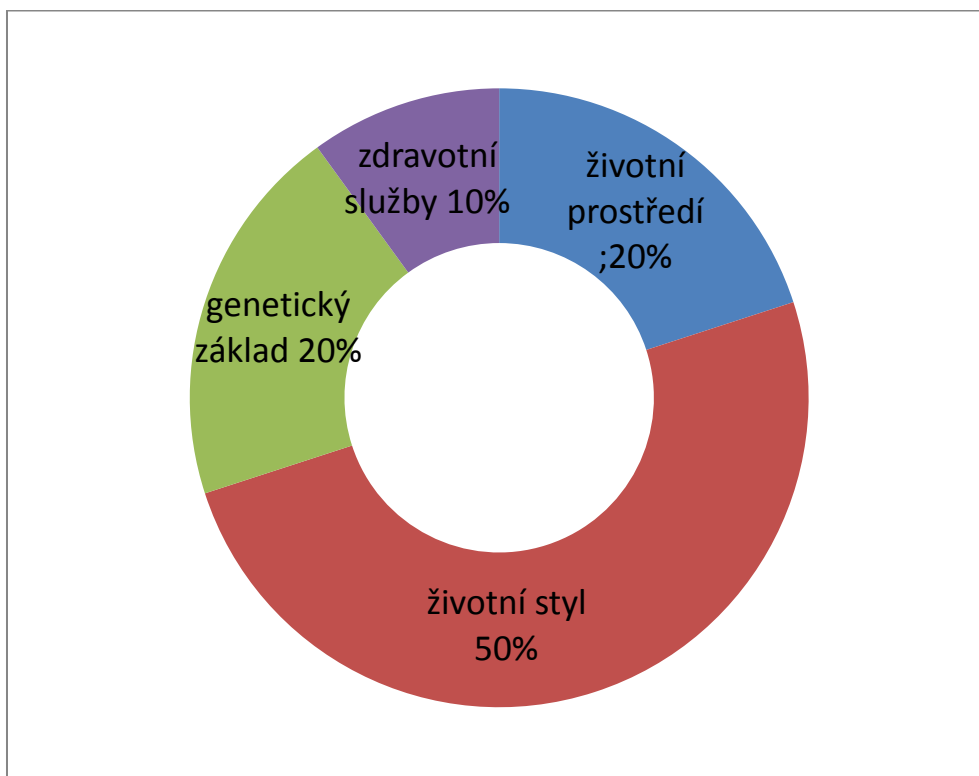
Faktory ovlivňující naše zdraví můžeme rozdělit na:

- vnější (ty které můžeme ovlivnit) – životní styl, životní prostředí, úroveň zdravotnictví a kvalita zdravotní péče

- vnitřní – genetický základ

Na obrázku 1. jsou znázorněny čtyři základní činitele, které se podílejí na formování zdraví a to: životní styl; životní prostředí; zdravotní služby a genetický základ.

„Nejdůležitějším determinantem je však životní styl neboli způsob života“ (Marková, 2012, 7).



Obrázek 1. Faktory ovlivňující zdraví (Machová, Kubátová, & kolektiv, 2009)

Zvírotský (2014, 28) uvádí že: „právě životním stylem může být zdravotní stav z největší části ovlivněn, proto je vhodné věnovat faktorům z tohoto okruhu prvořadou pozornost“.

Za příčinu řady zdravotních potíží je většinou považován životný styl. Holčík (2010) zmiňuje doposud podceňované determinanty a připomíná, že konkrétní životní styl je často důsledkem určité sociální pozice a dosavadních životních zkušeností člověka. Jeho volba spočívá jen do určité míry na rozhodnutí jedince.

Sociální determinanty dle Holčíka (2009) jsou následující:

- zdravotní a sociální podmínky v dětství ovlivňují další zdravotní osud jedince;
 - zdraví souvisí se sociální gradientem;
 - stres poškozuje zdraví;
 - jistota zaměstnání zlepšuje zdraví, nezaměstnanost je příčinou nemocí a předčasných úmrtí;
 - sociální opora a sociální kontakty zlepšují zdraví;
 - spotřeba alkoholu, cigaret a drog je ovlivňována sociálních prostředím;
 - zdravé potraviny jsou politickým problémem;
 - zdravá doprava, to je chůze, jízda na kole a dobrá veřejná doprava;
- (Holčík, 2009,47)

Dnešní doba představuje rychlý rozvoj vědy a techniky, usnadňující život, což sebou přináší jak pozitiva, tak rovněž jistá negativa. Rozvoj dopravních prostředků, výtahů, eskalátorů, špatné životní prostředí, nedostatečná pohybová aktivita, stres, nezdravá strava, to vše se podílí a podporuje celou řadu onemocnění. Ta onemocnění, která jsou spojena se stavem společnosti, se nazývají civilizační choroby. Patří mezi ně cukrovka, rakovina, nemoci srdce a cév a úrazy.

Na obrázku č. 2 vidíme, jaký vztah mezi rizikovými faktory a civilizačními chorobami (+++ znamenají silný vliv faktoru na výskyt daného onemocnění, ++ předpokládá nezanedbatelný vliv, + značí neurčující souvislost).

Faktory lidského chování ohrožující zdraví	Onemocnění				
	Nemoci srdce a cév	Rakovina	Cukrovka	Nemoci duševní	Úrazy
Kouření	+++	+++			+
Nezdravá strava	+++	+++	+++		
Tělesná nečinnost	+++		++	+	+
Obezita	++	++	++	+	+
Nadměrná konzumace alkoholu	++	+	++	++	+++
Psychosociální stres	+++	+	++	++	+

Obrázek 2. Rizikové faktory ovlivňující zdraví (Slepičková, I., 2005, 46)

2.1.2 Kvalita života

Světová zdravotnická organizace (WHO – World Health Organization) definuje kvalitu života následovně: „jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (WHOQOL Group in Orley 1994 dle Dragomirecká 2008,9).

Hodaň s Dohnalem (2005, 86) charakterizují životní styl jako „souhrn činnosti ve všech sférách života, uspokojování životních potřeb, vztahy, hodnoty, ideje, pokrývající celý áš život a jako takový rozhoduje o jeho kvalitě i o kvalitě nás samých“.

„Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se materiálních a sociálních požadavků života, fyzického zdraví jednotlivce“ (Gurková, 2011, 57). Na druhou stranu „subjektivní dimenze se týká jeho subjektivní pohody a spokojenosti se životem, ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům, hodnotám a životnímu stylu vůbec“ (Gurková, 2011,57).

Troufám si tvrdit, že kvalitu života nejvíce ovlivňuje náš životní styl. To kde žijeme, s kým se stýkáme, jak se stravujeme, jaké je naše povolání, jak trávíme svůj volný čas. Bezpochyby velký vliv na kvalitu našeho života má také zdravotní stav.

Jak uvádí Stejskal (2004, 22), pravidelná pohybová aktivita brání vzniku celé řady onemocnění, která jsou spojena s pasivním způsobem života. Před zhruba patnácti lety bylo dokumentováno, že jestliže člověk středního věku začne být tělesně aktivní, průměrně tím prodlouží svůj život o dva roky. Na tento argument však většina lidí středního věku neslyší, protože je konec jejich života ještě hodně vzdálen. Daleko silnějším motivem je zlepšení kvality života, které je s pravidelným cvičením spojeno. Jestliže se na základě pravidelného cvičení cítí např. 35letý muž daleko lépe, než se cítil při sedavém způsobu života, potom je pravděpodobné, že si při srovnání s pasivním životním stylem zachová dobrou kvalitu svého života o 15 až 20 roků déle. A hlavně – efekt pohybové aktivity se projeví relativně brzy, a to výrazně zvyšuje motivační dispozice každého z nás.

Studií o vlivu neplodnosti na kvalitu života, bylo zjištěno, že při léčbě neplodností pociťují ženy nižší kvalitu života než muži (Lau et al, 2008; Ragni et al, 2005; Rashidi et al, 2008).

Výzkumy kvality života u neplodných párů dále ukázaly, že mezi faktory ovlivňující kvalitu života patří:

- pokročilý věk
- nižší úroveň vzdělání
- prodloužená doba trvání obtíží spojených s neplodností
- primární neplodnost
- neúspěšný pokus IVF (in vitro Ferlilizace)
- nižší příjem
- snížená kvalita života

Dalším významným faktorem ovlivňujícím kvalitu života neplodného párů je životní styl. Rozvoj zdravého životního stylu ve vztahu k neplodnosti hraje klíčovou roli a může předcházet potížím s neplodností (Homan, Davies, a Norman, 2007).

Kelly-Wedder, S. & O'Connor (2006) zmiňují, že jedinci podstupující léčbu neplodnosti by si měli být vědomí rizikových faktorů neplodnosti a to zejména takových, které jsou závislé na životním stylu (kouření, alkohol, obezita, nedostatečná pohybová aktivita).

Kublay, Terzioglu & Karatay, (2008) tvrdí, že kouření ženám pomáhá eliminovat stres, a přináší jim odreagování a relaxaci. Z tohoto důvodu lze kouření považovat za metodu, i když neúčinnou, která ženám pomáhá překonat stres během léčby neplodnosti.

Důkazy naznačují, že neplodnost snižuje kvalitu života párů (Bolsoy, Taspinar, Kavlak, a Sirin, 2010).

Další faktory ovlivňující kvalitu života:

Věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, preferované hodnoty, ekonomická situace, vzdělání, religiozita, kulturní zázemí (Slováček, Slováčková, Hebavý, Blažek, & Kačerovksý, 2004)).

Jak uvádí Heřmanová (2012), zřejmým ukazatelem kvality života je životní spokojenost.

2.1.3 Životní spokojenost

V odborné terminologii se často setkáváme s termínem well-being, neboli osobní pohoda. „Přes – v psychologii obvyklou – pluralitu názorů a přístupů k vymezení pojmu well-being se odborníci vcelku shodují v názoru, že se jedná o dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem“ (Křivohlavý, 2004,23).

Životní spokojenost je chápána jako multidimenzionální konstrukt, úzce souvisící s oblastí osobní pohody (Sigmund, Kvintová, Hřebíčková, Šafář & Sigmundová, 2014).

Životní spokojenost je psychologický konstrukt, který je stále důležitějším výsledkem měření v medicíně a zdravotnictví (Daig, Herschbach, Lehmann, Knoll, Decker, 2009).

Životní spokojenost je úzce spojována s oblastí osobního blahobytu a kvalitou života (Proctor, Linley, & Maltby, 2009).

Blatný (2005) považuje životní spokojenost za hlavní složku osobní pohody. Dále ji definuje jako vědomé a globální hodnocení vlastního života jako celku.

Životní spokojenost je pojmem těžko měřitelným. Každý člověk má jiné potřeby přání a také představy o životní spokojenosti.

Fahrenberg (2001, 23) vnímá životní spokojenost jako „individuální posouzení minulých a současných životních podmínek a perspektivy do budoucnosti“ - v níže uvedených deseti oblastech:

- zdraví,
- práce a zaměstnání,
- finanční situace,
- volný čas,
- manželství a partnerství,
- vztah k vlastním dětem,

- vlastní osoba,
- sexualita,
- přátelé, známí, příbuzní,
- bydlení.

Faktory ovlivňující životní spokojenost

- Demografické faktory (manželství, vzdělání, rodina, zaměstnání, pohlaví, příjem, věk)
- Faktory chování a projevů chování (aktivity, životní události, sociální kontakt)
- Osobnostní faktory (sebeúcta, temperamentové charakteristiky, internalita, optimismus, inteligence)
- Biologické faktory (zdraví)

2.2 Životní styl a životní způsob

Podle Hodaně (in Dohnal, 2005) bývají pojmy životní styl a životní způsob často zaměňovány, musíme mezi nimi vnímat zásadní rozdíl. Životní styl zahrnuje vše, co se týká jedince, kdežto životní způsob má skupinový charakter.

„Životní způsob tedy vyjadřuje souhrn, strukturu a dynamiku všech životních činností členů skupiny. Jsou v něm zahrnuty všechny sféry a způsoby lidské aktivity, stejně jako podmínky jejich realizace, vztahů lidí ve společnosti i jejich individuální proměnlivost“ (Hodaň, in Dohnal, 2005, 84).

Životní styl zahrnuje vše, co souvisí s činností člověka, to jak se chová, obléká, jak tráví svůj volný i pracovní čas, jak se stravuje, jaké má životní priority, přátelé. Během života si každý z nás vytváří svůj životní styl. Tento se během života mění, protože souvisí s určitými názory a postoji, kulturou, ekonomickými faktory, a také zemi, ve které žijeme.

„Životní styl lze charakterizovat jako paletu prakticky všech lidských aktivit od myšlení, přes chování až po jednání a to takových, které zaujmají v životě trvalejší místo, většinou se opakují, jsou typické a předvídatelné. Nejčastěji se posuzuje podle názorů, postojů a chování“ (Slepičková, 2005, 41).

„Zjednodušená definice životního stylu poukazuje na vyhraněné typické chování lidí ve společnosti. Životní styl je systémem významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí typických charakteristických pro určitý subjekt. Jedná se o souhrn relativně ustálených každodenních praktik, způsobů realizace činností a způsobů chování“ (Kukačka, 2010, 194).

Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možností) (J. Machová; D. Kubátová & kol., 2009, 16).

Stejskal (2004), řadí mezi nejdůležitější složky životního stylu, které jsme schopni ovlivnit naším chováním výživu a pohybovou aktivitu.

Pro současný životní styl je charakteristický, konzumní styl života, nesprávná životospráva, narůstající psychické vypětí, škodlivé životní prostředí spolu s vyššími nároky na kvalitu lidského faktoru vytvářejí psychosociální tlak na jedince. Stále se zvyšuje podíl duševní práce, což přirozeně vede u většiny lidí ke snižování přirozeného tělesného zatížení organismu a následně pak i ke snížení fyzické kondice (Kukačka, 2010).

Podle Hodaně (in Dohnal, 2005, 80) je životní styl také podmíněn:

- a) individuálním rozvojem a jeho aktuálním stavem,
- b) dosaženou úrovní kulturnosti daného individua,
- c) individuální filozofickou a hodnotovou orientací,
- d) rodinnými tradicemi
- e) konkrétním podílem na výrobním procesu
- f) individuálním postavením v socio-profesní skupině,
- g) množstvím a úrovní realizovaných sociálních rolí,
- h) dosaženou individuální životní úrovní,
- i) vlivem okolního prostředí.

„Člověk v průběhu své ontogeneze prochází různými věkovými a vývojovými fázemi, které mění jeho životní styl. Na základě vnějších a vnitřních faktorů se jeho životní styl (na základě celé řady vnějších a vnitřních faktorů) utváří, upravuje, formuluje, doplňuje, pozměňuje nebo stabilizuje“ (Dohnal, 2002, 76).

Fořt (2005) uvádí, že vědecké poznatky ukazují, že více než 60 % všech onemocnění je způsobeno špatným životním stylem.

Většina lidí onemocní vlastní vinou, z důvodů zanedbávání prevence a podceňování negativních vlivů nezdravého životního stylu, stresu, dědičných dispozic, špatného životního prostředí či rizikových pracovních podmínek (Kukačka, 2010).

Stejskal (2005) tvrdí, že v urbanizované společnosti na vysokém stupni technického rozvoje hrozí nebezpečí v podobě nedostatku přirozeného pohybu. Přibývá sedavých zaměstnání a člověk je zatěžován především psychicky. Po většinu pracovního dne sedí, a ve zbývajícím volném čase se pohybem rovněž příliš nezabýváme. Nedostatek pravidelného pohybu je spojen s dalším nešvarem, kterým je přejídání.

2.2.1 Zdravý životní styl

Zdravý životní styl, by měl vést k podpoře našeho zdraví. Když mluvíme o zdravém životním stylu, měla by se nám vybavit – pravidelná pohybová aktivita, správná životospráva, dostatek spánku, relaxace a odpočinku, eliminace stresu, optimální tělesná hmotnost.

Kukačka (2010) uvádí, že zdravý životní styl klade důraz na potřebu zdravého pohybu a zdravou stravu, které přímo ovlivňují další významnou zdravotní hodnotu v podobě optimální tělesné hmotnosti.

Jak uvádí Stejskal (2004,12) „Pravidelné cvičení i přirozená pohybová aktivita jsou spolu s přiměřeným příjmem energie nejlepším, nejbezpečnějším a ekonomicky nejméně náročným preventivním prostředkem většiny civilizačních onemocnění“.

Proto, aby člověk dokázal změnit svůj životní styl, je důležitá motivace. Člověk si musí uvědomit svůj problém a mít potřebu jej řešit. V této fázi, kterou nazýváme fáze přemýšlení, je

potřeba si uvědomit co všechno se změnou životního stylu souvisí (pravidelná pohybová aktivita, dieta, odstranění špatných životních návyků apod.). Velká část správně motivovaných lidí je schopná svou životosprávu upravit a začít cvičit. Velice důležité je, aby se změny životního stylu staly trvalou součástí života. Aby bylo rozhodnutí o změně životního stylu rozhodnutím na celý život, musí být rozhodnutím zodpovědným, vážným a zásadním (Stejskal, 2004).

V odborné literatuře se dále můžeme setkat s pojmem „aktivní životní styl“.

Aktivní životní styl je chápán jako takový životní styl, ve kterém zaujímá podstatné místo pravidelná pohybová aktivita. Pravidelná aktivita přitom není chápána pouze biologicky, ale respektuje také bio-psycho-sociální složky existence a fungování lidského organismu. (Bunc, 2008).

Valjenta (2005, 2008) se přiklání k názoru, že pojem aktivní životní styl není ve vědecké literatuře dostatečně zkoumán. Většinou je tento termín chápán jako synonymum k pojmu zdravý životní styl.

Podle Rychteckého (2006) je pohybová aktivita a sport nepostradatelnou součástí životního stylu. Přičemž účinky pohybových aktivit mohou být krátkodobé, bezprostřední, ale i relativně trvalé. To v případě, že se pohybová aktivita stane součástí hodnotového systému a promítne se do vytvoření aktivního životního stylu.

Valjent (2008) rozděluje složky aktivního životního stylu do dvou oblastí:

- psychosociální – sociální prostředí, duševní rovnováha, sovětová a vzdělávací činnost, preventivní zdravotní péče, technologický pokrok
- biologické – zdravá výživa, pohybová aktivita a sport, rizikové faktory

2.3 Pohybová aktivita

V odborné literatuře se setkáme se spoustou definic a charakteristik pohybové aktivity.

Jak uvádí Hendl a Dobrý (2011, 16) je pohybová aktivita definována jako druh pohybu člověka, který je výsledkem svalové práce provázené zvýšením energetického výdeje, charakterizované vnitřními determinanty a vnější podobou. Pohybové aktivity představují mnohovýznamový konstrukt a podle kontextu jsou dále různě označovány jako strukturované, nestrukturované, zdraví podporující, bazální, běžné každodenní a sportovní.

„Bylo dokázáno, že dlouhodobá pohybová aktivita prodlužuje lidský život a snižuje úmrtnost na onemocnění spojená se sedavým životním stylem. Indikace tělesných cvičení je však značně individuální“ (Kukačka, 2010, 23).

Jak uvádí Stejskal (2004), lékařský předpis pohybové aktivity je stejně významný, jako aplikování jiného farmaceutického výrobku.

„Pohyb je základním zdrojem i produktem lidského života a je od něj neoddělitelný“ (Hodaň, 2005, 19).

„Pohyb je jedním ze základních projevů člověka – dechové pohyby, stahy srdeční svaloviny, kolování krve v žilách. Aktivní ohyb, který je výsledkem vlastní pohybové aktivity, je nejpřirozenějším předpokladem pro zachování a upevňování fyziologických funkcí organismu“ (Čevela, Čeledová & Dolanský, 2009, 47).

„Z pohledu životního stylu můžeme pohybovou aktivitu dělit na tu, kterou vykonáváme v zaměstnání, v domácnosti, ve volném čase. Pohybovou aktivitu můžeme využívat jakou součástí dopravy z místa na místo“ (Sigmund, Sigmundová, 2011, 6).

Pohybová aktivita je pro jedince významným prostředkem prevence nemocí a pro společnost (národ) je navíc ekonomicky výhodná. Je to společensky efektivní metoda, která zlepšuje zdraví celé populace (Hobza, 2007).

Jestliže sledujeme množství denní pohybové aktivity, měli bychom hodnotit především tzv. Habituální (obvyklou) pohybovou aktivitu, která je přirozenou součástí našich denních povinností (např. cesta do zaměstnání, práce v domácnosti, obstarávání nákupu, pravidelná práce na zahradě atd.). Jestliže náš zdravotní stav vyžaduje zvýšení pohybové aktivity, potom musíme začít nejen s cvičením ale zároveň dbát i na zvýšení habitací aktivity (Stejskal, 2010, 25).

Vzhledem k vysoké variabilitě lidských činností je i spektrum pohybových aktivit velmi rozsáhlé. Patří sem jak činnosti energeticky nenáročné, tak sportovní výkony o vysoké intenzitě zatížení (Stejskal, 2004).

Dle WHO (2004), která definuje pohybovou aktivitu jako: „jakoukoliv aktivitu produkovanou kosterním svalstvem způsobující zvýšení tepové a dechové frekvence“ (Kalman, Hamřík, & Pavelka, 2009,21).

Vliv PA dle WHO:

- produkce endorfinů v mozku
- zvýšení duševního potenciálu
- lepší spolupráce sympatiku a parasympatiku
- harmonizace endokrinního systému
- pozitivní psychický vliv – snížení napětí
- pozitivní vliv na léčbu NCD (snížení triglyceridů v krvi, metabolismus tuků)
- preventivní charakter před osteoporózou
- pozitivní vliv na pohybový aparát (klouby, šlachy, napětí svalu)
- podpora krevního oběhu
- zvýšení transportní kapacity kyslíku
- snížení krevního tlaku, klidové tepové frekvence a zlepšení činnosti srdce
- pozitivní vliv na degenerativní působení stárnutí
- stimulace hlubokého břišního dýchání
- pozitivní vliv na chronický únavový syndrom
- napomáhá ukončení tabakismu
- pohybově aktivnější matky mívají zdravější děti

(Kalman, Hamřík, & Pavelka, 2009)

Volba pohybové aktivity je individuální záležitost. Každý jedinec by měl při výběru pohybové aktivity zvážit svůj zdravotní stav, věk, hmotnost, apod. Pohybová aktivita by měla přinášet co nejvíce příjemných pocitů, abychom se jí mohli věnovat co nejdéle.

Pohybová aktivita významně zvyšuje duševní pohodu v každém věku. Pohybová aktivita je životaschopný nástroj, jenž může vést ke zvýšení životní spokojenosti, protože ona sama o sobě posiluje pozitivní efekt, zvyšuje pohodu a spokojenost se životem (Hyde, 2013).

Pohybová aktivita	Vytrvalost (aerobní zdatnost)	Svalová síla	Pohyblivost	Koordinace
rychlá chůze	++	+		
chůze do kopce, schodů	+++	++		
běh, jogging	+++	++	+	+
cyklistika	+++	++	+	++
plavání	+++	+++	++	+++
fotbal	++	+++	++	++
tenis	++	+++	+++	+++
kulturistika		+++	+	++
gymnastika	+	++	+++	+++
aerobik	+++	+	++	+++
jóga		+	+++	++
jízda na koni		+++		++++++
práce na zahradě	++	+++	+	++

Obrázek 3. Složky tělesné zdatnosti a vhodné pohybové aktivity k jejich rozvoji (Machová & Kubátová, 2009, 43)

Předchozí tabulka uvádí složky tělesné zdatnosti a různé druhy pohybových aktivit, které tyto složky rozvíjejí.

Pohybová aktivita významně zvyšuje duševní pohodu v každém věku. Pohybová aktivita je životaschopný nástroj, jenž může vést ke zvýšení životní spokojenosti, protože ona sama o sobě posiluje pozitivní afekt, zvyšuje pohodu a spokojenost se životem. (Hyde, 2013).

2.4 Neplodnost

Odhaduje se, že každý pátý pár má potíže s otěhotněním. Co se týká příčin neplodnosti, jsou na tom obě pohlaví stejně. 40 % všech případů neplodnosti je způsobeno mužským a 40 % ženským faktorem. Zbývajících 20 % je způsobeno kombinací mužského a ženského faktoru, anebo nemusí být příčina problému s otěhotněním odhalena (Doherty & Clark, 2006).

Neplodnost je závažný zdravotní problém, který snižuje kvalitu života a postihuje 10 až 15 % populace v reprodukčním věku (Chura & Norman, 2007; Frey & Patel, 2004; Gibbs, Karlan, Haney, a Nygaard, 2008; Jose-Miller, Boyden, a Frey, 2007).

Lidská neplodnost je podle Světové zdravotnické organizace definována jako stav, kdy v průběhu jednoho roku při pravidelném pohlavním životě nedojde k otěhotnění ženy.

„V anglosaské terminologii se za neplodnost považuje i stav, kdy žena sice otěhotnět může, ale není schopna dítě donosit. V českém názvosloví v těchto případech někdy hovoříme o infertilitě“ (Mrázek, 2003, 7).

„Neplodnost je vždy diagnózou páru, tedy konkrétního muže a konkrétní ženy. Za neplodný považujeme pár v případě, že nedojde k otěhotnění po jednom roce pravidelného pohlavního styku“ (Řežábek, 2008, 10).

V případech, kdy se páru nedaří otěhotnět, mluvíme o sterilitě, kdežto jako infertilitu označujeme neschopnost matky dítě donosit. O primární sterilitě hovoříme v případě, kdy žena nebyla nikdy těhotná, sekundární sterilita znamená, že již těhotná byla, ale těhotenství skončilo třeba potratem, nebo bylo ukončeno uměle.

Neplodnost způsobuje náhlou a nečekanou krizi pro mnoho párů. Diagnostika a léčba neplodnosti může trvat mnoho let. (Ramezanzadeh et al., 2007; Rashidi et al., 2008; Schanz et al., 2005).

Mezi faktory ovlivňujících narůstající obtíže s početím spadají:

- změny spojené s tradiční rolí žen

- vývoj v oblasti asistované reprodukční techniky
 - odkládání rodičovství do pozdějšího věku
 - zvyšující se dostupnost antikoncepčních metod
 - zneužívání návykových látek (alkohol, tabák, aj.)
 - změny stravovacích návyků
 - zvýšení výskytu pohlavně přenosných nemocí
- (Callahan & Caughey, 2007; Frey & Patel, 2004, Gibbs a kol., 2008).

2.4.1 Příčiny neplodnosti

Při řešení problému s neplodností je potřeba brát v úvahu, že problém může být jak na straně ženy, tak i na straně muže. Z tohoto důvodu by bylo hrubou chybou orientovat se pouze na vyšetření ženy, jak uvádí Řežábek (2008, 23) „v 50 % léčby neplodnosti je příčina na straně ženy, ve 40 % příčina u muže a u 10 % párů není žádná příčina nalezena. U části párů (přibližně 20 %) je porucha jak u ženy, tak u muže“.

Příčiny neplodnosti u muže

„Kvalita spermatu je hlavním faktorem mužské neplodnosti. Kromě snížených parametrů spermiogramu má na fertilitu muže vliv aktuální zdravotní stav, urogenitální infekce, přítomnost varikokély, poškození chámovodů a další negativní faktory ovlivňující tvorbu spermií“ (Ventruba, Crha, Žáková a kol., 2013, 3).

„Základním vyšetřením plodnosti muže je vyšetření a vyhodnocení kvality ejakulátu jako celku, které se provádí po 5 dnech pohlavní abstinence“ (Ulčová-Gallová, 2006, 13).

Příčiny neplodnosti u ženy

„U žen se jedná nejčastěji o poškození vejcovodů, hormonální poruchy, které negativně ovlivňují tvorbu vajíček, vrozené vývojové vady dělohy, endometriózu, genetické či imunologické faktory neplodnosti a další“ (Ventruba, Crha, Žáková a kol., 2013, 3).

Řežábek (2008), uvádí následující příčiny neplodnosti na straně ženy:

- nedochází k pohlavnímu styku

- nedozrává vajíčko
- spermie nemohou proniknout k vajíčku, protože neprojdou hrdlem děložním nebo neprojdou vejcovodem
- vajíčko není v pořádku a spermie ho nedokáží oplodnit
- málo hormonů nezbytných pro zahníždění vajíčka
- sliznice děložní nedokáže embryo přijmout

„Tyto příčiny se mohou u některých žen i kombinovat. Proto zjištění jedné z nich není důvodem pro ukončení vyšetřování“ (Řežábek, 2008, 27).

Mrázek (2003) uvádí, že převážnou většinu příčin neplodnosti tvoří případy, kdy u žen nedochází k ovulaci, nebo kdy žluté tělísko, na kterém je těhotenství v prvních týdnech hormonálně závislé, funguje nedostatečně.

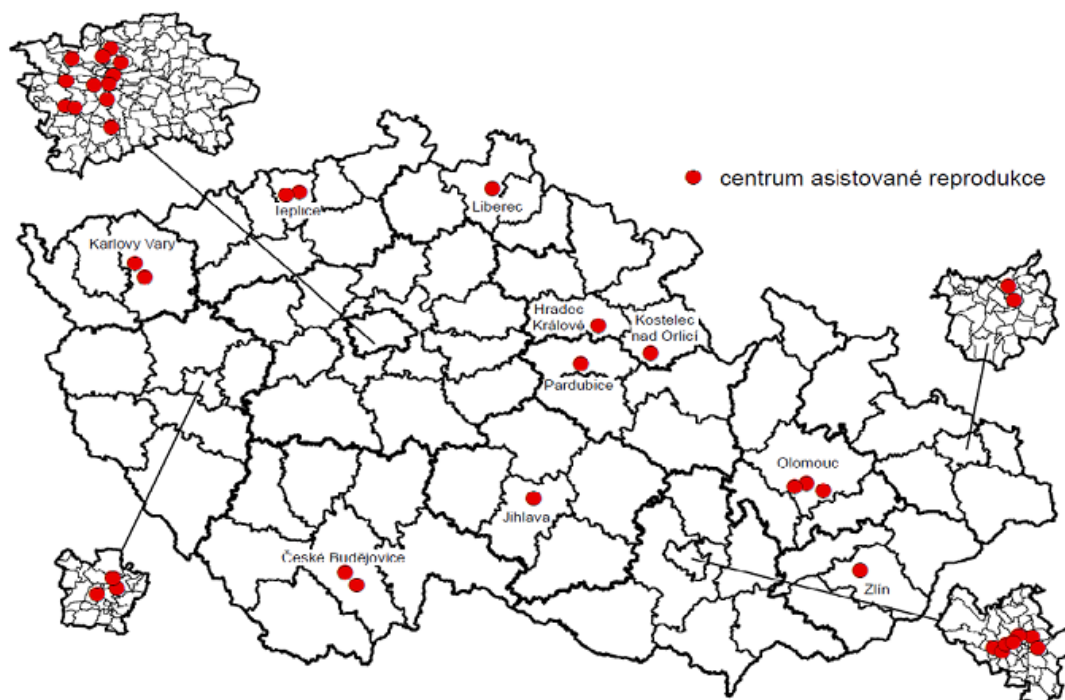
Lazničková (2012) uvádí jako ostatní příčiny neplodnosti: endometriozu, tělesnou váhu, věk a genetické a chromozomální vady ženy.

2.5 Asistovaná reprodukce

Asistovaná reprodukce je obor medicíny, který pracuje mimo tělo člověka se spermii, vajíčky a embryí s cílem oplodnění ženy. Naprostá většina postupů asistované reprodukce je určena k léčbě či prevenci choroby – neplodnosti, jen v oblasti skladování zárodečných buněk a preimplantační genetické diagnostiky asistovaná reprodukce samotnou léčbu neplodnosti přesahuje. Léčba neplodnosti je tedy primárním cílem asistované reprodukce (Řežábek, 2008, 11).

Metody asistované reprodukce představují takové postupy, při nichž se v rámci léčby neplodnosti manipuluje s lidskými pohlavními buňkami (spermii a vajíčky)“ (Mrázek, 2003, 17).

V níže uvedeném obrázku můžeme vidět počet a rozmístění center asistované reprodukce v České republice.



Obrázek 4. Rozmístění center asistované reprodukce v roce 2012 (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2013, 6)

Tabulka 1. Centra a cykly asistované reprodukce v letech 2007 – 2012, ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2013, 3)

Rok	Počet center	Počet cyklů	Průměrný počet cyklů na 1 centrum
2007	27	17 682	654,9
2008	30	21 316	710,5
2009	30	22 707	756,9
2010	31	23 798	767,7
2011	37	24 550	663,5
2012	39	27 353	701,4

2.5.1 Metody asistované reprodukce

- Arteficiální inseminace (AI) – vnesení spermií do pohlavního ústrojí ženy. Podle zdroje spermií rozlišujeme AIH (Artificial Insemination from Husband – od manžela) nebo AID (Artificial insemination from Donor – od dárce). Inseminaci lze provést do pochvy nebo na děložní hrdlo, většinou se ale z důvodu maximálního využití spermií provádí intrauterinní inseminace (IUI) vstříknutím spermií do dělohy. Před tím se spermie musí dobře vyčistit a zbavit bakterií a cizorodých látek.

„Jednou z možností léčby neplodnosti je umělá inseminace, jedná se o metodu, která se používá při vysoké životaschopnosti spermií a například při anatomických poruchách čípku, funkčních poruchách cervikálního hlenu nebo při nevysvětlitelné neplodnosti“ (Doherty, 2006, 44).

- IVF ET – in vitro fertilizace a embryotrasfer, tedy odběr vajíčka, jeho laboratorní ošetření – kultivace se spermii, sledování vývoje – a přenesení vzniklého embrya do dělohy. Často se užívá jen IVF a doplněk ET se považuje za samozřejmý. IVF je nejdůležitější metodou asistované reprodukce a její klasickou indikací je neprůchodnost vejcovodů.
- ICSI – intracytoplasmic sperm injection, tedy injekce (jediné) spermie přímo do vajíčka. Jde o nejúčinnější metodu léčby těch případů mužské neplodnosti, kdy nacházíme v ejakulátu výrazně až extrémně snížený počet spermií. ICSI provádíme pod mikroskopem. Vzhledem k tomu, že jehla musí mít průměr srovnatelný s rozměry

spermie, používáme jako jehlu speciální skleněnou kapiláru vytaženou do špičky se zabroušeným hrotem. ICSI je podskupinou IVF, kdy malý úsek IVF procesu provedeme za pomoci skleněných jehel.

- Kryokonzervace gamet a embryí – umožní jejich dlouhodobé skladování před léčbou neplodnosti. Provádí se zmrazením buněk na nízké teploty, většinou na -196 stupňů Celsia, tedy na teplotu kapalného dusíku. Při této nízké teplotě ustanou všechny životní pochody a spermie nebo embrya tak lze uchovávat velmi dlouho, téměř neomezeně. Nesnadná je však fáze zmrazování a rozmrazování, kdy může dojít k poškození buněk. Aby se mu předešlo, provádí se zmrazování buněk ve speciálních přístrojích s programovaným postupným snižováním teploty, přičemž buňky jsou obklopeny roztokem s tzv. Kryoprotektivy, tedy látkami, které je chrání před škodami způsobenými mrazem.
- Mikromanipulace – operace na vajíčku nebo embryu. Pod mikroskopem, pomocí speciálních nástrojů a hydraulických převodů pohybu ruky, můžeme zavést do vajíčka jednu spermii, vyjmout jednu z buněk embrya, vložit jádro jiné buňky, naříznout nebo laserem narušit obal embrya – zonu pellucidu a provádět další úkony.
- Programy darování gamet a embryí – spočívají v tom, že je možné oddělit zárodečné buňky od těla člověka (ženy i muže). Dárce (dárkyní) je podle definice osoba stojící mimo neplodný pár. (Řežábek, 2008, 11)

2.5.2 Statistika úspěšnosti asistované reprodukce

- Inseminace

„Pro ženy do 35 let věku lze na dobrém pracovišti očekávat úspěšnost inseminace při normospermii přibližně 10 – 15 %, za použití stimulace růstu několika folikulů 20 – 30 %.“ (Řežábek, 2008, 85).
- IVF

„Po IVF otěhotní přibližně 50 % žen, kterým byla transferována dvě embrya, typická naděje každého embrya na implantaci – implantation rate (IR) – je 35%. Některé ženy s dobrou prognózou mají IR až 60% - pokud se domníváme, že o takovou ženu jde, doporučujeme ji transferovat pouze jedno embryo. Žena pak otěhotní s vysokou pravděpodobností – např. 60%, aniž bychom ji vystavovali riziku dvojčetné či vícečetné gravidity. Evropským trendem je snaha o jednočetná těhotenství, proto se doporučuje transferovat většinou jen dvě embrya, v optimálním případě jedno. Transferovat tři embrya je doporučeno jen výjimečně, a to u žen se špatnou prognózou, transferovat čtyři embrya naráz se pak z etického hlediska nedoporučuje vůbec“ (Řežábek, 2008, 85).

- Kryoembryotransfer

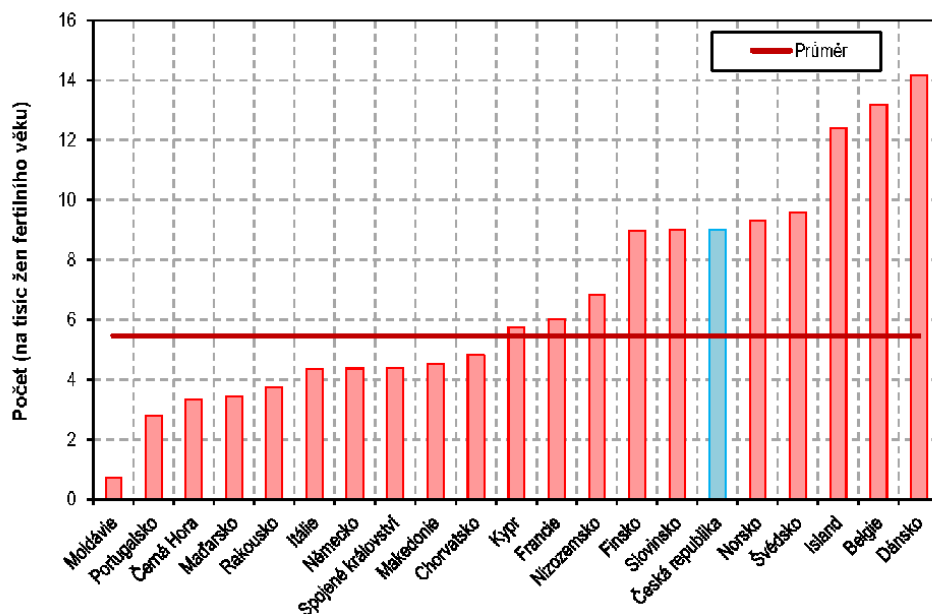
„Embrya kryokonzervovaná mají vzhledem k zátěži procesem zmrazení a rozmrazení menší naději na to, že povedou k těhotenství. Po rozmrazení kryokonzervovaných embryí v průměru polovina z nich není schopna vývoje, a embrya dobře se vyvíjející mají pravděpodobnost implantace přibližně 75% oproti čerstvým embryím dané ženy.

Polovina žen, které mají jedno kryoembryo, tedy bude mít po rozmrazení životaschopné embryo pro kryoembryotransfer, a otěhotní poté s pravděpodobností 20 – 25%.

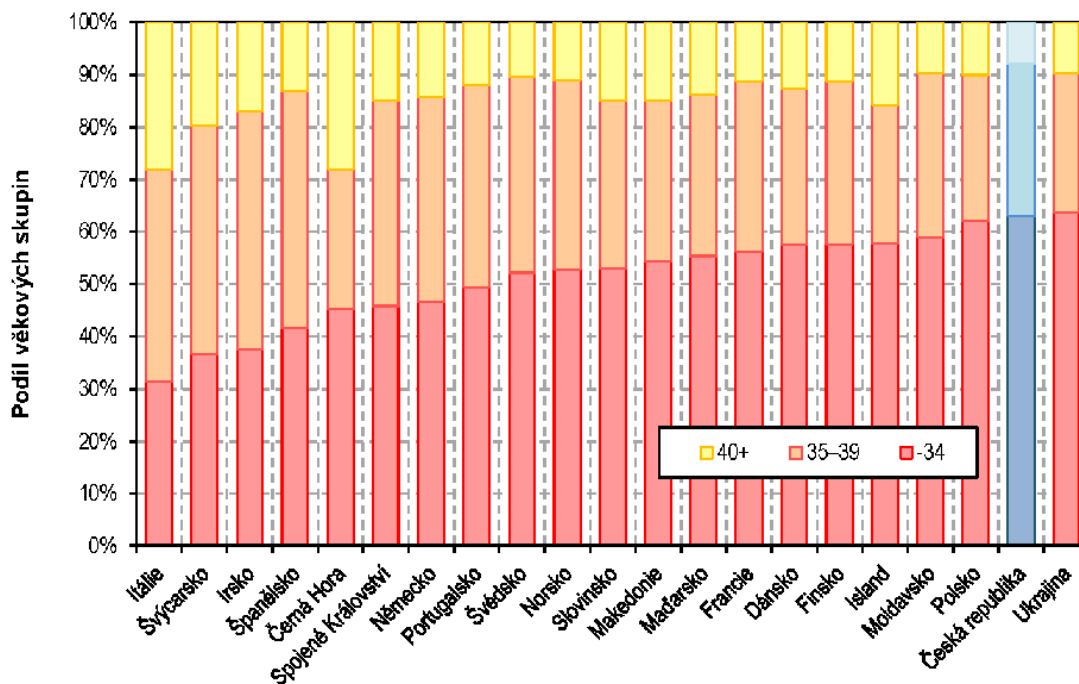
S vyšší počtem zamrazených embryí stoupá naděje na to, že budeme pro ženu mít vhodná embrya ke kryoembryotransferu. V běžné praxi po kryoembryotransferu současně dvou embryí otěhotní přibližně 30-40% žen“ (Řežábek, 2008, 86).

- Kumulativní úspěšnost léčby

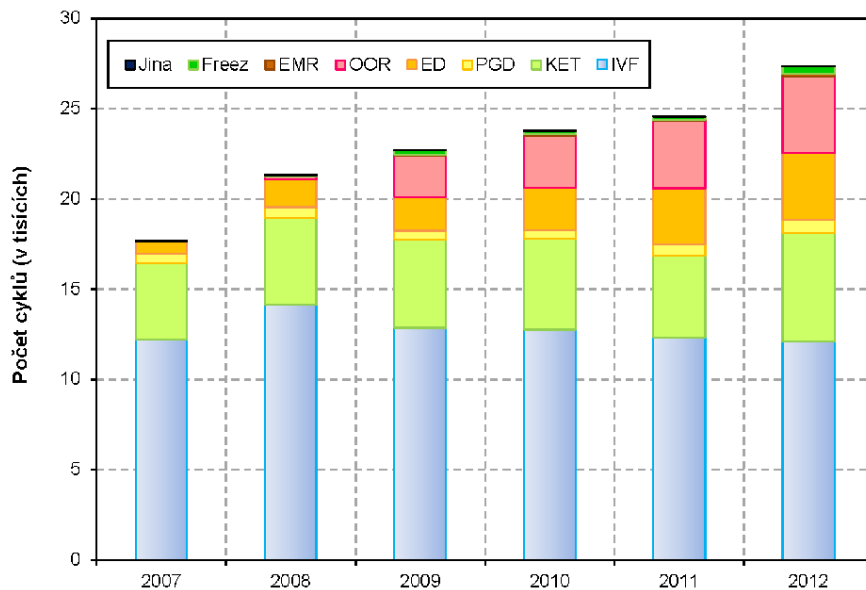
„Kumulativní úspěšnost je součtem pravděpodobnosti otěhotnění za několik léčebných cyklů. Je-li pravděpodobnost jednotlivé inseminace 15%, je kumulativní úspěšnosti po šesti cyklech 62%. Proto i relativně málo efektivní metody mají své místo v asistované reprodukci jsou-li málo rizikové, nenáročné, levné a máme-li k jejich provádění vzhledem k věku ženy dostatek času. Kumulativní úspěšnosti lze vztahovat nanejvýš proces v rámci IVF, tedy na stimulaci a odběr oocytů. Jestliže v primárním cyklu IVF ET otěhotní 50 % žen a v následném cyklu s transferem kryoembryí je naděje na otěhotnění 30%, je kumulovaná pravděpodobnost pro ženu, která má kryoembrya, přibližně 80%“ (Řežábek, 2008, 86).



Obrázek 5. Podíl jednotlivých věkových skupin žen na celkovém počtu IVF cyklů ve vybraných evropských zemích, 2009 (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2013, 4)

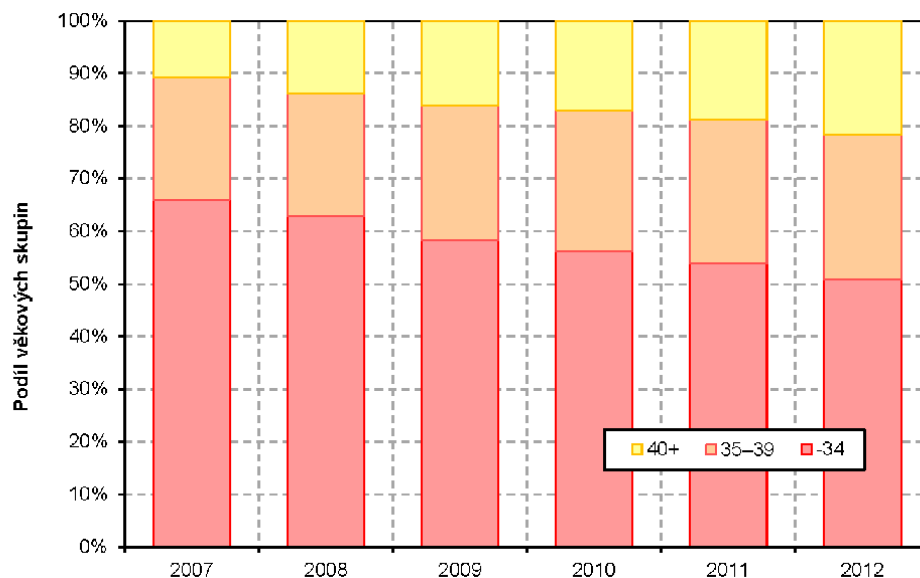


Obrázek 6. Počet cyklů asistované reprodukce na tisíc žen fertálního věku ve vybraných evropských zemích, 2009 (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2013, 5)



Pozn.: IVF = mimotělní oplodnění, KET = kryoembryotransfer, ED = darování oocytů,
 OOR = přijetí darovaných oocytů, EMR = přijetí darovaných embryí, Freez = zamražení

Obrázek 7. Počet cyklů asistované reprodukce podle zamyšleného cíle, 2007 – 2012, ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2013, 3)



Obrázek 8. Podíl jednotlivých věkových skupin žen na celkovém počtu cyklů, 2007 – 2012, ČR (Ústav zdravotnický informací a statistiky České republiky, 2013, 4)

2.5.3 Cíle léčebného cyklu asistované reprodukce

- Hormonální stimulace vaječnicků
- Získání vajíček a spermií
- Mimetělní oplození vajíček
- Transfer (přenos) embryí do dělohy
- Těhotenství a porod zdravého plodu
(Ventruba, Crha, Žáková a kol., 2013, 3)

2.5.4 Rizika asistované reprodukce

„Techniky a metody asistované reprodukce s sebou přinášejí i některá rizika a nežádoucí účinky“ (Ventruba, Crha, Žáková a kol., 2013, 24).

1. Hyperstimulační syndrom – OHSS

Jde o bouřlivou reakci vaječnicků na hormonální stimulaci. OHSS je provázen bolestmi v podbřišku, nevolností, přítomnosti volné tekutiny v dutině břišní, zvětšením vaječnicků. Závažnější formy OHSS provázené poruchou vnitřního prostředí, poruchou srážlivosti krve nebo výpotkem na plicích je vždy nutné léčit za hospitalizace v centru asistované reprodukce. Prevence OHSS zahrnuje pečlivé monitorování hormonálních hladin během stimulace, pravidelnou ultrazvukovou kontrolu vaječnicků a individuální úpravu dávkování hormonálních preparátů určených ke stimulaci.

2. Mimoděložní těhotenství

Riziko mimoděložní gravidity je vyšší u pacientek s poškozenými vejcovody. Proto je kladen důraz na vyšetření průchodnosti vejcovodů. Při nejasném nálezu je vhodná diagnostická laparoskopie.

3. Spontánní (samovolné) potraty

Každé těhotenství je spojeno s řadou rizik včetně samovolného potratu. Nedostatečná životaschopnost zárodku se projeví zástavou vývoje nejčastěji v průběhu prvních 12 týdnů těhotenství.

4. Vícečetné těhotenství

Výskyt vícečetného těhotenství po technikách asistované reprodukce je vyšší v porovnání s ostatní populací. Trojčetná a vícečetná těhotenství představují riziko současně pro matku i pro plody. Prevencí je zavedení menšího počtu embryí do dutiny děložní. V případě dobré kvality embryí lze doporučit přenos pouze jednoho či dvou embryí a další kvalitní embrya zmrazit.

(Ventruba, Crha, Žáková a kol., 2013, 24)

2.6 Možnosti ovlivnění koncepce

Je dobré si uvědomit, že neplodnost je sice nemocí, ale ve většině případů vyléčitelnou nemocí. Pár, kterému se nedaří otěhotnět po dobu jednoho roku, by měl po této době vyhledat odbornou pomoc. Léčba neplodnosti není záležitostí na pár dní, ale jedná se o dlouhý, psychický náročný proces. I přesto, že léčba neplodnosti znamená časové zatížení s opakovanými návštěvami u lékaře, neměla by se stát hlavním programem života (Řezábek, 2004).

Důležitou roli v lidské reprodukci hraje obezita (Michalakis et al., 2013). Obézní ženy se často potýkají s problémem početí (Gesink Law et al, 2007). Kromě toho bylo prokázáno, že u obézních žen se častěji vyskytují komplikace během těhotenství, a rovněž zde hrozí vyšší riziko poškození plodu (Knight et al, 2010).

Před zahájením léčby neplodnosti, či před plánováním těhotenství, by měl být u obézních pacientů hlavním cílem úbytek hmotnosti (ESHRE Task Force pro etiku a právo, 2010; Nelson a Fleming, 2007).

Úbytek tělesné hmotnosti zvyšuje nejen šanci ke spontánnímu otěhotnění, ale také zvyšuje úspěšnost asistované reprodukce (Chavarro et al, 2012; ESHRE Task Force pro etiku a právo, 2010).

Nejméně náročnou léčbou neplodnosti je bezpochyby změna životního stylu. Pro mnoho páru léčba neplodnosti začíná a končí právě zde.

Mezi nejčastější špatné návyky ovlivňující neplodnost patří:

- kouření
- alkohol
- nedostatečná pohybová aktivita
- nadměrná pohybová aktivita (vrcholový sportovci)
- změna stravovacích návyků

2.6.1 Kouření

„Důsledkem kouření je nízký počet spermií, špatná morfologie spermií a nízká pohyblivost spermií. U žen se předpokládá, že kouření negativně ovlivňuje plodnost a průkazně způsobuje, že novorozeňata kouřících žen mají nižší porodní váhu“ (Novotný, 1997, 100).

Jak upozorňují Crha a Hrubá (2000), kouření má také velký vliv na stravování. Kouření způsobuje sníženou citlivost chuťových buněk. Kuřáci často vyhledávají chuťově výrazné pokrmy (smažené, solené, kořeněné a grilované) a naopak většinou neplní výživová doporučení v konzumaci mléčných výrobků, ovoce, zeleniny a cereálií.

2.6.2 Alkohol

„Ačkoliv se jedná o látku, která obsahuje využitelnou energii, nepodporuje pozitivně růst ani vývoj buněk. Při jeho metabolismu vzniká z 1 gramu alkoholu 29,3 kJ, což znamená, že obsahuje téměř dvojnásobné množství energie ve srovnání se sacharidy nebo proteiny“ (Klimešová & Stelzer, 2013, 33).

2.6.3 Změna stravovacích návyků – racionální výživa

„S pojmem racionální výživa se setkáváme často a je evidentně spojen s významem výživy, která je zdravá“ (Kukačka, 2010, 45).

Zdravá a racionální výživa by měla obsahovat, pestrou stravu, omezení cukrů, tuků, alkoholu a jiných návykových látek, kuchyňské soli, dostatek tekutin, a zvýšený příjem syrové zeleniny a ovoce.

Podle Zvírotského (2014,28) „Správnou výživou můžeme posilovat tělesné i duševní zdraví, zlepšit pracovní výkonnost a prodloužit život. Výživou lze působit terapeuticky na řadu onemocnění“.

„Naše chuťové preference ovlivňují zejména kulturní a sociální vlivy (kultura a tradice, rodina, reklama a média). Mezi další významné vlivy ovlivňující výběr potravy můžeme zařadit dostupnost potravin a finance, tlumení emocí, společenské

důvody, individuální zvyklosti, pozitivní asociace, chuť, oblíbenost a neoblíbenost potravin, věk, zdravotní vlivy, snahu o udržování hmotnosti (Klimešová & Stelzer, 2013, 15).

Kukačka (2010) konstatuje, že nemocem je potřeba předcházet, ať už je příčina jakákoli. Mnoho faktorů, ovlivňujících naše zdraví nejsme schopni ovlivnit. Výživa je však faktorem, který máme možnost ovlivnit a využít ho pro podporu svého zdraví. Záleží však na nás samých, do jaké míry si tuto skutečnost uvědomujeme a jak ji hodláme využít.

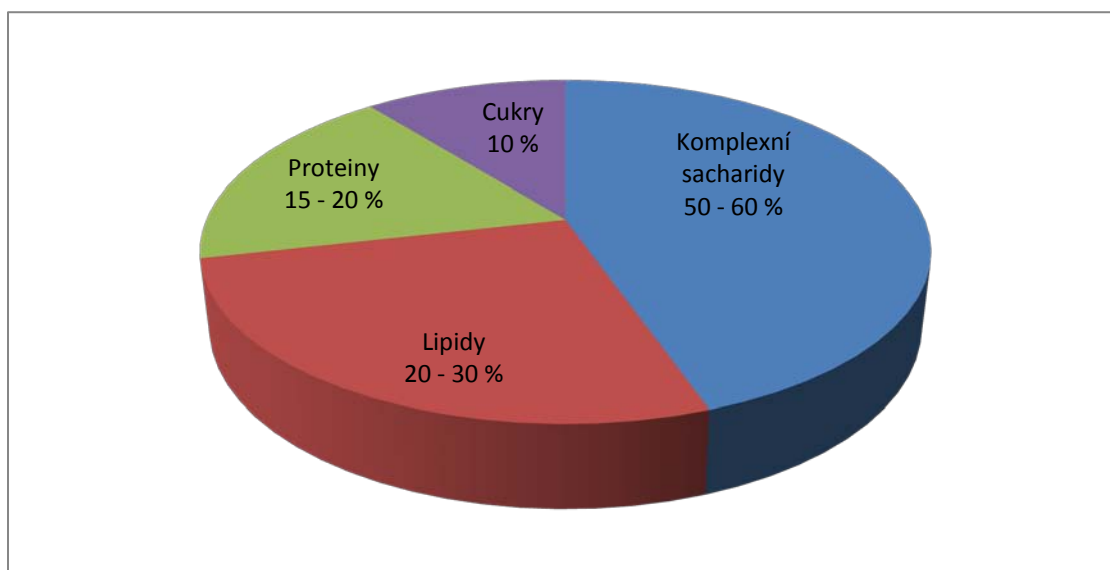
Kukačka (2010) popisuje, z čeho by měla obecně moderní racionální výživa vycházet:

- Měla by být směsí různých výživových stylů, protože v každém z nich je možno najít něco pozitivního.
- Měla by respektovat individuální potřeby jedince v závislosti na pohlaví, fyzické aktivitě, věku, genetických dispozicích a případně na aktuálním zdravotním stavu.
- Musí opustit nic neříkající obecná doporučení, zastaralá pravidla, pohodlná prohlášení.
- Moderní racionální výživa musí respektovat vědecké objevy a připustit nezbytnost cílené konzumace moderních forem potravin a pedálních doplňků potravy.

Zásady zdravé plnohodnotné výživy (Konopka, 2004)

1. Mnohostranná (pestrá) strava, ale nejíst velké množství.
2. Méně tuku a tučných výrobků.
3. Kořeněné, ale ne přesolené.
4. Méně sladkosti.
5. Více celozrnných výrobků.
6. Dostatek zeleniny a ovoce.
7. Méně živočišných a více rostlinných bílkovin.
8. Omezit pití alkoholu.
9. Jíst častěji, ale méně.
10. Vše připravit chutně i esteticky.

V případě, že bude náš energetický příjem během dne přiměřený v časovém intervalu zhruba 3 hodin, nebude mít naše tělo tendenci vytvářet si nadbytečné zásoby energie v podobě tukové tkáně. Klimešová a Stelzer (2013)



Obrázek 9. Vhodné zastoupení základních živin ve stravě (Klimešová & Stelzer, 2013, 46)

Společnost pro výživu ve spolupráci s Fórem zdravé výživy vypracovala doporučení určená přímo pro obyvatele České republiky, tato doporučení jsou určená pro zdravé osoby a jejich název je „Zdravá 13“.

Zdravá 13

- Udržujte si přiměřenou stálou tělesnou hmotnost charakterizovanou BMI (18,5-25,0 kg/m²) a obvodem pasu pod 94 cm u mužů a pod 80 cm u žen.
- Alespoň 30 minut denně cvičte nebo se pohybujte rychlou chůzí.
- Jezte pestrou stravu, rozdělenou do 4-5 denních jídel, nevynechávejte snídani.
- Konzumujte dostatečné množství zeleniny (syrové i vařené) a ovoce, občas konzumujte menší množství ořechů.
- Jezte výrobky z obilovin, nebo brambory, a to nejvýše 4 x denně, nezapomínejte na luštěniny (alespoň 1 x týdně).
- Jezte ryby a rybí výrobky alespoň 2 x týdně.
- Denně zařazujte do svého jídelníčku mlého a mléčné výrobky, zejména zakysané; vybírejte si přednostně polotučné a nízkotučné.
- Sledujte příjem tuku, omezte množství tuku.
- Snižujte příjem cukru, zejména ve formě slazených nápojů, sladkostí, kompotů a zmrzliny.

- Omezujte příjem kuchyňské soli a potravin s vyšším obsahem soli, nepřisolujte hotové pokrmy.
- Předcházejte nákazám a otravám z potravin správným zacházením s potravinami při nákupu, uskladnění a přípravě pokrmů, omezte smažení a grilování.
- Nezapomínejte na pitný režim, denně vypijte minimálně 1,5 l tekutin.
- Pokud pijete alkoholické nápoje, nepřekračujte denní příjem alkoholu 20 g (200 ml vína, 0,5 l piva, 50 ml lihoviny).

(Klimešová & Stelzer, 2013)

2.6.4 Nedostatečná pohybová aktivita, hypokineze

„Nedostatek pohybu – hypokineze – vede ke snížené tělesné výkonnosti a je považován za významný rizikový faktor pro vznik řady onemocnění“. (Zvírotský, 2014, 34)

Jak uvádí Máček & Radvanský (2011), tělesná inaktivita dále způsobuje:

- Snížení schopnosti maximálního příjmu kyslíku;
- Ortostatická labilita – známky vegetativního přeladění ve smyslu snížení aktivity parasympatiku a převažujícím vlivem sympatiku;
- Snížení objemu cirkulující krve i celkového objemu červených krvinek;
- Klesá fibrinolytická aktivita se zvýšenou tendencí ke vzniku trombů;
- Úbytek aktivní tělesné hmoty (ztráta bílkovin, dosahujícími až 8 g bílkovin denně);
- Vyplavování vápníku z kostí (ztráta až 1,5 g týdně);
- Atrofie svalů, která se podílí na zhoršené funkci řady orgánů, omezení pohyblivosti, bolestivosti při pohybu;

„Všechny tyto změny jsou prokazatelné již po poměrně krátkodobém přerušení pravidelné pohybové aktivity. Pohybová inaktivita je označována za jeden z rizikových faktorů obviňovaných ze stoupajícího výskytu některých onemocnění v novější době, zvláště oběhového ústrojí nebo metabolismu“ (Máček & Radvanský, 2011, 31).

Jak uvádí Máček & Radvanský (2011), řada populace přichází k lékaři s potížemi dušnosti již při malé zátěži, zvýšenou nervozitou, poruchami spánku, závratěmi, bolestmi hlavy, bolestmi v zádech, bušením srdce, pocity studených končetin, pocity pracovní

neschopnosti. Jedná se tedy o pestrou paletu potíží, vyvolávajících pocity skutečné choroby, ve většině případů se však jedná pouze o problémy způsobené nedostatečnou pohybovou aktivitou. Pečlivý rozbor a znalost následků pohybové inaktivity pomůže lékaři orientovat se u těchto „nemocných“ a vrátit zdraví i bez farmakologických prostředků.

Dle (Zvírotského, 2014, 35) „pohyb nemá jedince poškozovat, proto je z hlediska zdraví problematická řada sportovních aktivit. Při výběru cvičení nebo sportu hrají roli především individuální preference a zdravotní stav každého jedince“.

Před zahájením léčby neplodnosti, či před plánováním těhotenství, by měl být u obézních pacientů hlavním cílem úbytek hmotnosti.

2.6.5 Nadměrná pohybová aktivita

„Žena jednoho běžce na dlouhé tratě musela s otěhotněním počkat, dokud její manžel značně nesnížil své tréninkové dávky, aby se mohlo dostatečně zvýšit množství jeho spermií a obnovila se tak jeho plodnost“ (Novotný, 1997, 101).

„Bylo dokázáno, že dlouhodobá pohybová aktivita prodlužuje lidský život a snižuje úmrtnost na onemocnění spojená se sedavým životním stylem. Indikace tělesných cvičení je však značně individuální“ (Kukačka, 2010, 23).

Stejskal (2004) konstatuje, že lékařský předpis pohybové aktivity je stejně významný, jako aplikování jiného léku. Z výše uvedených tvrzení vyplývá, že přiměřená pohybová aktivita je nezbytná rovněž pro léčbu neplodnosti, stejně tak jako racionální výživa a celková změna životního stylu.

2.6.6 Optimální/dostatečná pohybová aktivita

Pohybové aktivity, bez rozdílu pohlaví, by měly být adekvátní, tedy odpovídající věku, schopnostem, zdravotnímu stavu, apod.

Mnozí autoři (Novotná, 2006; Stejskal, 2004) se shodují na tom, že dostatečná pohybová aktivita musí být prováděna pravidelně, 3 – 4x týdně po dobu nejméně 30 minut, optimálně 45 – 60 minut.

Aktivní způsob života kromě toho poskytuje mnohé další sociální a psychologické přínosy, navíc existuje přímá spojitost mezi pohybovou aktivitou a průměrnou délkou života, proto pohybové aktivní lidé obvykle žijí déle než neaktivní. Sedaví lidé, kteří začali vést pohybově aktivnější život, udávají, že se cítí lépe z pohybového i duševního hlediska a těší se vyšší kvalitě života (MŠMT, 2008, 3).

V roce 2002 přijala WHO doporučení, že by měl každý denně vykonávat minimálně 30 minut pohybové aktivity. Pro zdravé dospělé ve věku 18 až 65 let WHO doporučuje jako cíl dosažení minimálně 30 minut pohybové aktivity střední intenzity po 5 dnů týdně nebo alespoň 20 minut pohybové aktivity vysoké intenzity po 3 dny týdně. Potřebnou dávku pohybové aktivity lze sestavit z více částí v trvání alespoň 10 minut a může ji tvořit kombinace bloků o střední a vysoké intenzitě. Doporučení dále obsahují doplnění aktivit pro zvýšení svalové síly a vytrvalosti dvakrát až třikrát týdně.

Pohybová aktivita by měla být vždy přizpůsobena jak zdravotnímu stavu cvičícího, věku a pohlaví ale i cílům, kterých chce jedinec dosáhnout. Netrénovaný a nezkušený člověk by neměl začít s pohybovou aktivitou bezhlavě. Mohl by si tak více ublížit než pomoci. Proto se uvádí jako vhodné poradit se alespoň na začátku s odborníkem.

3 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem práce je analýza aktuálního stavu úrovně životní spokojenosti, jejich složek a úrovně pohybové aktivity u žen majících problém s koncepcí a navštěvujících centra asistované reprodukce.

Dílčí cíle:

Jaký vliv má vhodná pohybová aktivita při léčbě ženské neplodnosti?

Ovlivňuje životní spokojenost léčbu ženské neplodnosti?

4 METODIKA

4.1 Charakteristika základního souboru

Výzkum byl realizován na klientkách center asistované reprodukce v Olomouci, které navštěvují tato centra z důvodu problémů otěhotnění. Za dobu 5 měsíců bylo osloveno k vyplnění dotazníků celkem 70 (100 %) respondentek. Průměrný věk respondentek je 33 let. Nejmladší respondentce je 22 let, nejstarší 45 let. Průměrná doba, po kterou se ženy snaží o otěhotnění je 3 roky, nejdelší dobu po kterou se jedné z respondentek nedaří otěhotnět je 10 let.

4.2 Metody sběru dat

Sběr dat pro tento výzkum probíhal v průběhu roku 2014. Výzkumný soubor tvořily pacientky center asistované reprodukce Fakultní nemocnice Olomouc, soukromého pracoviště Reprofit Olomouc, a IVF centrum Olomouc. Respondenti odpovídali písemně na otázky tištěného formuláře. Pacienti byli seznámeni s formou výzkumu a účastnili se jej dobrovolně.

Pro zjištění dat byly použity dotazníky:

1. Dotazník životní spokojenosti (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brahler, 1986),
2. „International Physical Activity Questionnaire“ v české verzi.

Dotazníky byly použity v původním znění, výhradně v listinné podobě, bez jakýchkoli úprav daných otázek. Respondentky byly oslovovány přímo v prostředí čekáren center asistované reprodukce.

4.2.1 Dotazník životní spokojenosti (DŽS)

Nástrojem pro sběr dat byl standardizovaný Dotazník životní spokojenosti autorů Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., Brahler, E., jehož českou verzi přeložili a upravili v roce 2011 Kateřina Rodná a Tomáš Rodný. Tento dotazník je určen pro osoby starší 14 let. Dotazník obsahuje deset kategorií (zdraví, práce a povolání, finanční situace, volný čas, manželství a partnerství, vztah k vlastním dětem, vlastní osoba, sexualita, přátelé známí a příbuzní, bydlení).

Podle Fahrenberga (2001) je zde životní spokojeností míněno „individuální posouzení minulých a současných životních podmínek a perspektivy do budoucnosti“, přičemž standardizovaný dotazník umožňuje zachytit individuální spokojenost v různých životních oblastech a porovnat s reprezentativními normami.

Tabulka 2. Položky oblasti životní spokojenosti

Zdraví	Tělesný zdr. stav; Duševní kondice; Tělesná kondice; Duševní výkonnost; Obranyschopnost; Myšlení na bolest; Myšlení na nemoc.
Práce a zaměstnání	Postavení na pracovišti; Jistota budoucnosti; Úspěchy v práci; Možnost postupu; Atmosféra; Povinnosti a zátěže; Pestrost práce.
Finanční situace	Příjem; Majetek; Životní standard; Hmotné zajištění; Možnost budoucího výdělku; Možnosti pro rodinu; Finanční zajištění ve stáří.
Volný čas	Délka dovolené; Množství volného času; Kvalita odpočinku o dovolené; Kvalita odpočinku po práci; Čas pro koníčky; Čas pro blízké; Pestrost volného času.
Manželství a partnerství	Požadavky; Společné aktivity; Upřímnost partnera; Pochopení partnera; Něžnost a náklonnost; Bezpečí; Ochoť pomoci.
Vztah k vlastním dětem	Vzájemné vycházení; Úspěchy dětí; Radost z dětí; Námaha a výdaje; Vliv na děti; Uznání; Společné aktivity.
Vlastní osoba	Schopnosti a dovednosti; Způsob života; Vnější vzhled; Sebevědomí; Povaha; Vitalita; Vycházení s ostatními.
Sexualita	Tělesná přitažlivost; Sexuální výkonnost; Častost sexu; Dotyky; Sexuální reakce; Mluvení o sexu; Vhodnost partnera.
Přátelé, známí, příbuzní	Okruh známých; Kontakt s příbuznými; Kontakt se sousedy; Pomoc od známých; Veřejné aktivity; Společenská angažovanost; Kontakt s lidmi.
Bydlení	Velikost bytu; Stav bytu; Výdaje za byt; Poloha bytu; Dosah MHD; Hluk v bytě; Standard bytu.

DŽS se vyhodnocuje sečtením individuální odpovědi v každé z deseti škál. Odpověď „velmi spokojen (a)“ obdrží hodnotu 7. Položky a škály DŽS jsou tedy polovány tak, že vyšší

hodnoty znamenají vyšší spokojenost. Celková hodnota DŽS se počítá sečtením 7 škálových hodnot – zdraví, finance, volný čas, vlastní osoba, sexualita, přátelé, známí a příbuzní. Zbylé škály se do celkové životní spokojenosti nezahrnují, jelikož u těchto často chybí data (Fahrenberg, 2001).

Každá škála obsahuje 7 položek na sedmibodové stupnici od „velmi nespokojen(a)“ až po „velmi spokojen(a)“.

1. velmi nespokojen(a)
2. nespokojen(a)
3. spíše nespokojen(a)
4. ani spokojen(a) ani nespokojen(a)
5. spíše spokojen(a)
6. spokojen(a)
7. velmi spokojen(a)

4.1.2 IPAQ – Mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě

Pro hodnocení pohybové aktivity cílové skupiny byl použit dotazník International physical activity questionnaire (IPAQ - short). Jedná se o mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě. Dotazník IPAQ obsahuje otázky týkající se pohybové aktivity respondentů. Zjišťuje pohybovou aktivitu, kterou vykonávají respondenti jako součást jejich každodenního života. Pomocí dotazování se zjišťuje čas, který strávili pohybovou aktivitou v posledních 7 dnech.

5 VÝSLEDKY

V této kapitole budou vyhodnoceny výsledky z dotazníkového šetření. První část výsledkové části se bude věnovat rozboru výsledků mezinárodního dotazníku k pohybové aktivitě (IPAQ-short). Druhá část se bude týkat rozboru výsledků dotazníků k životní spokojenosti.

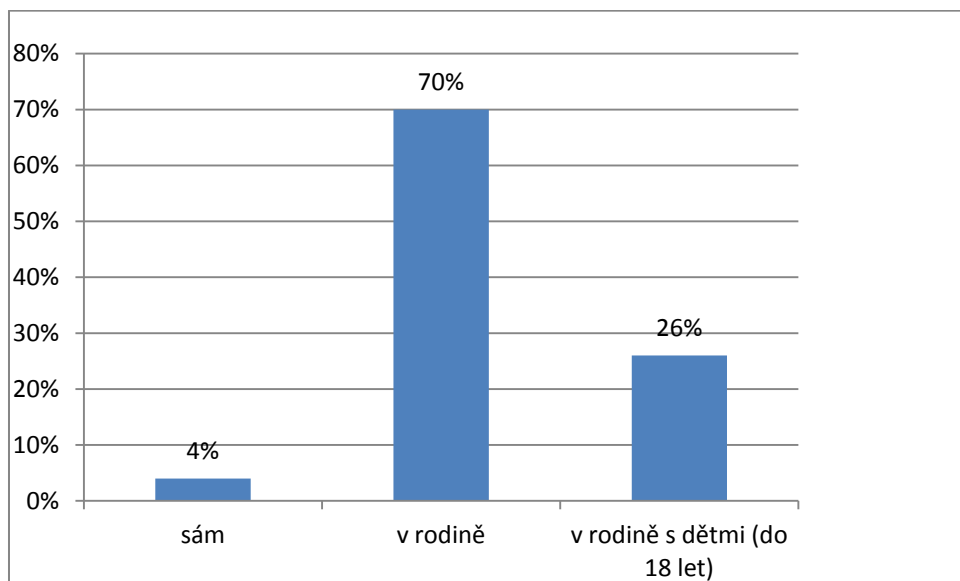
5.1 Analýza úrovně pohybové aktivity

Základní popisné charakteristiky souboru jsou uvedeny v Tab. 2. Při zpracování byly využity základní statistické ukazatele (aritmetický průměr, rozptyl a směrodatná odchylka). Výzkumného šetření se účastnilo 70 respondentů. Jejich průměrný věk je 33 let. Průměrná hmotnost respondentů je 67,5 kg. Průměrná výška je 167 cm. Další charakteristikou je hodnota index tělesné hmotnosti BMI (body mass index), který zohledňuje váhu i výšku jednotlivce. Je to indikátor podváhy, nadváhy a normální tělesné hmotnosti jednotlivce. Ideální váha člověka je v rozmezí 18,5–24,9 BMI, nadváha 25–29,9 BMI, obezita 1. stupně 30–34,9 BMI, obezita 2. stupně (vysoká) 35–40 a 40 a více obezita 3. stupně (velmi vysoká). Průměrné BMI zkoumaného souboru je 24. Nejmenší údaj je 17 BMI a největší 40 BMI.

Tabulka 3. Základní popisné charakteristiky souboru

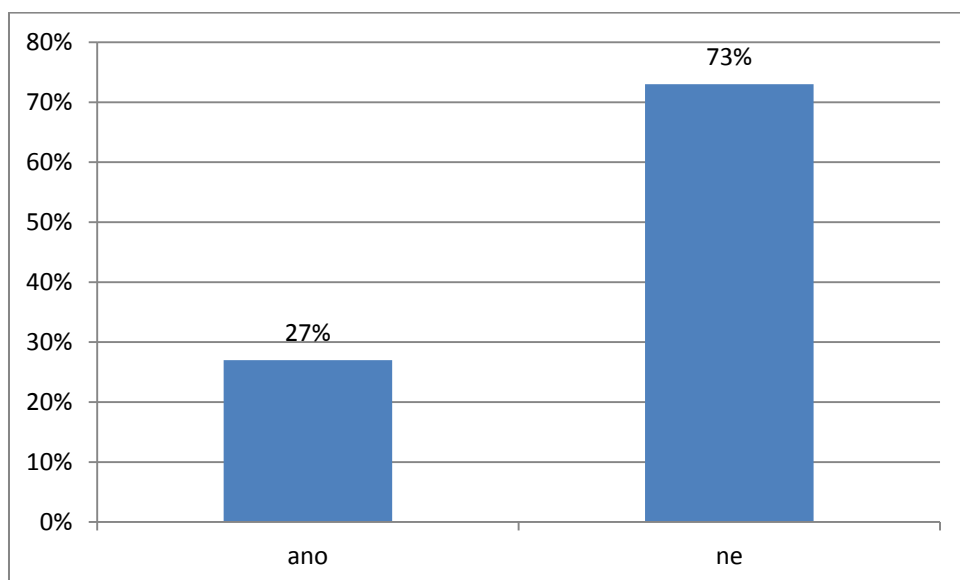
		Celý soubor (n=70)
Věk (roky)	M	33
	SD	4,92
	Range	22 - 45
Hmotnost (kg)	M	67,5
	SD	13,31
	Range	49 - 110
Výška (cm)	M	1,67
	SD	0,07
	Range	1,54 - 1,83
BMI (kg.m-2)	M	24
	SD	4,41
	Range	17 - 40

70 % respondentů žije v rodině, 26 % dotázaných žije v rodině s dětmi (do 18 let) a zbylé 4 % respondentů žije samo.



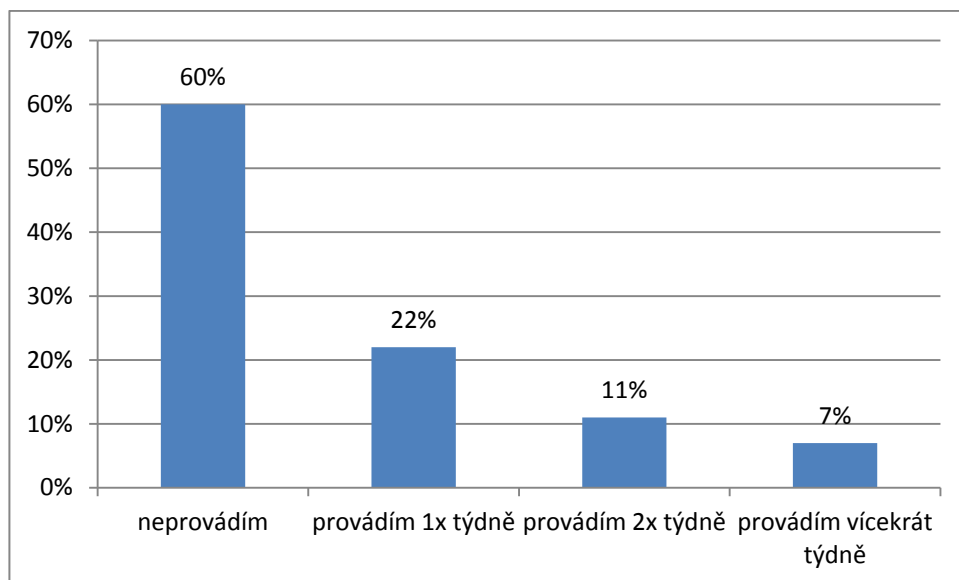
Obrázek 10. Způsob života (n)=70

Převážná většina respondentů tj. 73 % jsou nekuřáky, zbylých 27 % dotázaných kouří.



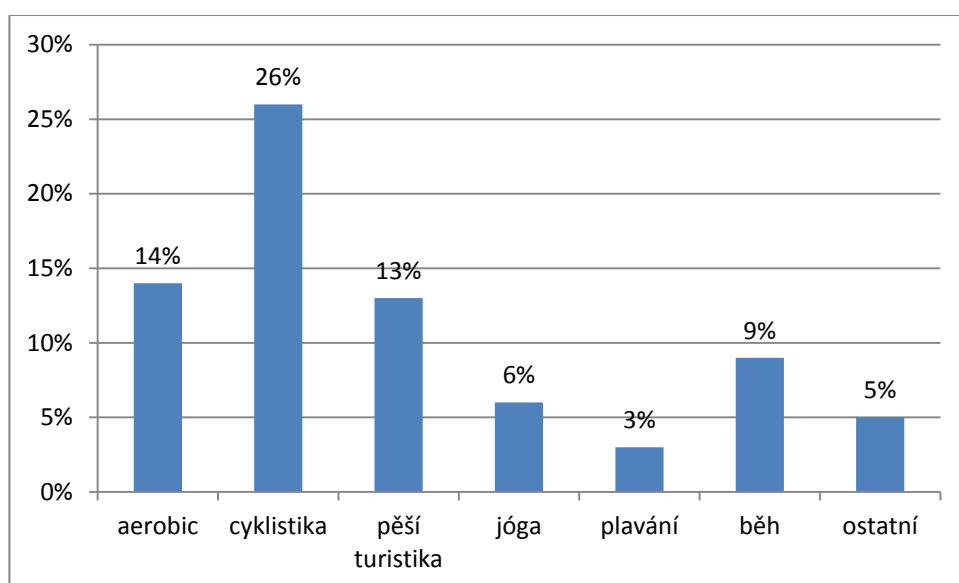
Obrázek 11. Jste kuřák? (n)=70

60 % respondentů neprovádí pravidelně během roku žádnou organizovanou PA, 22 % provozuje 1 krát týdně organizovanou PA, 11 % 2 krát týdně a 7 % dotázaných provozuje organizovanou PA vícekrát týdně.



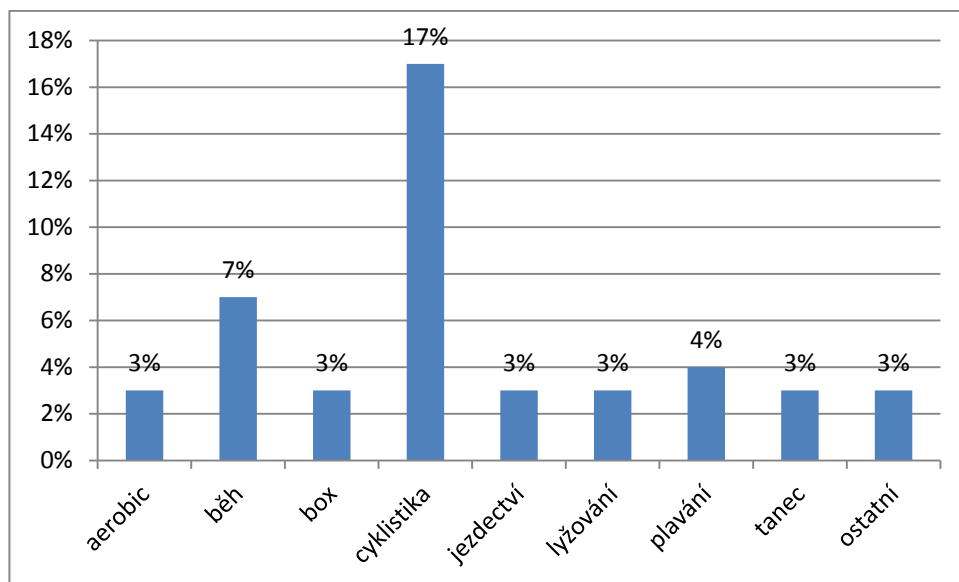
Obrázek 12. Pravidelná účast v organizované PA během roku (n)=70

26 % respondentů, se během roku nejčastěji věnuje cyklistice, 14 % dotázaných aerobiku, 13 % nejčastěji provozuje pěší turistiku, 6 % respondentů se věnuje józe, 9 % běhu a zbylých 5 % dotázaných se věnuje jiných sportovním aktivitám.



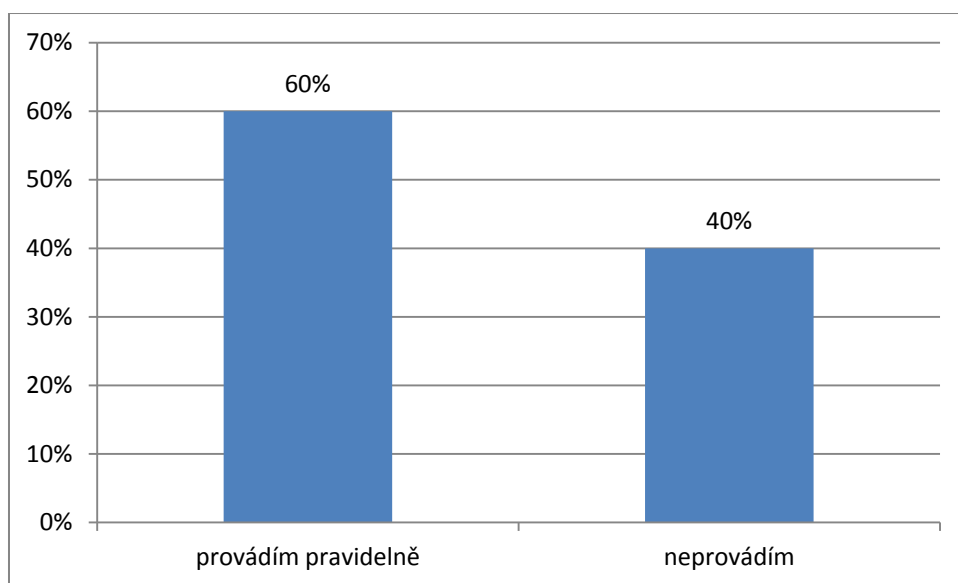
Obrázek 13. Nejčastěji provozovaná sportovní činnost, během roku. (n)=70

17 % dotázaných, by se nejraději věnovala cyklistice, 7 % běhání, 4 % respondentů by nejraději provozovala plavání, a 3 % respondentů by se nejraději chtěla věnovat aerobiku, boxu, jezdeckví, lyžování, tanci atd.



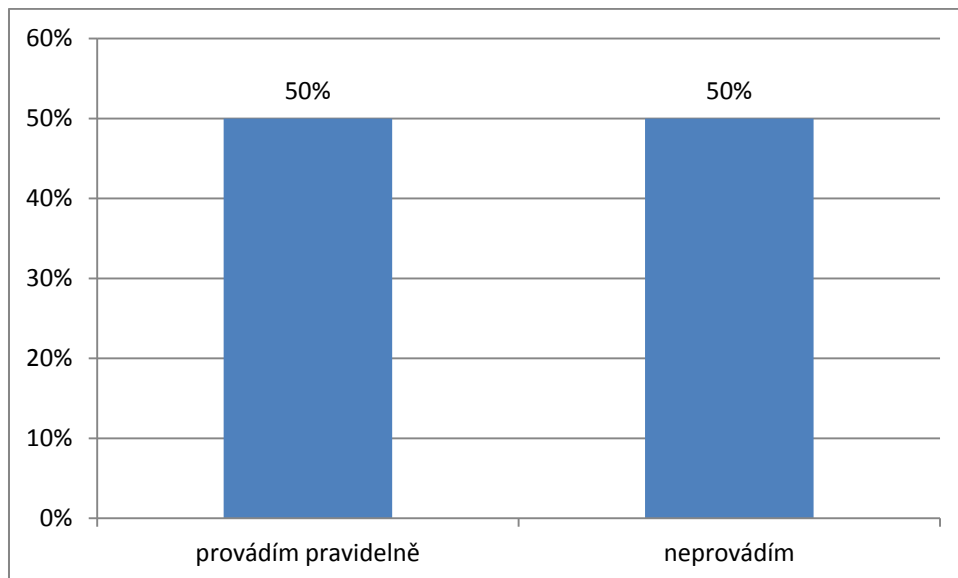
Obrázek 14. Jakou sportovní činnost, by jste nejraději provozovala? (n)=70

60 % respondentů provádí intenzivní PA během týdne, 40 % respondentů intenzivní PA neprovádí. Intenzivní pohybová aktivita se vyznačuje těžkou tělesnou námahou a zadýcháním (výrazně rychlejší a těžší dýchání než normálně). Respondenti brali v úvahu pouze tu pohybovou aktivitu, která trvala nepřetržitě alespoň 10 minut.



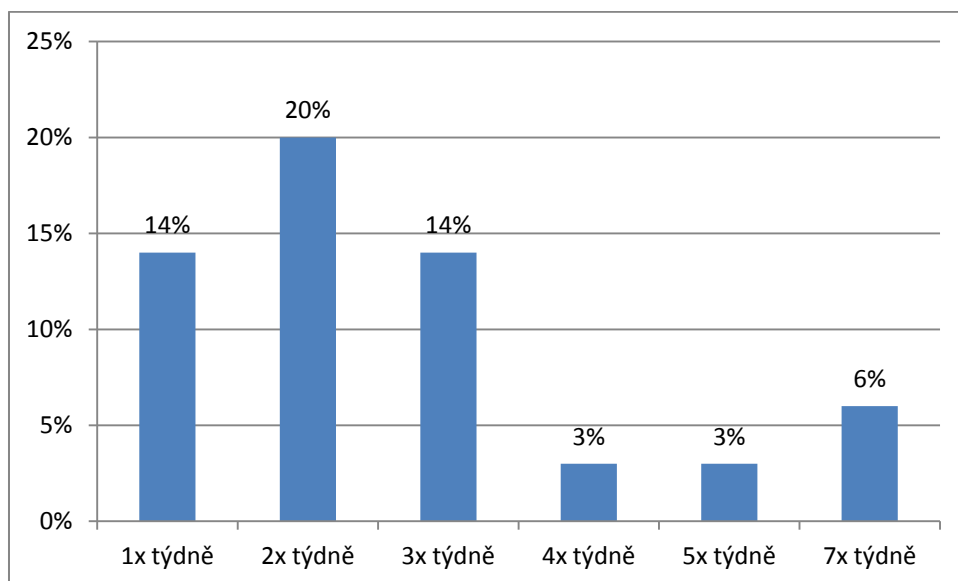
Obrázek 15. Provádění intenzivní PA během týdne (n)=70

50 % respondentů provádí středně zatěžující PA během týdne, 50 % středně zatěžující PA neprovádí. Středně zatěžující pohybová aktivita se vyznačuje střední tělesnou námahou, při níž dýcháte trochu více než normálně. Respondenti brali v úvahu pouze tu pohybovou aktivitu, která trvala nepřetržitě alespoň 10 minut.



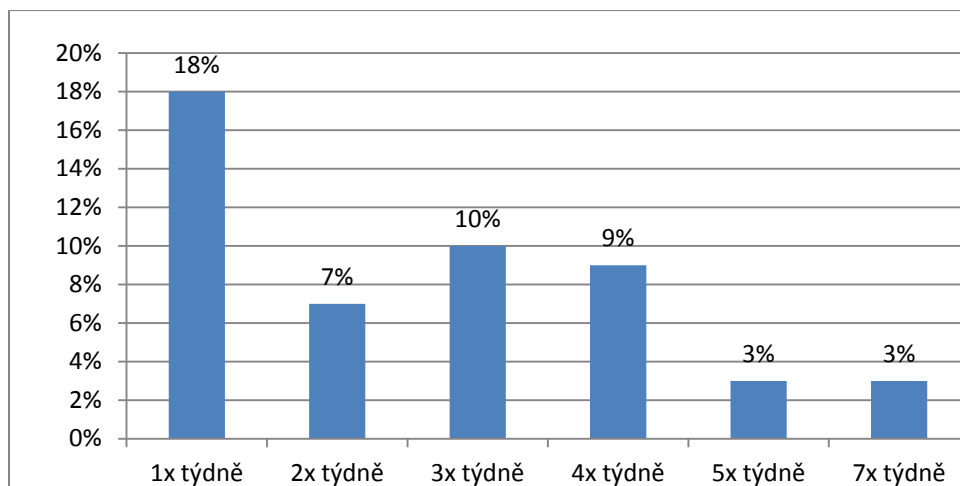
Obrázek 16. Provádění středně zatěžující PA během týdne (n)=70

Důležitým ukazatelem je frekvence PA. Respondenti, kteří provádějí intenzivní PA po dobu alespoň 20 minut a více. Z doporučení WHO zdraví prospěšná intenzivní PA je ta, která je prováděná min. 3 krát týdně po dobu min. 20 minut. Do tohoto kritéria spadá 26 % dotazovaných, kteří provádějí intenzivní PA.



Obrázek 17. Frekvence intenzivní PA (n)=42

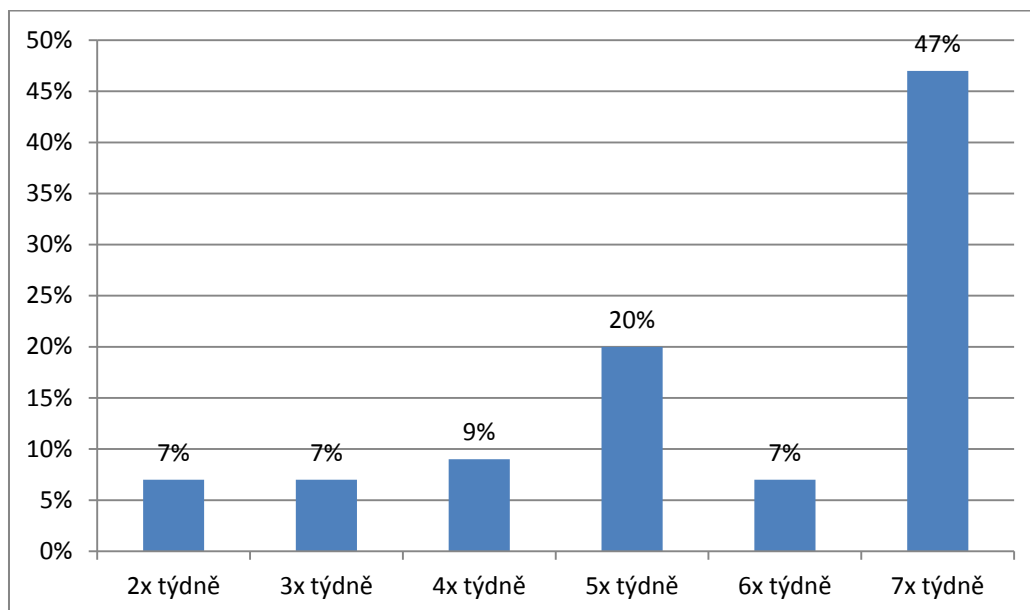
Respondenti, kteří provádějí středně zatěžující PA po dobu alespoň 30 minut a více, dosahují při konání středně zatěžující PA následné frekvence. Z doporučení WHO zdraví prospěšná PA střední intenzity je ta, prováděná min. 5 krát týdně po dobu min. 30 minut. Do tohoto kritéria spadá 6 % dotazovaných, kteří provádějí středně zatěžující PA.



Obrázek 18. Frekvence středně zatěžující PA (n)=35

2 respondenti provozují intenzivní PA 3 krát a více týdně a zároveň středně zatěžující PA 5 krát a více za týden. Což představuje 5 % z těch, kteří provozují intenzivní PA a 6 % z těch kteří vykonávají středně zatěžující PA.

Další dotaz se týkal doby a frekvence chození respondentů. Chůze musí trvat déle než 10 minut. 68 dotazovaných chodí, dva z respondentů nechodí, nebo chodit nemohou. Průměrná doba chůze jednoho respondenta za jeden den je 164 min. 47 % respondentů chodí 7 krát týdně po dobu delší než 10 min. 7 % dotazovaných chodí 6 krát týdně, 20 % 5 krát týdně, 9 % respondentů chodí 4 krát týdně a shodně po 7 % respondentů chodí ve frekvenci 3 krát a 2 krát týdně.



Obrázek 19. Počet dnů v týdnu strávených chozením nepřetržitě alespoň 10 minut (n)=68

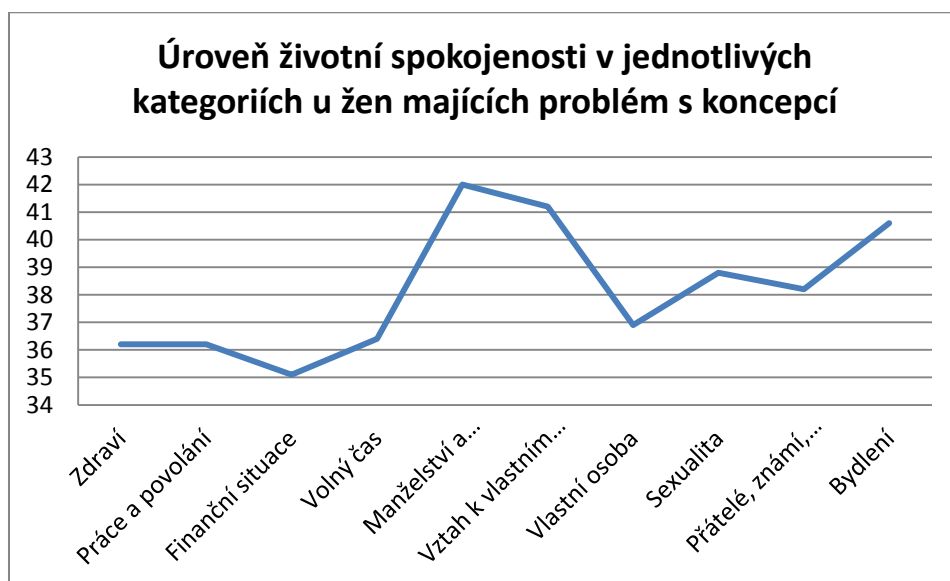
5.2 Analýza životní spokojenosti všech respondentů

Tabulka 4. Dotazník životní spokojenosti – všichni respondenti

	M	MIN	MAX	SD
Zdraví	36,2	19	49	6,73
Práce a povolání	36,2	8	49	7,43
Finanční situace	35,1	16	48	7,5
Volný čas	36,4	14	49	7,17
Manželství a partnerství	42	23	49	5,93
Vztah k vlastním dětem	41,2	14	49	7,96
Vlastní osoba	36,9	16	49	6,41
Sexualita	38,8	21	49	5,97
Přátelé, známí, příbuzní	38,2	46	47	5,69
Bydlení	40,6	17	49	6,82
DŽS celkem	262	160	318	34,8

Vysvětlivky: n = četnost souboru; M = aritmetický průměr; SD = směrodatná odchylka; MIN = minimální hodnota znaku; MAX = maximální hodnota znaku; DŽS = dotazník životní spokojenosti (hodnocení životní spokojenosti)

V tabulce je znázorněno hodnocení jednotlivých témat od všech 70 respondentů. Průměrná hodnota životní spokojenosti je 262 minimální hodnota 160 a maximální 318.



Obrázek 20. Úroveň životní spokojenosti v jednotlivých kategoriích

5.2.1 Hodnocení životní spokojenosti ve vztahu ke vzdělání

Pro hodnocení životní spokojenosti na základě vzdělání, byli respondenti rozdělení do tří skupin. Do skupiny nejnižší vzdělání spadají respondenti se základním vzděláním, nebo vyučením. Do skupiny střední vzdělání byli zařazeni vyučení respondenti s maturitou, popř. se středoškolským vzděláním a do poslední skupiny patří vysokoškolsky vzdělaní respondenti.

Tabulka 5. Dotazník životní spokojenosti – nejnižší vzdělání

n=13	M	MIN	MAX	SD
Zdraví	33,8	19	45	6,68
Práce a povolání	35,5	20	43	7,29
Finanční situace	34,3	22	42	7,12
Volný čas	36,5	24	42	5,91
Manželství a partnerství	41	29	48	6,11
Vztah k vlastním dětem	42,8	38	49	4,08
Vlastní osoba	36,7	26	49	6,52
Sexualita	38,5	22	47	7,46
Přátelé, známí, příbuzní	37	30	42	4,38
Bydlení	38,2	23	49	7,28
DŽS celkem	255	190	305	37,27

Vysvětlivky: n = četnost souboru; M = aritmetický průměr; SD = směrodatná odchylka; MIN = minimální hodnota znaku; MAX = maximální hodnota znaku; DŽS = dotazník životní spokojenosti (hodnocení životní spokojenosti)

Do tabulky bylo zahrnuto 13 respondentů s ukončenou základní školou, nebo respondenti s vyučením. Průměrná hodnota životní spokojenosti je 255, minimální hodnota 190 a maximální 305.

Tabulka 6. Dotazník životní spokojenosti – střední vzdělání

n=28	M	MIN	MAX	SD
Zdraví	35,8	19	47	7,18
Práce a povolání	34,9	8	48	8,69
Finanční situace	35,5	16	46	8,87
Volný čas	36,1	23	49	7,02
Manželství a partnerství	41,7	23	49	6,93
Vztah k vlastním dětem	40,2	14	49	10,39
Vlastní osoba	35,5	16	45	7,1
Sexualita	38	21	49	6,91
Přátelé, známí, příbuzní	38,1	16	47	6,62
Bydlení	39,8	17	49	8,47
DŽS celkem	257	160	318	40,53

Vysvětlivky: n = četnost souboru; M = aritmetický průměr; SD = směrodatná odchylka; MIN = minimální hodnota znaku; MAX = maximální hodnota znaku; DŽS = dotazník životní spokojenosti (hodnocení životní spokojenosti)

Do tabulky je zahrnuto 28 dotázaných s ukončeným středoškolským vzděláním, nebo vyučením s maturitou. Průměrná hodnota životní spokojenosti je 257, minimální hodnota 160 a maximální 318.

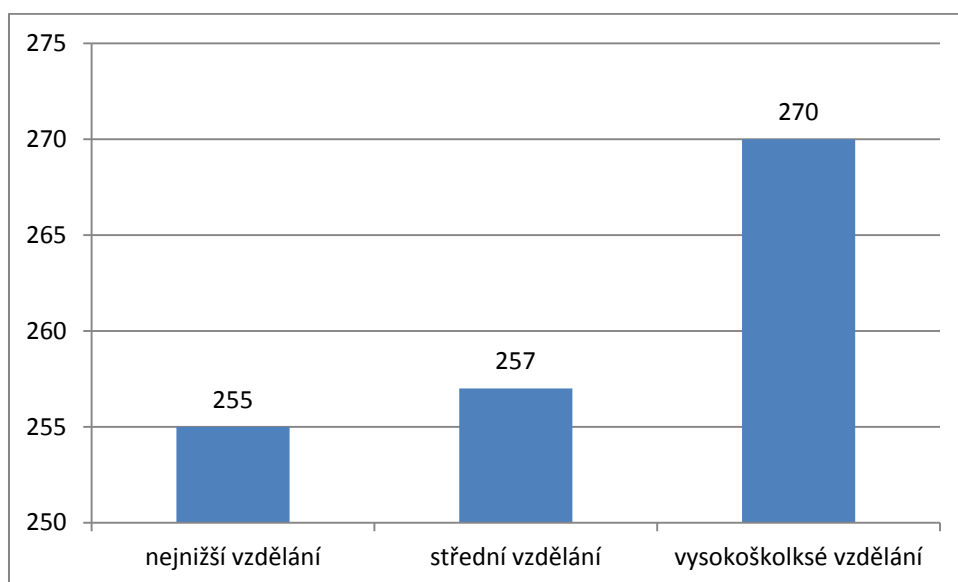
Tabulka 7. Dotazník životní spokojenosti – vysokoškolské vzdělání

n=29	M	MIN	MAX	SD
Zdraví	37,8	23	49	6,11
Práce a povolání	37,7	26	49	6,05
Finanční situace	36,9	22	48	5,91
Volný čas	36,7	14	49	7,99
Manželství a partnerství	42,7	30	49	4,84
Vztah k vlastním dětem	42	36	47	3,63
Vlastní osoba	38,3	29	47	5,52
Sexualita	39,7	29	46	4,07
Přátelé, známí, příbuzní	38,9	24	45	5,33
Bydlení	42,1	33	49	4,09
DŽS celkem	270	208	310	26,11

Vysvětlivky: n = četnost souboru; M = aritmetický průměr; SD = směrodatná odchylka; MIN = minimální hodnota znaku; MAX = maximální hodnota znaku; DŽS = dotazník životní spokojenosti (hodnocení životní spokojenosti)

Do tabulky je zahrnuto 29 respondentů s ukončeným vysokoškolským vzděláním. Průměrná hodnota životní spokojenosti je 270, minimální hodnota 1208 a maximální 310.

Na níže uvedeném grafu můžeme vidět hodnocení životní spokojenosti zkoumaného souboru osob rozděleného na základě dosaženého vzdělání. Z výsledků vyplývá, že respondenti s nejnižším vzděláním vnímají životní spokojenost nejhůře, o něco lépe vnímají životní spokojenost ženy se středním vzděláním a nejvíce spokojeny jsou ženy s vysokoškolským vzděláním.



Obrázek 21. Srovnání DŽS na základě dosaženého vzdělání

5.2.2 Hodnocení životní spokojenosti dle věku

Pro hodnocení životní spokojenosti podle věku, byli respondenti rozděleni do dvou skupin. První skupinu tvořily ženy do 33 let (včetně), a druhou skupinu tvořily ženy od 33 let a více.

Tabulka 8. Dotazník životní spokojenosti – respondenti do 33 let (včetně)

n=43	M	MIN	MAX	SD
Zdraví	35,6	19	48	6,94
Práce a povolání	35,4	8	48	7,73
Finanční situace	35	16	48	7,42
Volný čas	35,81	14	48	7,64
Manželství a partnerství	42,58	30	49	4,72
Vztah k vlastním dětem	42,9	40	49	2,62
Vlastní osoba	36,3	16	45	6,58
Sexualita	39,3	21	49	5,51
Přátelé, známí, příbuzní	37,7	16	47	6,18
Bydlení	40,6	17	49	6,52
DŽS celkem	260	160	310	34,27

Vysvětlivky: n = četnost souboru; M = aritmetický průměr; SD = směrodatná odchylka; MIN = minimální hodnota znaku; MAX = maximální hodnota znaku; DŽS = dotazník životní spokojenosti (hodnocení životní spokojenosti)

Do tabulky bylo zahrnuto 43 respondentů ve věku do 33 let (včetně). Průměrná hodnota životní spokojenosti činí 260, minimální hodnota 160 a maximální 310.

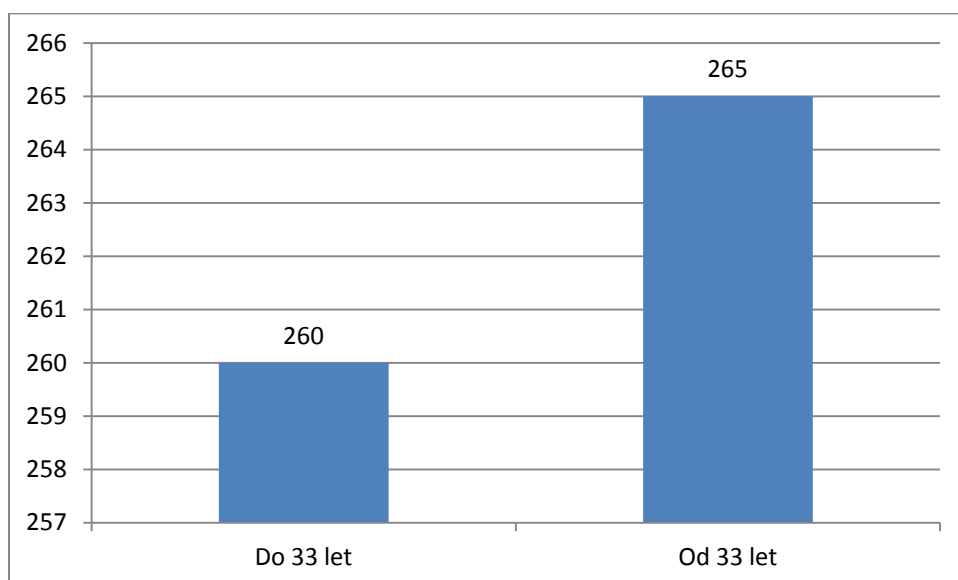
Tabulka 9. Dotazník životní spokojenosti – respondenti od 33 let a více

n=27	M	MIN	MAX	SD
Zdraví	36,8	23	49	6,06
Práce a povolání	37,2	24	49	7,02
Finanční situace	35,7	20	46	7,69
Volný čas	37,2	23	49	6,49
Manželství a partnerství	40,8	23	49	7,47
Vztah k vlastním dětem	40,2	14	49	9,86
Vlastní osoba	37,5	25	49	5,98
Sexualita	37,8	24	47	6,74
Přátelé, známí, příbuzní	39	28	45	4,89
Bydlení	40,5	23	49	7,39
DŽS celkem	265	177	318	36,73

Vysvětlivky: n = četnost souboru; M = aritmetický průměr; SD = směrodatná odchylka; MIN = minimální hodnota znaku; MAX = maximální hodnota znaku; DŽS = dotazník životní spokojenosti (hodnocení životní spokojenosti)

Do tabulky bylo zahrnuto 27 respondentů ve věku 33 let a více. Průměrná hodnota životní spokojenosti činí 265, minimální hodnota 177 a maximální 318.

Na níže uvedeném grafu můžeme vidět hodnocení životní spokojenosti zkoumaného souboru osob, rozděleného na základě věku. Z výsledků vyplývá, že ženy do věku 33 let vnímají svou životní spokojenost o něco hůře než starší ženy.

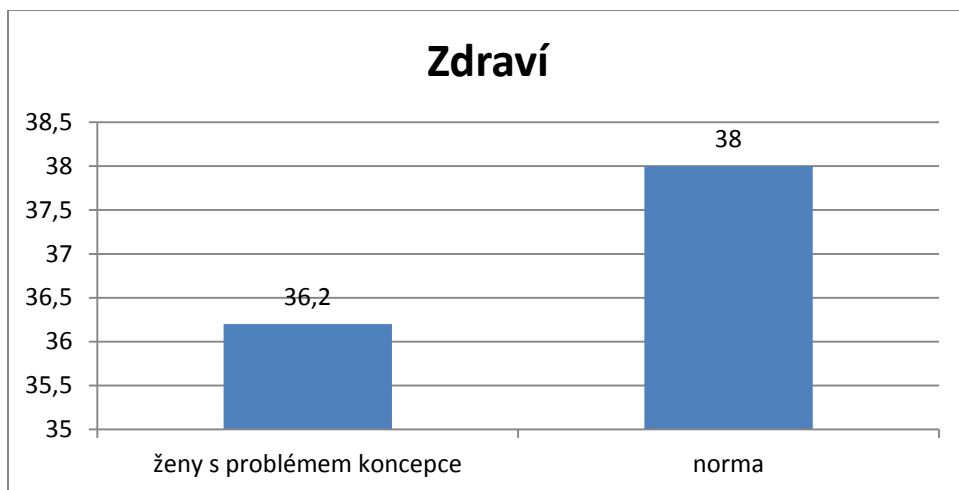


Obrázek 22. Srovnání DŽS na základě věku

5.2.3 Porovnání výsledků měření našeho souboru s normou

Škála „Zdraví“

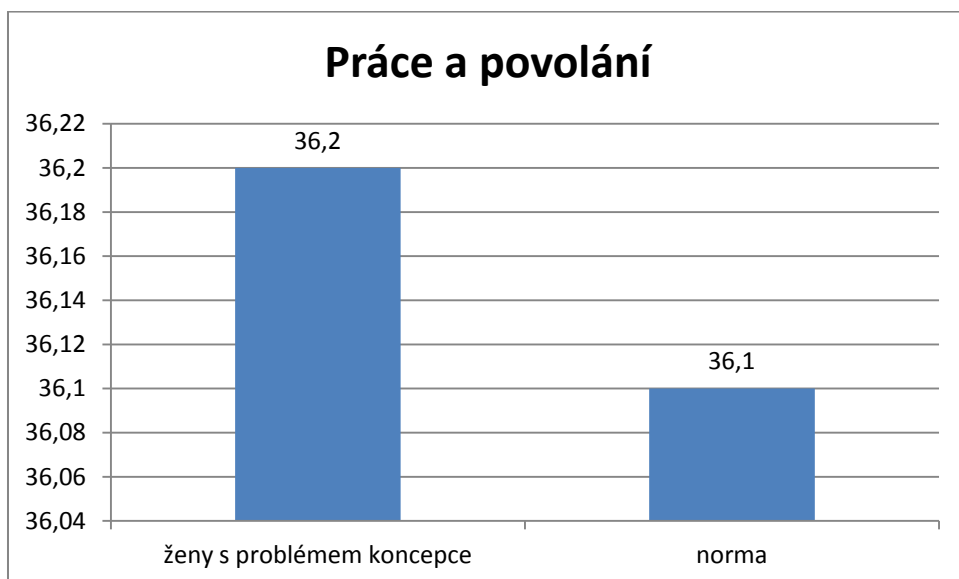
Prvním subtestem DŽS je oblast Zdraví. Průměrná spokojenost se zdravím u žen s problémem koncepce je 36,2 bodů a norma uvádí 38 bodů. Nejméně spokojená respondentka dosáhla 19 bodů, nejvíce spokojená plných 49 bodů.



Obrázek 23. Porovnání průměrných hodnot ve škále „Zdraví“

Škála „Práce a povolání“

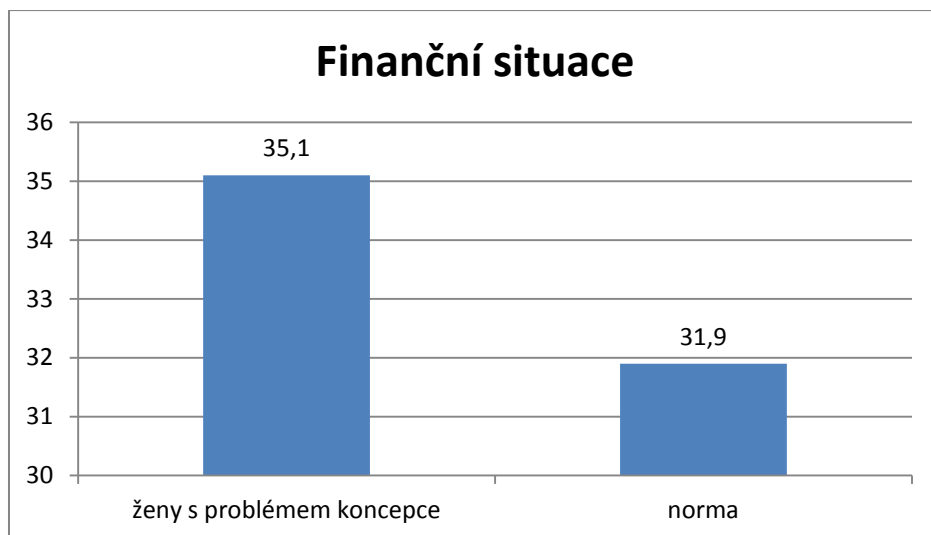
Jak ukazuje níže uvedený graf, ve škále Práce a povolání dosáhly ženy s problémem koncepce v průměru 36,2 bodů o něco méně bodů 36,1 uvádí norma. Nejméně spokojená respondentka v této škále dosáhla na pouhých 8 bodů, naopak nejvíce spokojená respondentka na 48 bodů.



Obrázek 24. Porovnání průměrných hodnot ve škále „Práce a povolání“

Škála „Finanční situace“

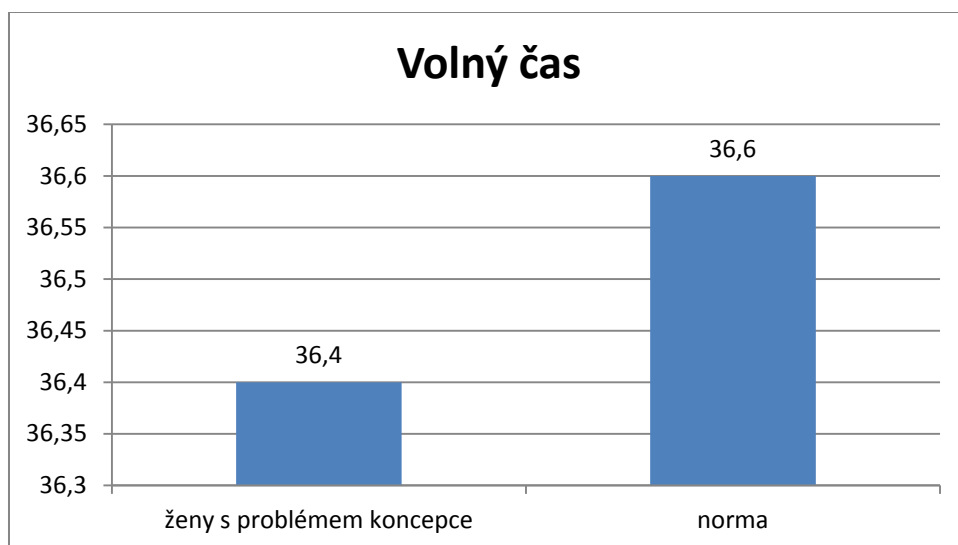
Dalším subtestem DŽS je oblast Finanční situace. Zde námi zkoumaný soubor žen dosáhl v průměru na 35,1 bodů, kdežto norma uvádí pouhých 31,9 bodů. Nejméně spokojená žena dosáhla na 16 bodů, nejspokojenější žena na 48 bodů.



Obrázek 25. Porovnání průměrných hodnot ve škále „Finanční situace“

Škála „Volný čas“

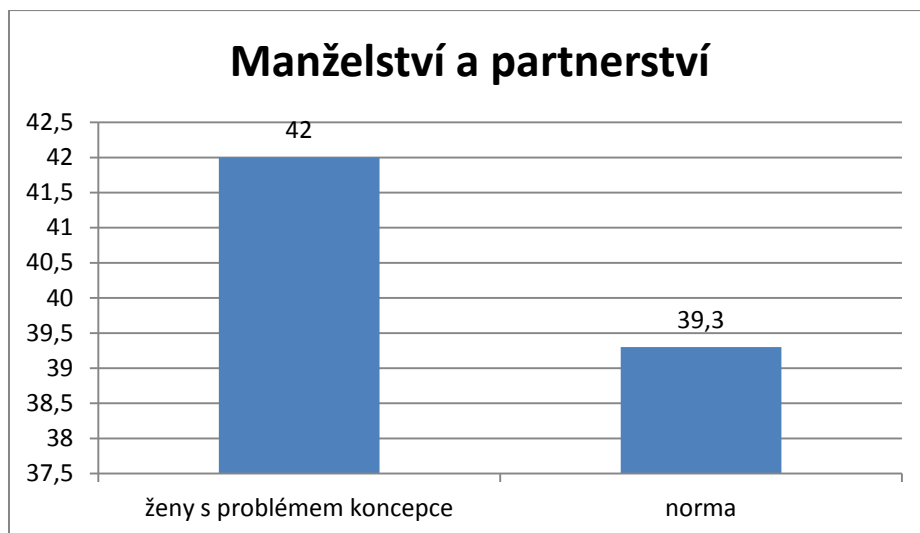
Průměrná spokojenost v oblasti volného času u žen s problémem koncepce činí 36,4 bodů, norma uvádí průměrné 36,6 bodů. Nejméně spokojená žena dosáhla na 14 bodů, nejvíce spokojená respondentka v této oblasti získala plných 49 bodů.



Obrázek 26. Porovnání průměrných hodnot ve škále „Volný čas“

Škála „Manželství a partnerství“

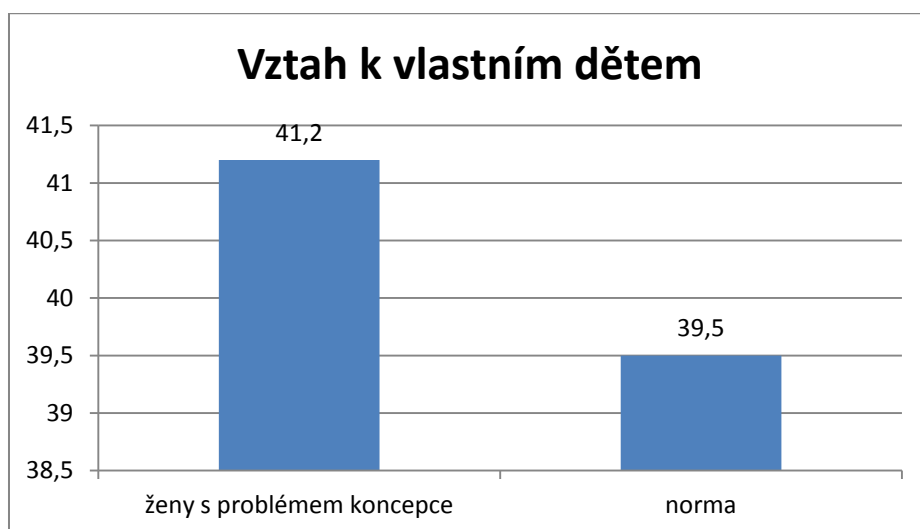
Průměrná spokojenost v oblasti manželství a partnerství, u žen s problémem koncepce činí celých 42 bodů, norma uvádí v průměru 39,3 bodů. Nejméně spokojená žena dosáhla na 23 bodů, nejvíce spokojená respondentka v této oblasti získala plných 49 bodů.



Obrázek 27. Porovnání průměrných hodnot ve škále „Manželství a partnerství“

Škála „Vztah k vlastním dětem“

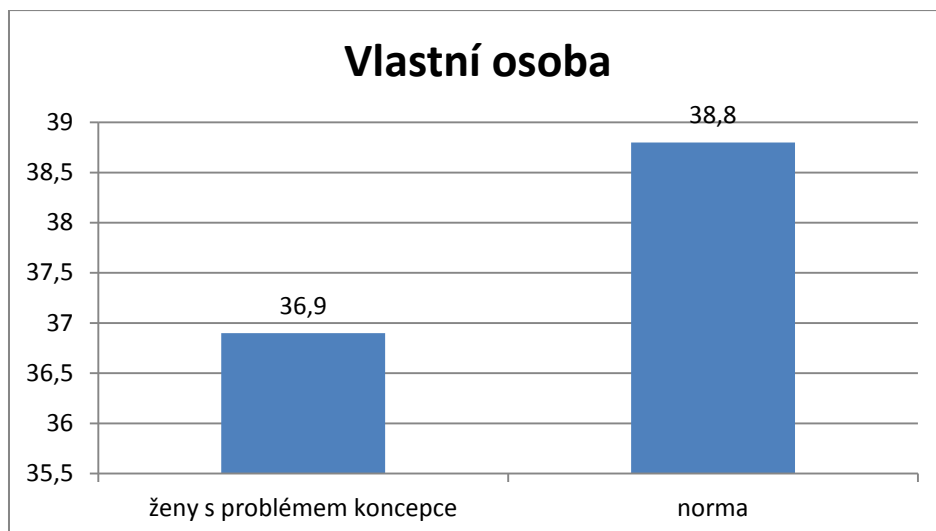
Průměrná spokojenost v oblasti vztahu k vlastním dětem, u žen s problémem koncepce činí 41,2 bodů, norma uvádí průměrné 39,5 bodů. Nejméně spokojená žena dosáhla na 14 bodů, nejvíce spokojená respondentka v této oblasti získala plných 49 bodů.



Obrázek 28. Porovnání průměrných hodnot ve škále „Vztah k vlastním dětem“

Škála „Vlastní osoba“

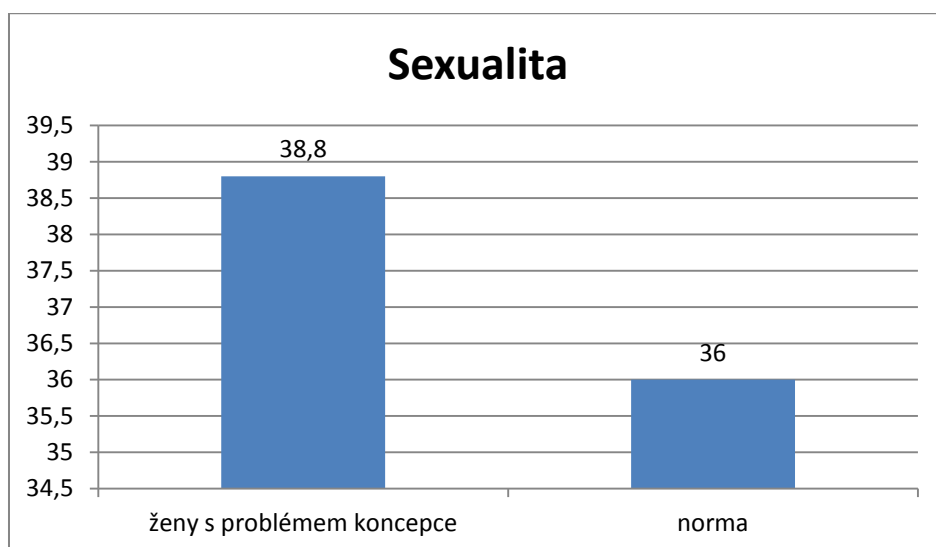
Průměrná spokojenost v oblasti vztahu k vlastním dětem, u žen s problémem koncepce činí 36,9 bodů, norma uvádí v průměru 38,8 bodů. Nejméně spokojená žena dosáhla na 16 bodů, nejvíce spokojená respondentka v této oblasti získala plných 49 bodů.



Obrázek 29. Porovnání průměrných hodnot ve škále „Vlastní osoba“

Škála „Sexualita“

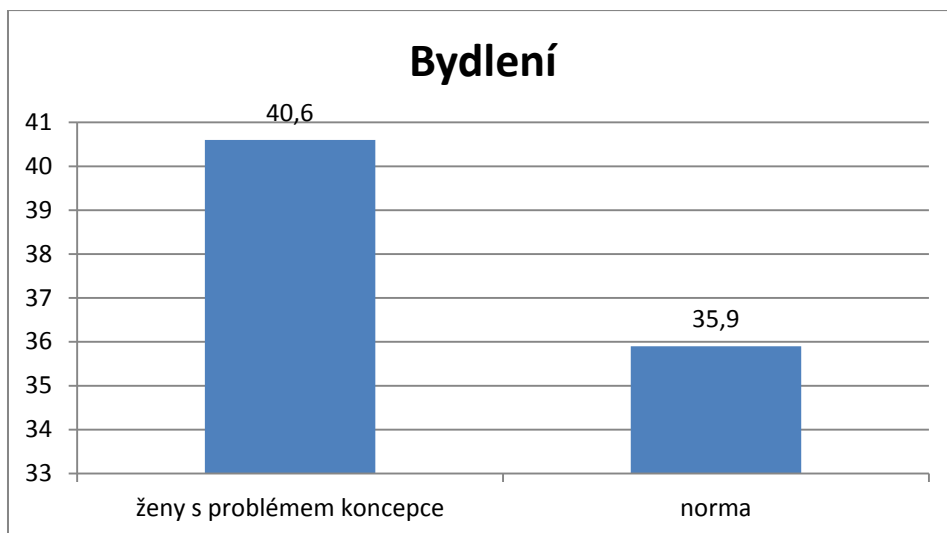
Průměrná spokojenost v oblasti sexuality, u žen s problémem koncepce činí 38,8bodů, norma uvádí v průměru 36 bodů. Nejméně spokojená žena dosáhla na 16 bodů, nejvíce spokojená respondentka v této oblasti získala plných 49 bodů.



Obrázek 30. Porovnání průměrných hodnot ve škále „Sexualita“

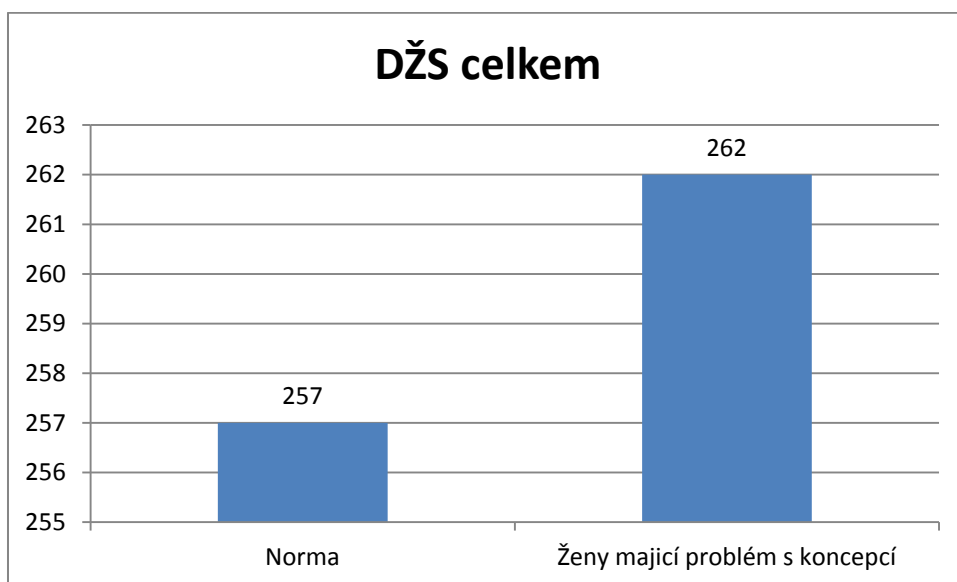
Škála „Bydlení“

Průměrná spokojenost v oblasti bydlení, u žen s problémem koncepce činí 40,6 bodů, norma uvádí v průměru 35,9 bodů. Nejméně spokojená žena dosáhla v této oblasti na 16 bodů, nejvíce spokojená respondentka v této oblasti získala plných 49 bodů.



Obrázek 31. Porovnání průměrných hodnot ve škále „Bydlení“

Z níže uvedeného grafu vyplývá, že ženy mající problém s otěhotněním vnímají o něco lépe svou celkovou životní spokojenost, než uvádí norma.

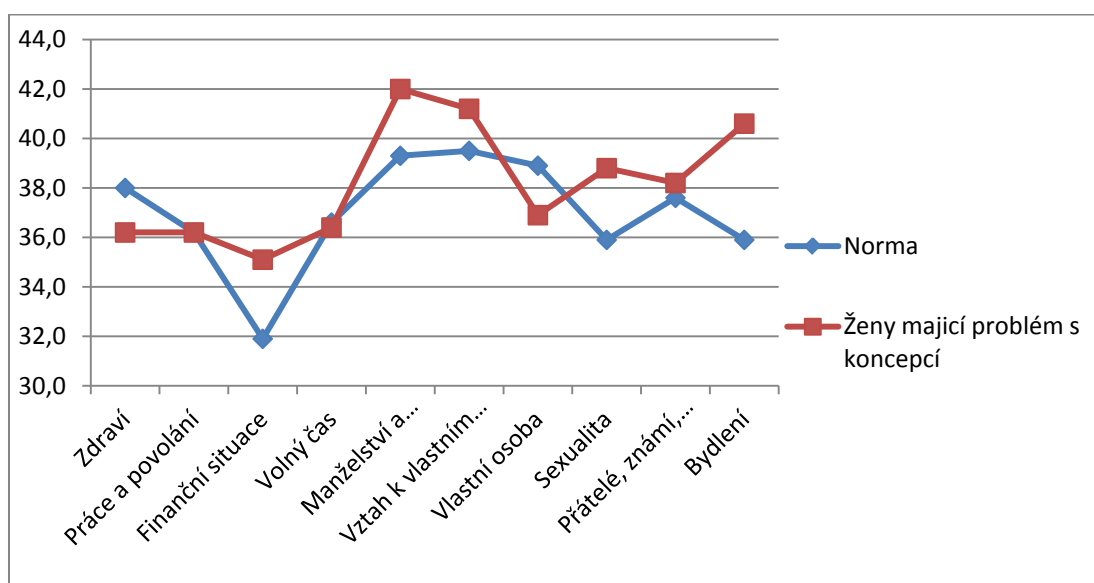


Obrázek 32. Průměrné hodnoty hrubého skóre celkové životní spokojenosti žen majících problém s koncepcí a průměrné normativní hodnoty DŽS

6 DISKUZE

Problematika reprodukce je stále velmi aktuální a citlivé téma, Z výsledků mé práce vyplývá, že tuto problematiku řeší nejčastěji ženy ve věkové kategorii 30–45 let. S velkou pravděpodobností je jednou z hlavních příčin odkládání rodičovství do pozdějšího věku, nezdravý životní styl, stres, nedostatek pohybu apod.

Hlavním nástrojem pro zpracování této diplomové práce byl DŽS a mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě - International physical activity questionnaire (IPAQ - short). Při zpracování DŽS bylo zjištěno, že ženy řešící problémy s otěhotněním hodnotí svoji celkovou životní spokojenost překvapivě lépe (262 bodů), než normativní populace (257 bodů, viz. Obrázek 17.). Jak ukazuje níže uvedený graf, námi zkoumaný soubor vykázal vyšší hodnoty životní spokojenosti ve škále Práce a povolání, Finanční situace, Manželství a partnerství, Vztah k vlastním dětem, Sexualita, Přátelé, známí a příbuzní a ve škále Bydlení. Ve škále Zdraví, Volný čas a Vlastní osoba vykázala vyšší hodnoty životní spokojenosti referenční skupina (norma).



Obrázek 33. Porovnání jednotlivých škál našeho souboru s normou

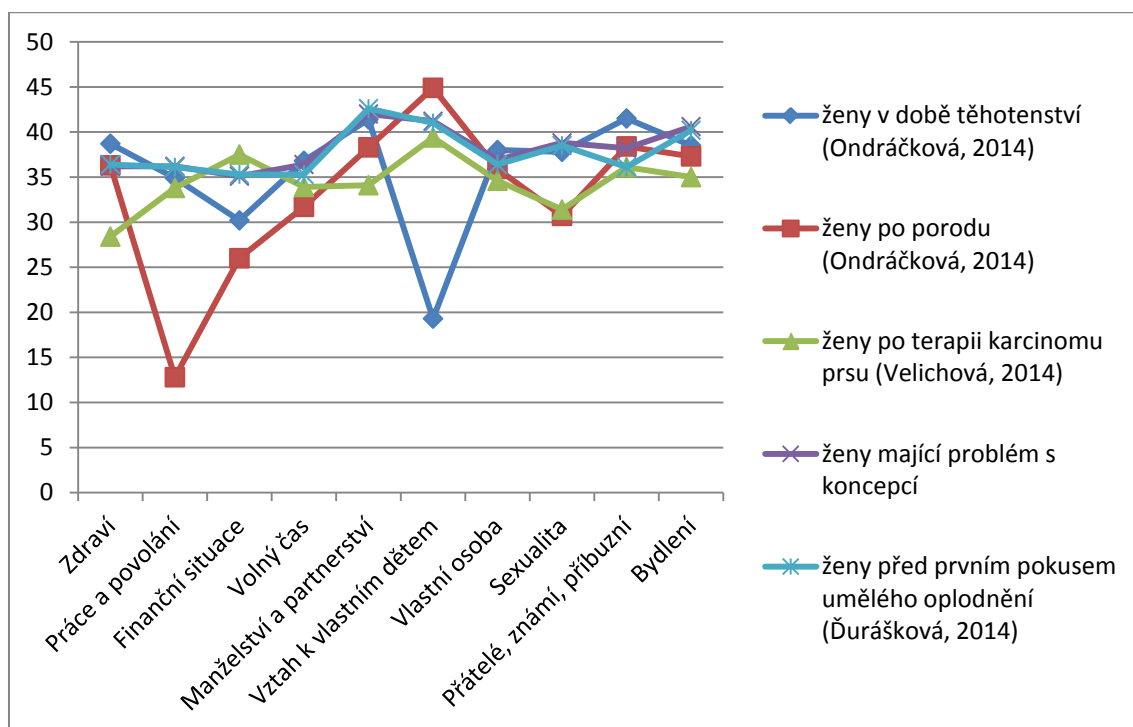
Ženy s problémem koncepce pocítují nejvyšší životní spokojenost v oblasti manželství a partnerství (42 bodů), vztah k vlastním dětem (41,2 bodů), u škály bydlení dosáhly na 40,6 bodů, sexualita 38,8 bodů, přátelé známí a příbuzní 38,2 bodů, vlastní osoba 36,9 bodů, volný

čas 36,4 bodů, stejného počtu bodů získaly u škály zdraví, práce a povolání, a nejnižší počet bodu 35,1 získala škála finanční situace.

U referenční skupiny získala nejvyšší počet bodů škála vztah k vlastním dětem 39,5 bodů (což je o 1,7 bodů méně než u námi zkoumaného souboru), 39,3 bodů získala škála manželství a partnerství, vlastní osoba 38,8 bodů, zdraví 38 bodů, přátelé známí a příbuzní 37,58 bodů, volný čas 36,6 bodů, práce a povolání 36,1 bodů, stejného počtu bodů dosáhla oblast bydlení a oblast sexuality. Nejmenší počet bodů, stejně jako tomu bylo u žen s problémem koncepce, získala škála finanční situace.

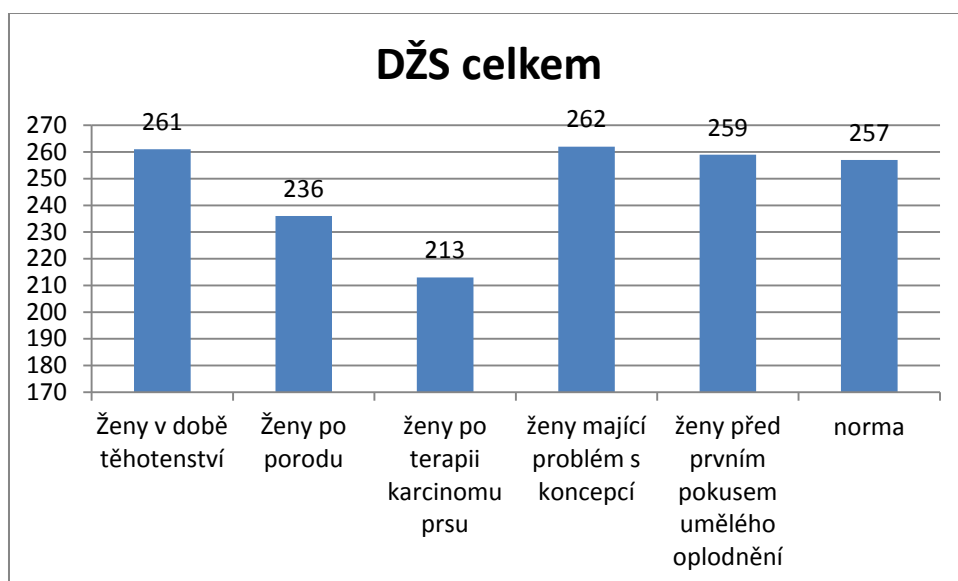
Ženy s problémem koncepce pocítují vyšší úroveň životní spokojenosti ve všech škálách kromě škály zdraví, kde získaly o 1,8 bodů méně než referenční skupina, škále volný čas a ve škále vlastní osoba. Nejmenší bodový rozdíl dosáhla oblast volného času, kde námi zkoumaný soubor žen získal 36,4 bodů a norma uvádí 36,6 bodů. Naopak největší bodový rozdíl byl zaznamenán u škály bydlení, kde námi zkoumaný soubor získal o 4,6 bodů více než norma. Nejméně bodů získala u obou skupin oblast finanční situace, kde námi zkoumaný soubor ohodnotil tuto oblast 35,1 body a norma 31,9 body.

K podobným výsledkům došli také němečtí autoři Wischman et al. (2001), kteří se zabývali životní spokojenosti žen vstupujících do umělého oplodnění. Dotazník vyplnilo celkem 536 žen. Získaná data autoři srovnávali s referenční populací (normou). Pacientky vykázali vyšší hodnoty životní spokojenosti oproti normě ve škálách Práce a povolání, Manželství a partnerství, Finanční situace, Sexualitě a bydlení, nižší spokojenost oproti normativním hodnotám ženám vyšla u škál Vlastní osoba a Zdraví. Ve škále spokojenosti s Volným časem a spokojenosti se Známy, příbuznými a přáteli nebyly mezi pacientkami a referenční skupinou žádné rozdíly. DŽS byl aplikován v celé řadě diplomových prací. Například Ondráčková (2014) zkoumá životní spokojenost žen v době těhotenství a následně srovnává tentýž zkoumaný soubor v době po porodu, Velichová (2014), hodnotí životní spokojenost u žen po terapii karcinomu prsu, Ďurášková (2014), se zabývá životní spokojenosti u žen před prvním umělým oplodněním. Z práce Ondráčkové (2014) vyplývá, že ženy v době těhotenství jsou celkově více spokojené, než ženy po porodu. Po porodu pak ženy pocítují nejvyšší životní spokojenost v oblasti vztahu k vlastním dětem. Nejméně jsou ženy po porodu spokojené po stránce pracovní a sexuální.



Obrázek 34. Porovnání průměrných dat s dalšími DP užívajícími DŽS

Na níže uvedeném grafu (obrázek 18.) vidíme, že rozdíly v celkové životní spokojenosti vybraných diplomových prací jsou minimální. Nejvyšší hodnoty životní spokojenosti můžeme pozorovat u žen majících problémy s koncepcí (262 bodů), o jeden bod méně získaly ženy v době těhotenství, ženy před prvním pokusem umělého oplodnění získaly 259 bodů. Za tyto se řadí ženy po porodu a na posledním místě, dle očekávání, skončily ženy po terapii karcinomu prsu.



Obrázek 35. Celkové skóre DŽS – porovnání s ostatními DP

Další, podstatnou částí práce je analýza úrovně pohybové aktivity u cílové skupiny žen s problémem koncepce. Výsledky Mezinárodního dotazníku k pohybové aktivitě IPAQ zjišťují frekvenci a dobu trvání intenzivní pohybové aktivity a středně zatěžující pohybové aktivity. Výsledky byly porovnány s doporučeními Světové zdravotnické organizace (WHO). Z doporučení WHO zdraví prospěšná intenzivní PA je ta, prováděná min. 3 krát týdně po dobu min. 20 min. Zdraví prospěšná PA střední intenzity je ta, prováděná alespoň 5 krát týdně po dobu min. 30 minut. Ze souborů respondentů, kteří provádějí jednotlivé druhy pohybových aktivit, byl proveden výběr vyhovující daným kritériím. Do tohoto kritéria spadá 26 % dotázaných, kteří provádějí intenzivní PA, což představuje 16 % z celkového počtu respondentů. Do kritéria vymežující zdraví prospěšnou PA střední intenzity spadá 6 % dotazovaných, kteří provádějí středně zatěžující PA, což představuje 3 % z celkového počtu respondentů. 3 % respondentů provozuje intenzivní PA 3 krát a více týdně a zároveň středně zatěžující PA 5 krát a více za týden.

Měkota a Cuberek (2007) uvádí, že pozitiva přináší pohybová aktivita adekvátní věku a zdravotnímu stavu. V případě, že by objem a intenzita pohybové aktivity neodpovídali věku a zdravotnímu stavu jednotlivce, mohlo by dojít k negativním důsledkům, jako jsou chronická únava, celkové vyčerpání organismu, celkové oslabení či ztráta motivace k dalšímu sportování. 22 % respondentek provozuje 1 krát týdně organizovanou PA, 11 % žen provozuje organizovanou PA 2 krát týdně a 7 % dotázaných provozuje organizovanou PA vícekrát týdně. Celých 60 % dotázaných žen neprovádí během roku žádnou organizovanou

PA. 26 % dotázaných žen, se ve svém volném čase nejčastěji věnuje cyklistice, 14 % aerobiku, 13 % dotázaných žen pěší turistice, 9 % respondentek běhání, 6 % žen józe a 5 % žen uvedlo, že se věnují jiným sportovním aktivitám (jízda na koni, mořeplavba, lyžování, lukostřelba). Na otázku, které sportovní činnosti by se respondentky během roku nejčastěji věnovaly, odpovídaly ženy následovně: 17 % dotázaných žen by se nejraději věnovaly cyklistice, 7 % běhu, 4 % plavání, a 3 % respondentek uvedla, že by preferovaly jinou sportovní aktivitu. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že nejoblíbenější sportovní činností žen s problémem koncepce je cyklistika. Plavání se nevěnuje žádná z dotázaných žen, i přesto by se plavání nejraději věnovaly 4 % žen.

Z výzkumného šetření dále vyplývá, že i přes poměrně nízký průměrný věk respondentek se celých 24 % žen nevěnuje žádné PA, 44 % žen se věnuje PA nepravidelně. Z celkového počtu 70 respondentů 22 dotázaných splňuje podmínky pro zdraví prospěšnou PA.

Za velký nedostatek naší práce považujeme zkoumání pouze žen a nikoli celého páru. Léčba neplodnosti se totiž netýká pouze žen, ale týká se vždy celého páru a životní spokojenost a způsoby zvládání neplodnosti mužů jsou neméně důležitým tématem. Na druhou stranu je třeba podotknout, že neplodnost i její léčba je převážně fyzickou i duševní zátěží pro ženy.

7 ZÁVĚR

Hlavním cílem práce byla analýza aktuálního stavu úrovně životní spokojenosti, jejich složek a úrovně pohybové aktivity u žen majících problém s koncepcí a navštěvujících centra asistované reprodukce.

Díličmi cíli bylo zjištění vlivu vhodné pohybové aktivity při léčbě ženské neplodnosti a možný vliv životní spokojenosti na léčbu ženské neplodnosti.

Hlavní cíl práce se podařilo splnit. Prostřednictvím dotazníku DŽS byl zjištěn aktuální stav životní spokojenosti a pomocí dotazníku IPAQ – International Physical Activity Questionnaire byla zjištěna úroveň pohybové aktivity této cílové skupiny.

Celkové hodnocení životní spokojenosti u žen s problémem koncepce je o 5 bodů vyšší, než průměrná normativní hodnota ukazatele DŽS. U většiny položek tohoto dotazníku dosáhly respondentky většího počtu bodů, než uvádějí normativní hodnoty. Největší bodový rozdíl byl zaznamenán u škály „Bydlení“ (rozdíl 4,7 bodu), druhý nejvyšší bodový rozdíl patří oblastí „Financí“ (rozdíl 3,2 bodu). Pouze oblasti životní spokojenosti zdraví, volný čas a vlastní osoba, ohodnotily ženy méně body, než uvádí norma.

Dle zjištěných výsledků práce vyplívá, že úroveň životní spokojenosti nemá přímý vliv na plodnost ženy. Překvapivě ženy potýkající se s problémy koncepce vykazují vyšší úroveň životní spokojenosti, než uvádí norma.

Pohybová aktivita byla zjišťována prostřednictvím dotazníku IPAQ. U sledovaného vzorku žen, bylo zjištěno, že zdraví prospěšné PA odpovídající doporučení WHO, se věnuje pouhých 32 % žen. Z toho 26 % dotazovaných uvádí, že provádí intenzivní PA min. 3 krát týdně po dobu min. 20 min, zbylých 6 % žen se věnuje středně zatěžující PA, min. 5 krát týdně po dobu min. 30 min.

Průměrná doba, po kterou se respondentky snaží o otěhotnění je 3 roky, nejdelší dobu po kterou se jedné z dotazovaných nedaří otěhotnět je 10 let.

Mnohé studie prokazují příznivý vliv pravidelné PA na zdraví člověka. Neplodnost negativně ovlivňuje rovněž sedavý způsob života a nedostatek PA. Tuto souvislost prokázaly výsledky této práce. 24 % respondentek neprovádí žádnou PA. 44 % žen provádí během roku PA nepravidelně. Z těchto výsledků i z výzkumu teoretických poznatků můžeme konstatovat, že vhodná pohybová aktivita napomáhá i při léčbě ženské neplodnosti.

8 SOUHRN

V dnešní době je problém neplodnosti velice aktuální téma. Neplodností v České republice trpí asi 15 % párů.

Tato diplomová práce zkoumá životní spokojenost a pohybovou aktivitu u specifické skupiny populace žen s problémem koncepce. Hlavním cílem práce je analýza aktuálního stavu úrovně životní spokojenosti, jejich složek a úrovně pohybové aktivity u žen majících problém s koncepcí a navštěvujících centra asistované reprodukce.

Kapitola přehled poznatků se zabývá vymezením pojmu zdraví, determinantami zdraví, pojmem kvality života, životního stylu a životního způsobu. Zabývá se také problematikou pohybové aktivity. Popisuje příčiny neplodnosti a metody asistované reprodukce s jejich úspěchy i riziky. V závěru teoretické části jsou uvedeny možnosti ovlivnění koncepce právě změnou životního stylu spojenou se zdravím prospěšnou pohybovou aktivitou.

K dosažení cíle diplomové práce byl použit Dotazník životní spokojenosti (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brahler, 1986) a Mezinárodní standardizovaný dotazník k PA (IPAQ-short). Výzkumný soubor tvořily pacientky Centra asistované reprodukce Fakultní nemocnice Olomouc, soukromého pracoviště Reprofit Olomouc, a IVF centrum Olomouc.

Výsledky práce prokázaly, že životní spokojenosti u žen s problémem koncepce je o 5 bodů vyšší, než průměrná normativní hodnota ukazatele DŽS.

Zkoumání úrovně pohybové aktivity u této cílové skupiny prokázalo, že zdraví prospěšné PA odpovídající doporučení WHO, se věnuje pouhých 32 % žen. Z celkového počtu sedmdesáti respondentek. 24 % neprovozuje žádnou PA. Mezi nejoblíbenější PA dotazovaných patří cyklistika, pěší turistika a běhání.

9 SUMMARY

Nowadays the problem of infertility is a very current topic. About 15% of couples suffer from infertility in the Czech Republic.

This thesis examines life satisfaction and physical activity among specific groups of the population of women with conception problems. The main objective is to analyse the current state of life satisfaction, their content and levels of physical activity in women having problems with conception visiting a centre for assisted reproduction.

This chapter reviews the evidence and deals with the definition of the concept of health, health determinants, the concept of quality of life, lifestyle and way of life. It also deals with issues of physical activity. It describes the causes of infertility and assisted reproduction methods, with their successes and risks. At the end of the theoretical part the possibility of influencing the concept of changing lifestyle-related health beneficial physical activity are given.

To achieve the objective of this thesis the Questionnaire of Life Satisfaction (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brahler, 1986) and the International standardised questionnaire PA (IPAQ). The research sample consisted of patients of the Centre of Assisted Reproduction University Hospital Olomouc, Reprofit Olomouc, Olomouc and the IVF center.

The results of the work showed that life satisfaction in women with conception problems is 5 points higher than the average normative value of the indicator GST.

Exploration of levels of physical activity in this target group have shown healthy PA levels corresponding to WHO recommendations, it focuses on only 32% of women. From a total of seventy respondents. 24% are without PA. The most popular PA interviewees included were cycling, hiking and jogging.

11 REFERENČNÍ SEZNAM

- Bolsoy, N., Taspinar, A., Kavlak, O., & Sirin, A. (2010). Differences in quality of life between infertile women and men in Turkey. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39, 191–198.
- Bunc, V. (2008). *Aktivní životní styl mládeže jako determinant jejich zdatností a tělesného složení*. Studia Kinanthrologica.
- Clark, M. M., & Doherty, C. M. (2006). *Léčba neplodnosti*. Brno: Computer Press.
- Crha, I., & Hrubá, D. (2000). *Kouření a reprodukce*. Brno: Lékařská fakulta Masarykovy Univerzity v Brně.
- Čevela, R., Čeledová, L., & Dolanský, H. (2009). *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada.
- Doherty, C. M., & Clark, M. M. (2006). *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*. Brno: Computer Press.
- Domar, A. D., Conboy, L., Denardo-Roney, J., & Rooney, K. L. (2012). Lifestyle behaviors in women undergoing in vitro fertilization: a prospective study. *Fertil. Steril.* 97, 697–701.
- Řurášková, G. (2014). *Úzkost, životní spokojenost a copingové strategie žen před prvním umělým oplodněním a jejich odraz ve výsledku léčby*. Rigorózní práce, Univerzita Palackého, Filosofická fakulta, Olomouc.
- ESHRE Task Force on Ethics and Law, (2010). Lifestyle-related factors and access to medically assisted reproduction. *Hum. Reprod.* 25, 578–583.
- European health for All No. 6. (1999). Retrieved 10. 01. 2015 from the World Wide Web: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf
- European health for All No. 6. (2000). *Zdraví 21*. Retrieved 30. 4. 2015 from the Word Wide Web: <http://benes1.datim.cz/images/dokument/Zdravi21.pdf>.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., & Brähler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. (K. Rodná & T. Rodný, Trans.). Praha: Testcentrum.
- Fořt, P. (2005). *Výživa pro dokonalou kondici a zdraví*. Praha: Grada
- Fromel, K. (2002). *Kompendium psaní a publikování v kinantropologii*. (Vysokoškolská skripta) Olomouc: Univerzita Palackého.
- Gesink Law, D. C., Maclehose, R. F., & Longnecker, M. P. (2007). Obesity and time to pregnancy. *Hum. Reprod.* 22, 414–420.
- Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing a. s.

- Hauser, R. (2012). Body mass index and short-term weight change in relation to treatment outcomes in women undergoing assisted reproduction. *Fertil. Steril*, 98, 109–116.
- Heřmanová, E. (2012). Kvality života a její modely v současném sociálním výzkumu. *Sociológia*, 407-425.
- Hodaň, B., & Dohnal, T. (2005). *Rekreologie*. Olomouc: Nakladatelství Hanex.
- Holčík, J. (2009). *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. Brno: MSD.
- Holčík, J. (2010). *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita.
- Homan, G. F., Davies, M., & Norman, R. (2007). The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Human Reproduction Update*, 13, 209– 223.
- Hrabica, M. (2005). *Dar zdraví*. Zlín: Ing. Miroslav Hrabica.
- Hyde, A. L., Maher, J. P., & Elavsky, S. (2013). Enhancing our understanding of physical activity and wellbeing with a lifespan perspective. *International Journal of Wellbeing*, 3(1), 98-115.
- Chavarro, J. E., Ehrlich, S., Colaci, D. S., Wright, D. L., Toth, T. L., Petrozza, J. C., & Hauser, R. (2012). Body mass index and short-term weight change in relation to treatment outcomes in women undergoing assisted reproduction. *Fertil. Steril*. 98, 109–116.
- Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE-institut.
- Kelly-Weeder, S., & O'Connor, A. (2006). Modifiable risk factors for impaired fertility in women. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18, 268–276.
- Klimešová, I., & Stelzer, J. (2013). *Fyziologie výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Knight, M., Kurinczuk, J. J., Spark, P., & Brocklehurst, P. (2010). UK Obstetric Surveillance System, Extreme obesity in pregnancy in the United Kingdom. *Obstet. Gynecol.* 115, 989–997.
- Konopka, P. (2004). *Sportovní výživa*. České Budějovice: Knopp.
- Křivohlavý, J., Šolcová, I., Kezba, V., Kotýnková, M., Hnilicová, H., Nesvadbová, L., Kublay, G., Terzioglu, F., & Karatay, G. (2008). *Smoking and pregnancy* (1st ed.). Ankara, Turkey: Klasmat Printing.
- Kučera, Z. (2004). *Kvalita života*. Třeboň: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
- Kukačka, V. (2010). *Udržitelnost zdraví*. České Budějovice: Jihočeská univerzita.

- Lau, J. T. F., Wang, Q., Cheng, Y., Kim, J. H., Yang, X., & Tsui, H. Y. (2008). Infertility-related perceptions and responses and their associations with quality of life among rural Chinese infertile couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 248–267.
- Lázničková, L. (2012). *Přirozené plánování rodičovství Neplodnost*. Brno: Centrum naděje a pomoci – CENAP.
- Machová, J., & Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví: zdraví a prevence, životní styl – problémy a rizika, dospívání a zdravotní problémy*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Mardešić, T., Chládek, D., Kosařová, M., Lonský, P., Dostál, J., & Čepický, P. (2013). *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Marková, M. (2012). *Determinanty zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Maud Doherty, C., & Clark, M. M. (2006). *Léčba neplodnosti*. Brno: Computer Press.
- Máček, M., & Radvanský, J. (2011). *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Grada.
- Michalakis, K., Mintziori, G., Kaprara, A., Tarlatzis, B. C., & Goulis, D. G. (2013). The complex interaction between obesity, metabolic syndrome and reproductive axis: a narrative review. *Metabolism*, 62, 457–478.
- Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy. (2008). *Pokyny EU pro pohybovou aktivitu - Doporučená politická opatření na podporu zdraví upevňujících pohybových aktivit*. Retrieved 2. 5. 2015 from the Word Wide Web: www.msmt.cz/file/20028/download.
- Mrázek, M. (2003). *Umělé oplodnění I*. Praha: Nakladatelství TRITON, s.r.o.
- Nelson, S. M., & Fleming, R. F. (2007). The preconception contraception paradigm: obesity and infertility. *Hum. Reprod.*, 22, 912–915.
- Novotná, V., Čechovská, I., & Bunc, V. (2006). *Fit programy pro ženy: průvodce kondiční přípravou*. Praha: Grada Publishing.
- Novotný, P. P. (1997). *Co dělat při léčbě neplodnosti*. Praha: Pragma.
- Ondráčková, R. (2014). *Životní spokojenost a pohybová aktivita u žen v průběhu těhotenství a po narození dítěte*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Proctor, C. L., Linley, P. A., & Maltby, J. (2009). Youth life satisfaction: A review of the literature. *Journal of Happiness Studies*, 10, 583–630.

- Ragni, G., Mosconi, P., Baldini, M. P., Somigliana, E., Vegetti, W., Caliani, I., & Nicolosi, A. E. (2005). Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. *Human Reproduction*, 20, 1286–1291.
- Rychtecký, A. (2006). *Monitorování účasti mládeže ve sportu a pohybové aktivitě v České Republice*. Praha: FTVS UK Praha.
- Řezábek, K. (2004). *Léčba neplodnosti*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s.
- Sigmund, E., & Sigmundová, D. (2011). *Pohybová aktivita pro podporu zdraví dětí a mládeže*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Slepičková, I. (2005). *Sport a volný čas*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- Slováček, L., Slováčková, B., Jebavý, L., Blažek, M., & Kačerovský, J. (2004). Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotní listy*, 6-9.
- Stejskal, P. (2004). *Proč a jak se zdravě hýbat*. Břeclav: Presstempus, spol. s.r.o.
- Střeščíková, R. (2014). *Analýza pohybových aktivit žen*. Diplomová práce, Masarykova Univerzita, Fakulta sportovních studií, Brno.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2013). *Asistovaná reprodukce 2012*. Retrieved 1. 6. 2015 from World Wide Web: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/asistovana-reprodukce>.
- Valjent, Z. (2006). *Pokus o vymezení pojmu Aktivní životní styl*. Česká kinantropologie.
- Valjent, Z. (2006). *Zdraví a životní styl vysokoškoláků*. Pražská technika.
- Velichová, M. (2014). *Hodnocení životní spokojenosti, jejich složek a pohybové aktivity u žen po terapii karcinomu prsu*. Bakalářská práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Ventruba, P., Crha, I., Žáková, J., & kol. (2013). *Průvodce léčbou poruch plodnosti*. Brno: Gynekologicko-porodnická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice.
- Wischmann, T. H., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heidelberg Fertility Consultation service. *Human Reproduction* 16(8), 1753-1761.
- Zvírotský, M. (2014). *Zdravý životní styl*. Praha: Karolinum.

11 PŘÍLOHY

Příloha 1. Dotazník IPAQ – short

Centrum kinantropologického výzkumu (www.cfk.r.eu)

Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého v Olomouci

MEZINÁRODNÍ DOTAZNÍK K POHYBOVÉ AKTIVITĚ

Zajímáme se o pohybovou aktivitu, kterou vykonáváte jako součást Vašeho každodenního života. V otázkách se Vás budeme ptát na čas, který jste strávili pohybovou aktivitou **v posledních 7 dnech**. Prosíme Vás o zodpovězení všech otázek, i když se nepovažujete za pohybově aktivního člověka. Zamyslete se prosím nad aktivitami, které provádíte v zaměstnání, jako součást domácích prací, na zahradě, při přemísťování se z místa na místo a ve vašem volném čase při rekreaci, cvičení či sportu.

Zamyslete se nad **intenzivní pohybovou aktivitou** (tělesně náročná), kterou jste prováděl/a **v posledních 7 dnech**. **Intenzivní pohybová aktivita** se vyznačuje těžkou tělesnou námahou a zadýcháním (výrazně rychlejší a těžší dýchání než normálně). Berte v úvahu pouze tu pohybovou aktivitu, která trvala nepřetržitě alespoň 10 minut.

1. V kolika dnech, během posledních 7 dnů, jste prováděl/a **intenzivní pohybovou aktivitu**, například zvedání těžkých břemen, kopání (rytí), aerobik nebo rychlou jízdu na kole?

_____ dnů v týdnu

Neprovádím žádnou intenzivní pohybovou aktivitu → **Přejděte k otázce 3**

2. Kolik času jste obvykle strávil/a při **intenzivní pohybové aktivitě** v jednom z těchto dnů (v průměru za jeden den)?

_____ hodin denně

_____ minut denně

Nevím/ Nejsem si jistý(á)

Zamyslete se nad veškerou **středně zatěžující pohybovou aktivitou**, kterou jste prováděl/a **v posledních 7 dnech**. **Středně zatěžující pohybová aktivita** se vyznačuje střední tělesnou námahou, při níž dýcháte trochu více než normálně. Berte v úvahu pouze tu pohybovou aktivitu, která trvala nepřetržitě alespoň 10 minut.

3. V kolika dnech, během **posledních 7 dnů**, jste prováděl/a **středně zatěžující pohybovou aktivitu**, například nošení lehčích břemen, jízdu na kole běžnou rychlostí nebo čtyřhru v tenise? Nezahrnujte chůzi.

_____ dnů v týdnu

Neprovádím žádnou středně zatěžující pohybovou aktivitu → **Přejděte k otázce 5**

4. Kolik času jste obvykle strávil/a při **středně zatěžující pohybové aktivitě** v jednom z těchto dnů (v průměru za jeden den)?

_____ hodin denně

_____ minut denně

Nevím/ Nejsem si jistý(á)

Zamyslete se nad časem, který jste za **posledních 7 dnů** strávil/a chůzí. Zahrňte chůzi v zaměstnání, v rámci školní docházky i doma, přesuny (cestování) chůzí z místa na místo, ale i jinou chůzi, kterou vykonáváte výhradně pro rekreaci, sport, cvičení nebo vyplnění volného času.

5. V kolika dnech, během **posledních 7 dnů**, jste **chodil/a** nepřetržitě alespoň 10 minut?

_____ dnů v týdnu

Nechodil(a) jsem → **Přejděte k otázce 7**

6. Kolik času jste obvykle strávil/a **chůzí** v jednom z těchto dnů (v průměru za jeden den)?

_____ hodin denně

_____ minut denně

Nevím/ Nejsem si jistý(á)

Poslední otázka této části se týká času, který jste strávil/a **sezením v pracovních dnech**, během **posledních 7 dnů**. Zahrňte čas strávený sezením v zaměstnání, v rámci školní docházky, doma, při plnění domácích úkolů a během volného času. Zahrňte také čas strávený sezením u stolu, na návštěvě přátel, u čtení nebo také sezením či ležením při sledování televize.

7. Kolik času **denně** jste obvykle strávili/a **sezením v pracovních dnech** (v průměru za jeden pracovní den)?

_____ **hodin denně**

_____ **minut denně**

Nevím/ Nejsem si jistý(á)

DEMOGRAFICKÉ OTÁZKY

1. Pohlaví: ___ Muž
___ Žena

2. Kolik vám bylo let při vašich posledních narozeninách?

___ Let
___ Nevím/Nejsem si jistý(á)
___ Odmítám odpovědět

3. Kolik let školní docházky máte ukončeno (včetně základní školy)?

___ Let
___ Nevím/Nejsem si jistý(á)
___ Odmítám odpovědět

4. Máte v současné době placené zaměstnání?

___ Ano
___ Ne
___ Nevím/Nejsem si jistý(á)
___ Odmítám odpovědět

→ Přejděte k otázce č. 6
→ Přejděte k otázce č. 6
→ Přejděte k otázce č. 6

5. Pokud ano, kolik hodin týdně pracujete ve všech zaměstnáních?

___ Hodin týdně
___ Nevím/Nejsem si jistý(á)
___ Odmítám odpovědět

6. Kam zařadíte místo, kde žijete?

___ Velké město (> 100 000 obyvatel)
___ Středně velké město (30 000 - 100 000 obyvatel)
___ Menší město (1 000 - 29 999 obyvatel)
___ Malá obec/vesnice (< 1 000 obyvatel)
___ Nevím/Nejsem si jistý(á)
___ Odmítám odpovědět

Doplňující údaje

Výška (cm):

Hmotnost (kg):

Bydliště: okres obec Národnost:

Způsob bydlení (dům-D, bytový dům-B): Kuřák (ano-A, ne-N):

Způsob života (sám-S, v rodině-R, v rodině s dětmi do 18 let-RD): Máte psa (ano-A, ne-N):

Materiální podmínky: mám k dispozici (ano-A, ne-N) kolo auto chatu, chalupu

Organizovanost (pravidelná účast v organizované pohybové aktivitě po většinu roku-organizuje osoba nebo instituce, ne-N, 1x, 2x, více krát - týdně):

Sportovní činnost, kterou během roku nejčastěji provozujete

ktou byste nejraději provozoval/a

Neprovozují žádnou sportovní aktivitu

Děkujeme Vám za pečlivé a pravdivé vyplnění dotazníku.

Příloha 2. Dotazník životní spokojenosti

Dotazník životní spokojenosti

J. Fahrenberg, M. Myrtek, J. Schumacher, E. Brähler

Zaškrtněte prosím u každého z tvrzení na následujících stranách vždy to číslo, které nejvíce odpovídá vaší spokojenosti ve vztahu k danému tvrzení.

Příklad:	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
S počasím jsem...				X			

Pokud tedy – jako v tomto případě – nejste s počasím ani spokojen(a), ani nespokojen(a), zaškrtněte prosím ④.

U každého tvrzení zaškrťávejte prosím pouze jedno políčko.

ZDRAVÍ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Se svým tělesným zdravotním stavem jsem							
Se svou duševní kondicí jsem							
Se svou tělesnou kondicí jsem							
Se svou duševní výkonností jsem							
Se svou obranyschopností proti nemocem jsem							
Když myslím na to, jak často mám bolesti, jsem							
Když myslím na to, jak často jsem až dosud byl(a) nemocný(á), jsem							

PRÁCE A ZAMĚŠTNÁNÍ (osoby v důchodu: hodnotěte prosím své bývalé zaměstnání)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Se svým postavením na pracovišti jsem							
Když myslím na to, jak jistá je moje budoucnost v zaměstnání, jsem							
S úspěchy, které mám v zaměstnání, jsem							
S možnostmi postupu, které mám na svém pracovišti, jsem							
S atmosférou na pracovišti jsem							
Co se týká mých pracovních povinností a zátěže, jsem							
S pestrostí, kterou mi nabízí mé zaměstnání, jsem							

FINANČNÍ SITUACE	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svým příjmem / platem jsem							
S tím, co vlastním, jsem							
Se svým životním standardem jsem							
S hmotným zajištěním své existence jsem							
Se svými budoucími možnostmi výdělku jsem							
S možnostmi, které mohu vzhledem ke své finanční situaci nabídnout své rodině, jsem							
Se svým budoucím očekávaným (finančním) zajištěním ve stáří jsem							

VOLNÝ ČAS	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše pokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S délkou své každoroční dovolené jsem							
S množstvím svého volného času po práci a o víkendech jsem							
S kvalitou odpočinku, který mi přináší dovolená, jsem							
S kvalitou odpočinku, který mi přináší volný čas po práci a víkendy, jsem							
S množstvím času, který mám k dispozici pro své koníčky, jsem							
S časem, který mohu věnovat blízkým osobám, jsem							
S pestrostí svého volného času jsem							

MANŽELSTVÍ A PARTNERSTVÍ (Vyplňte prosím pouze pokud máte stálého partnera / partnerku)	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše pokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S požadavky, které na mne klade mé manželství / partnerství jsem							
S našimi společnými aktivitami jsem							
S upřímností a otevřeností svého partnera / partnerky jsem							
S pochopením které má pro mne můj partner / partnerka, jsem							
S něžností a náklonností, kterou mi můj partner / partnerka projevuje, jsem							
S bezpečím, které mi poskytuje můj partner / partnerka, jsem							
S ochotou pomoci, kterou mi projevuje můj partner / partnerka, jsem							

VZTAH K VLASTNÍM DĚTEM (Vyplňte pouze pokud máte vlastní děti)	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše pokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Když myslím na to, jak s dětmi vzájemně vycházíme, jsem							
Když myslím na úspěchy svých dětí ve škole a zaměstnání, jsem							
Když myslím na to, kolik radosti mám ze svých dětí, jsem							
Když myslím na námahu a výdaje, které mě mé děti stály, jsem							
S vlivem, který mám na své děti, jsem							
S uznáním, které se mi od mých dětí dostává, jsem							
S našimi společnými aktivitami jsem							

VLASTNÍ OSOBA	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše pokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svými schopnostmi a dovednostmi jsem							
Se způsobem, jak jsem až doposud žil, jsem							
Se svým vnějším vzhledem jsem							
Se svým sebevědomím a sebejistotou jsem							
Se svým charakterem (povahou) jsem							
Se svou vitalitou (tzn. s radostí ze života a životní energií) jsem							
Když myslím na to, jak vycházím s ostatními lidmi, jsem							

SEXUALITA	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše pokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svou tělesnou přitažlivostí jsem							
Se svou sexuální výkonností jsem							
S četností svých sexuálních kontaktů jsem							
S tím, jak často se mi můj partner / partnerka tělesně věnuje (dotýká se mne, hladí mne), jsem							
Se svými sexuálními reakcemi jsem							
Když myslím na to, jak otevřeně mohu mluvit o sexuální oblasti, jsem							
Když myslím na to, jak se k sobě s partnerem v sexualitě hodíme, jsem							

PŘÁTELE, ZNÁMÍ A PŘÍBUZNÍ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	spíše pokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Když myslím na okruh svých přátel a známých, jsem							
S kontaktem se svými příbuznými jsem							
S kontaktem se svými sousedy jsem							
S pomocí a podporou, kterou mi poskytují přátelé a známí, jsem							
Se svými veřejnými a spolkovými aktivitami jsem							
Se svou společenskou angažovaností jsem							
Když myslím na to, jak často se dostanu mezi lidi. Jsem							

BYDLENÍ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	spíše pokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
S velikostí svého bytu jsem							
Se stavem svého bytu jsem							
S výdaji na svůj byt (nájem, příp. splátky) jsem							
S polohou svého bytu jsem							
S dosažitelností dopravních prostředků jsem							
Když myslím na míru zátěže hlukem, jsem ve svém bytě							
Se standardem svého bytu jsem							

Odpovězte, prosím, na následující otázky tak, že zaškrtnete hodící se odpověď.

Pohlaví: muž žena

Věk: let

Dosažené vzdělání:

- nedokončené základní vzdělání
 základní
 vyučen bez maturity
 vyučen s maturitou
 ukončené středoškolské vzdělání
 ukončené vysokoškolské vzdělání

Rodinný stav:

- ženatý / vdaná
 svobodný(á)
 vdovec / vdova
 rozvedený(á)

Domácnost:

- žiji sám / sama
 žiji s partnerem / partnerkou

Jste zaměstnaný(á)?

- ano
 ano, ve vlastní firmě
 v domácnosti
- anebo jste:
 žák / žákyně
 student / studentka
 v učení
 v důchodu
 nezaměstnaný(á)

Zaměstnání:

Děkujeme na vaši spolupráci.