

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

Role motivu v koncepci náboru osob pro intervenční program orientovaný na podporu
pohybové aktivity

Diplomová práce

(bakalářská práce)

Autor: Aneta Ďurďová, TVS

Vedoucí práce: Mgr. Roman Cuberek, Ph.D.

Olomouc 2014

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora:	Aneta Ďurd'ová
Název závěrečné písemné práce:	Role motivů v koncepci náboru osob pro intervenční program orientovaný na podporu pohybové aktivity
Pracoviště:	Institut zdravého životního stylu
Vedoucí:	Mgr. Roman Cuberek, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Abstrakt:

Bakalářská práce přímo navazuje na řešenou problematiku ve výzkumu *Analýza zdravotně orientovaných benefitů chůze: ověření chodecké intervence u osob se sedavým zaměstnáním*“ (projekt GAČR referenční číslo: 13-32105S) realizovaného na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci v letech 2013-14. Východiskem pro tuto práci je předpoklad, že existuje souvislost mezi adherencí probanda ke konkrétnímu pohybovému programu a jeho motivací pro vstup do programu. Hlavním cílem práce je posoudit roli motivu ke vstupu do specifického chodeckého intervenčního programu u žen sedavého zaměstnání ve věku nad padesát let. Výsledky práce ukazují, že dominující motivy žen nad padesát let se sedavým zaměstnáním pro vstup do chodeckého intervenčního programu jsou ze šesti kategorií motivů především kategorie zdraví a zdatnost a kategorie zlepšení vzhledu. Bylo zjištěno, že ženy vstupující do programu s motivací z kategorie zdraví a zdatnost mají nejvyšší adherenci k danému chodeckému intervenčnímu programu. Vyplývá také, že v odlišnosti motivů do vstupu specifického chodeckého programu se může lišit množství pohybové aktivity.

Klíčová slova: životní styl, intervence, chůze, motivace, adherence, pohybová aktivita

Souhlasím s půjčováním závěrečné písemné práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author's first name and surname: Aneta Ďurd'ová

Title of the thesis: Role of motives in the concept of recruiting persons for intervention for the intervention program focused on the promotion of physical activity

Department: Institute of Active Lifestyle

Supervisor: Mgr. Roman Cuberek, Ph.D.

The year of presentation: 2014

Abstract:

Bachelor thesis is based on the solving research "Analysis of health-oriented benefits of walking: verification pedestrian intervention for people with sedentary" (GACR project) implemented at the Faculty of Physical Culture, Palacky University in Olomouc in 2013-2014. The starting point for this work is the assumption that there is a relationship between proband adherence to a particular motion program and his motivation for joining the program. The main goal is to evaluate the role of motives for entering the specific walking intervention program for women over the age of fifty with sedentary employment. The research results show that the dominant motives for entry into walking intervention program for women over 50 with sedentary employment are divided into six categories of motives, where main are the categories of health & physical endurance and appearance improvement. It was found that women with motives of health & physical endurance have the highest adherence to a given walking intervention program. It also follows that differences in motives affect the amount of physical activity.

Keywords: lifestyle interventions, walk, motivation, adherence, physical activity

I agree with the thesis paper to be lent within the library service.

Bakalářská práce byla vypracována za podpory výzkumného projektu *Analýza zdravotně orientovaných benefitů chůze: ověření chodecké intervence u osob se sedavým zaměstnáním* (GAČR 13-32105S).

Prohlašuji, že jsem závěrečnou písemnou práci zpracovala samostatně s odbornou pomocí Mgr. Romana Cuberk, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a řídila se zásadami vědecké etiky.

V Olomouci dne

.....

Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce, Mgr. Romanu Cuberkovi, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a pomoc při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Michalu Šafářovi, Ph.D. za odborné konzultace týkající se psychologických aspektů řešené problematiky.

OBSAH

1	ÚVOD	7
2	PŘEHLED POZNATKŮ	9
2.1	Pohybové intervenční programy jako nástroj změny zdravého životního stylu	9
2.1.1	<i>Životní styl</i>	9
2.1.2	<i>Aktivní životní styl a modely změn chování</i>	12
2.1.3	<i>Pohybové intervenční programy</i>	19
2.2	Nábor osob do pohybových (chodeckých) intervenčních programů	20
2.2.1	<i>Motivace ke změně životního stylu a její vztah k náboru osob</i>	21
3	CÍLE	24
3.1	Hlavní cíle práce	24
3.2	Dílčí cíle	24
3.3	Výzkumné otázky a hypotézy	24
4	METODIKA	26
4.1	Výzkumný soubor	26
4.2	Popis chodeckého intervenčního programu	26
4.3	Metody sběru a zpracování dat	28
4.4	Statistické zpracování dat.....	29
5	VÝSLEDKY	30
5.1	Charakteristika výzkumného souboru.....	30
5.2	Popis motivů ke vstupu do chodeckého intervenčního programu	31
5.3	Role motivu ke vstupu do chodeckého programu.....	32
6	DISKUZE	36
7	ZÁVĚRY	39
8	SOUHRN	40
9	SUMMARY	41
10	REFERENČNÍ SEZNAM	42

1 ÚVOD

Pohybové intervenční programy (dále jen programy) jsou již několik let součástí celé řady výzkumů. Často jsou užívány jako intervence v podpoře pohybové aktivity a celkové změně životního stylu. Důvodem jsou důkazy o významném vlivu pohybové aktivity na řadu civilizačních onemocnění.

Jedinec, který vstupuje do intervenčního programu si vytváří svoji vlastní představu o benefitech (hodnotách), které mu nabízený program může poskytnout. Děje se tak na základě informací, které o programu získává. V tomto smyslu můžeme hovořit o motivaci jedince ke vstupu do programu. Tyto motivy se přirozeně u různých osob liší. Ve výzkumných projektech, které jsou založeny na jakýchkoliv intervenčních programech, musí být samozřejmě účastníkům program představen takovým způsobem, aby ke svému výzkumu získal právě ty osoby, pro které je určen, a především získat osoby s vysokou adherencí k programu (je u nich vysoký předpoklad, že v programu setrvají po celou dobu realizace výzkumu).

Různé osobní motivy pro vstup do programu lze členit do několika základních kategorií. Ne všechny motivy, resp. kategorie, však přímo korespondují s obsahem programu. Některé motivy mají zobecněnou povahu (např. kategorie motivů „sociální vztahy“). Je proto otázkou, zda osoby s různými motivy mají také různou adherenci k programu.

Východiskem pro tuto práci je proto předpoklad, že existuje souvislost mezi adherencí probanda ke konkrétnímu pohybovému programu a jeho motivací pro vstup do programu. Existence takového vztahu může zefektivnit výběr osob do výzkumného souboru, a to na základě diferenciací motivů ke vstupu do programu.

Záměrem této práce je popsat motivy žen vstupujících do chodeckého intervenčního programu a posoudit jejich setrvání v chodeckém intervenčním programu v závislosti na druhu jejich motivace a dále popsat vazbu mezi druhy jejich motivů a úrovní somatických parametrů, množství habituální a pracovní pohybové aktivity a životní spokojeností. Tento chodecký intervenční program je součástí výzkumného projektu „*Analýza zdravotně orientovaných benefitů chůze: ověření chodecké intervence u osob se sedavým zaměstnáním*“ (projekt GAČR, referenční číslo: 13-32105S) realizovaného na

Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci v letech 2013-14. Práce tak přímo navazuje na řešenou problematiku v tomto výzkumu.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 Pohybové intervenční programy jako nástroj změny zdravého životního stylu

Zdraví bylo a je ve všech lidských kulturách řazeno na přední místo. Pomáhá člověku nejen k dosažení stavu spokojenosti, k prosazení ve společnosti, ale k celkovému přístupu k prostředí a sobě samému (Kebza, 2005). Zdravotní stav společnosti se posuzuje především podle nemocnosti a úmrtnosti. Podle Čeledová, et al., (2010) důsledek dopadu na zdraví hraje životní styl každého člověka a zdraví jako prostředek k dosažení cílů změnit život k lepšímu. Záleží tedy na každém, jaký životní styl si zvolí. Protože způsob volby je rozhodující determinantou zdraví. Existuje řada programů zaměřujících se na rozvoj pohybové aktivity pro snížení rizika výskytu nemocí. Touto problematikou se zabývají především pohybové intervenční programy. Jejich celá řada může být například měněna se smyslu motivačního zásahu do životosprávy a pohybového obsahu. Či intervence zaměřené na chodecké programy.

2.1.1 Životní styl

Životní styl je systém, který zahrnuje formy dobrovolného chování v různých životních situacích, které jsou založeny na individuálním výběru odlišných variant. Je také vyjádřením rozdílu individua od skupinové normy. Blaxter (in Hodaň et al., 2008) chápe životní styl jako výběr, který lidé provádějí vzhledem k dané potřebě. Vyzdvihuje se v něm i osobní či společenské cíle propojující celkový vývoj ve skupině či rodině.

Obsahem jsou také činnosti, vztahy, životní projevy, zvyklosti charakterizující určitý živý subjekt a objekt. Typickým příkladem bývá rodina. Rodina objektivními aktivitami ovlivňuje subjektivní jednání jedinců, které bývají výsledkem jejich činností. To směřuje k tomu, že rozhodování lidí o svém chování není zcela svobodné. Závisí na rodinných zvyklostech, tradicích, sociální pozici ve společnosti, zaměstnáním, příjmu, temperamentu a pohlaví, či věku každého člověka individuálně. Životní styl je souhrn každodenních činností, kterého člověka obklopují, ovlivňují jeho chování (výběr) a životní situace (možnosti). Můžeme si proto zvolit zdravý styl a nepřijmout ten, která

zdraví poškozuje. Podle Machové (2009) etapa životního cyklu vývoje jedince odpovídá charakteru životního cyklu, jako výsledek etapy historického vývoje.

Do životního stylu se podle Aaker, et al., (1982) řadí, jak sociální skupiny, tak individuální osoby. Jak dále uvádějí, velkou rolí v životním stylu hraje i kultura, ve které se jedinec pohybuje. Například srovnání kultury v USA a Japonsku. Zmíněná studie se zaměřuje na existenci větších rozdílů v životním stylu u všech věkových kategorií v Japonsku oproti USA na rozdílnost obou kultur. Dále poukazuje na fakt, že věk hraje velkou roli v souvislosti se životním stylem lidí.

Konkrétní, individuální styl závisí na (Hodaň,1997):

- *způsoby tvorby a reprodukci života,*
- *podílu na řízení společenských procesů,*
- *úrovni překonání protikladů mezi prací a nezaměstnaností,*
- *úrovni sblížení společenských a individuálních hodnot,*
- *druzích vykonávané činnosti, způsobu jejich vykonávání a vzájemných proporcí mezi nimi,*
- *zpětném působení životního stylu na kvalitu daného individua.*

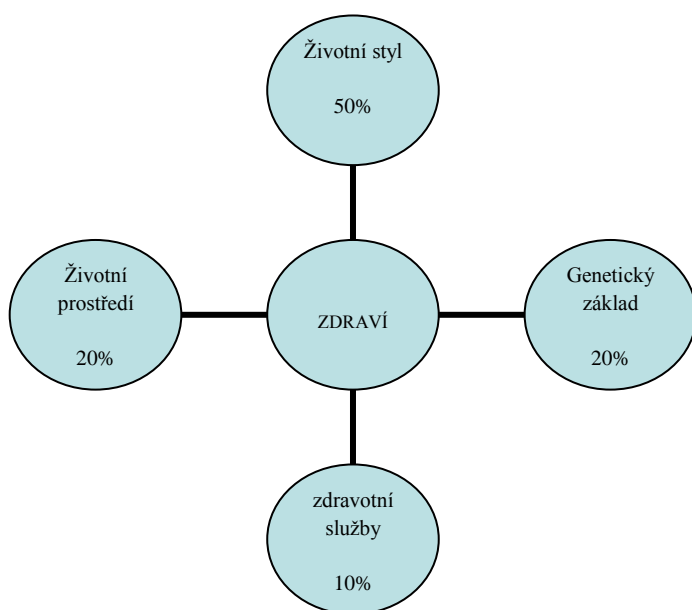
Změna aktivního životního stylu nastává z pravidla tehdy, kdy člověk začíná pociťovat dopad na svoje zdraví. Celkově zdravotní stav ovlivňuje např. životospráva, vykonávaná práce, vztahy v okolí, způsob a kvalita zvládnutí zátěže a stresu. Podle Kebzy (2005) má rozhodující vliv na zdravotní stav člověka v dnešní době především životní styl a způsob, jak ho uplatňuje. S tímto i související pojem „health behavior“ (zdraví a chování), zaznamenávají činnost a úkony osob, přesvědčených o nutnosti či prospěšnosti zachování zdraví za účelem prevence nemocí (Kaskl, et al,1966).

Podle Machové (2009) je kvalita životního stylu současného člověka ovlivněna moderní dobou, s tím související technické vymoženosti, které přinesly především bydlení v panelákových domech, což je ukazatelem doby 20. století. To má za následek ovlivnění životního stylu populace, především ve vyspělých zemích. Člověk v dnešní době zvolil spíše sedavý způsob života. Do práce se vozí autem, v práci opět sedí u počítače a doma u televize. Vše si lidé díky moderně snaží ulehčit a tím minimalizují pohybovou činnost.

Chůze a pohyb se dostává na okraj činností. Zhoršené jsou i navzájem mezilidské vztahy a komunikace a to vše přispívá k zvýšenému výskytu civilizačních chorob.

Machová (2009) uvádí , že zdraví je ovlivněno zevními faktory, které mají dopad na zdraví a jsou rozděleny do tří skupin:

- *životní styl,*
- *kvalita životního a pracovního prostředí,*
- *zdravotnické služby.*

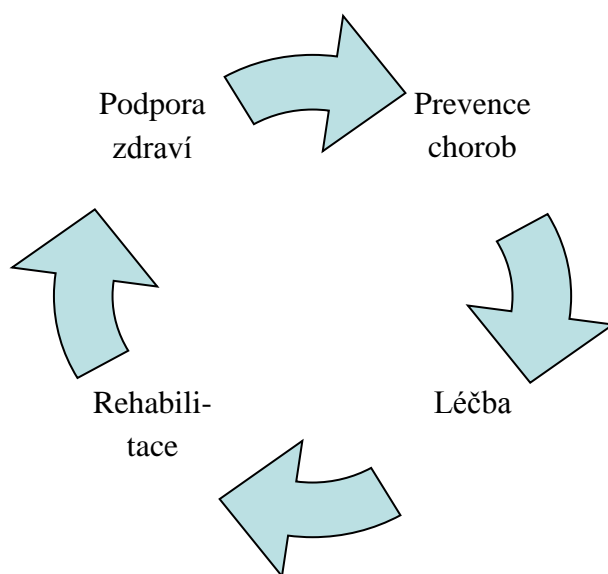


Obrázek 1. Vzájemné vztahy mezi zdravím a determinanty zdraví (Machová, 2009).

V průběhu postupného vývoje se ukázalo , že pouhou jednoduchou metodou odnaučit člověka nežádoucí a naopak naučit žádoucí chování, je v praxi velmi složitý proces. Lidé mají sklon zůstat v určitém stereotypním životním stylu a bojí se změny zažitého chování.

2.1.2 Aktivní životní styl a modely změn chování

Aktivní životní styl je změna způsobu života od pasivního k aktivnímu. Vše začíná a je způsobeno nemocí. Definice nemoci je v literatuře rovněž jak zdraví vymezováno různě. Kebza (2005) uvádí, že koncepce nemoci a nemocnosti jako projev zdravotního stavu je doplňková formulace zdraví. V návaznosti na nemoc se nejčastěji vyskytují odkazy na příznaky (symptomy) nemoci, příčiny či důsledky. V medicíně je nemoc spojená i s psychologíí. Pro obě odvětví je dáno, že choroba může být pojata v objektivním slova smyslu (diagnóza), tak v subjektivním slova smyslu (prožitek). Všechna pojetí, jak definovat nemoc jsou určité systémy možností poruch (syndromů), které by mohli upřesňovat nemoc. Stroebe (2000) připomíná, že s celkovým vývojem zdraví a nemoci je důležitá změna od kontroly nemocí k podpoře zdraví. Podpora zdraví má úzké propojení s prevencí chorob. Jejich spolupráce lze formulovat takto:



Obrázek 2. Psychosociální determinanty zdraví (upraveno dle Kebza, 2005).

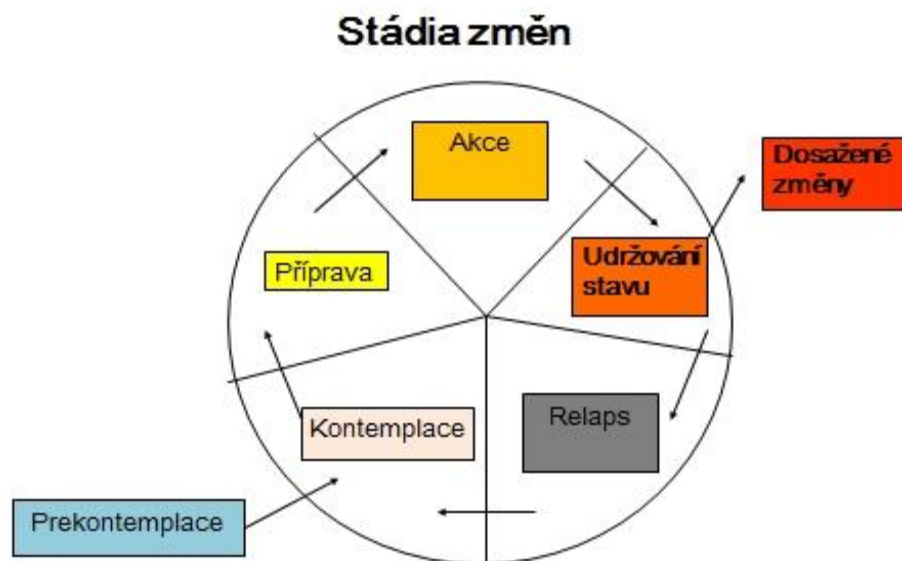
Aktivní životní styl je tedy určitá optimalizace pohybového režimu s individuálním charakterem, která podporuje zdraví, prevenci chorob a následnou léčbou spojenou s rehabilitací. Koncepte optimalizace pohybového režimu znamená úmyslně vkládat takové pohybové činnosti (intervence), které je účelně změnit, protože jeho vliv na člověka byl pozitivní (Hodaň, 2008).

Se změnou aktivního životního stylu souvisí i změna chování. Do nichž spadá několik modelů, které chování výrazně ovlivňují. Model zaměřující se na změnu chování popisuje model zdravé víry (health belief model). Celkově modelů pro změnu chování je mnoho, ale mezi nejvýznamnější patří zdravotní výchova (health education). Další modely jako transteoretický, či ekologický měly za cíl propojit pohybovou aktivitu s prostředím a tím působit na změnu chování. Smyslem krátké intervence je motivovat lidi ke změnám takových způsobů chování, které mají vliv na jejich zdraví.

2.1.2.1 Transteoretický model

Metody krátké intervence na přelomu 80. let se prohlubují zejména místech rizikového chování. Z hlediska obecných východisek a teoretických přístupů je nejčastěji uváděn transteoretický model změn chování (Prochaska, 1997). Tento třídimenzionální model sestavil Prochaska a DiClemente roku 1984, a to jako model změn chování u kuřáků. Autoři modelu rozlišují několik stádií, které musí člověk překonat, aby získal stálou proměnu chování. Podle modelu během svého chování člověk absolvuje pět etap změn:

1. *stadium prekontemplace,*
2. *stadium kompletace,*
3. *stadium přípravy,*
4. *stadium akce,*
5. *stadium udržování*



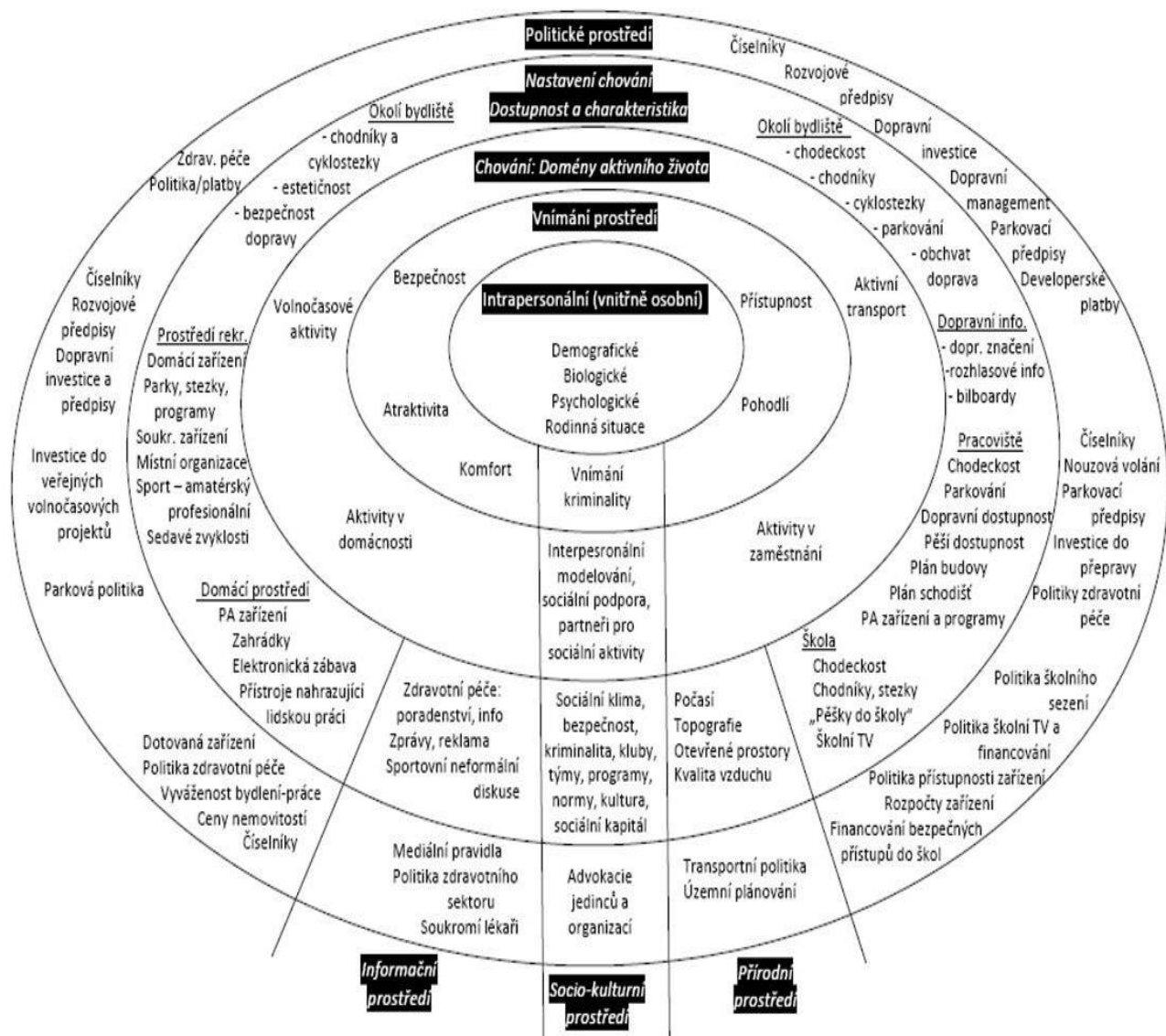
25

Obrázek 3. Stádia změny znázorněné v kruhovém diagramu (upraveno podle Procháska, 1997).

2.1.2.2 Ekologické modely chování

Ekologické modely se zaměřují převážně na účinky fyzického a sociokulturního prostředí. Toto spojení je vhodné pro objasnění pojmů propojených s pohybovou aktivitou. Vyskytující se v konkrétně pojmenovaném prostředí, jež na ně do jisté míry mají vliv. Důležitá myšlenka modelu je, že prostředí vytváří podstatný faktor znázorňující určité jednání či chování. Do produkce ekologických modelů se zaplétají oblasti psychologické, sociální, politické a environmentální. Podstata modelu je taková, že prostředí je důležitým faktorem pro vytváření určitých návyků a jednání. Mezi hlavní výzkumné problémy se řadí posuzování pozitivních a negativních podmětů ovlivňující pohybovou aktivitu.

Ekologické modely zaměřují velký okruh účinků ovlivňujících na více úrovních. To nám znázorňuje obrázek 2 popisující ekologické modely na podoblasti (Mitáš, 2011).



Obrázek 4. Ekologický model chování (in Calabová, 2013).

Model zdravé víry (health belief)

Tento model změny chování je primárně orientován na uchování si zdraví. První zmínky o tomto modelu pochází z 50. let 20. století (Becker, 1982). Health belief model (HBM) je rozdělen do dvou částí – vnímání ohrožení a hodnocení doporučeného chování.

Dle modelu se očekává, že se lidé budou snažit svoje zdraví chránit, jestliže pociťují napadení nemocí. Určité způsoby chování jim pomohou se vypořádat s tímto rizikem bez zjevných přímých obětí.

Kebza (2005) popisuje tento model tak , že zdravotní chování je ovlivněno pěti skupinami faktorů:

- 1) *vnímání, citovost jedince,*
- 2) *vnímanou obtížností, intenzitou a náročností,*
- 3) *vnímáním přínosem,*
- 4) *vnímanými obtížemi,*
- 5) *podmětem k činnosti.*

2.1.2.3 Zdravotní výchova

Zdravotní výchova vyplývající z edukačního úsilí je zaměřená na změnu životního stylu nebo některých jeho složek. Kázáním a řízením se ve zdravotnictví jen z těžší dokážeme vyhnout. To však bývá podstatným nebezpečím daného postupu především v kulturách, kdy úcta k autoritám nemá tradice. Samostatným prostředkem konkretizace úsilí o změnu chování a životního stylu je možné taky využít pomocí hromadných sdělovacích prostředků. Rozvoj či ztvárňování zdravotní politiky je také, podstatný prostředek vytváření podpory zdraví a změn chování (Kebza, 2005).

2.1.2.4 Význam pohybové aktivity

Jak již bylo v předešlých kapitolách řečeno, změna životního stylu spojená s pohybovou aktivitou má velký význam ve všech hlediskách společnosti a člověka samotného. Především pravidelná PA pomáhá omezovat výskyt rozvoje kardiovaskulárního onemocnění, cukrovky, bolesti bederní páteře, či řídnutí kostí. Dále podporuje dobrou náladu a snižuje pocit deprese či úzkosti (Seghers, et al., 2014).

Kováčová, et al., (2011) popisují, že soustavná fyzická aktivita pomáhá udržet psychický a fyzický stav ženy v průběhu znění, které nastávají v během celého života. Fyzická aktivita napomáhá rozvíjet a udržovat sociální kontakty, díky nimž se zvětšuje sociální a kulturní rozhled.

Obecně sport je velký fenomén sahající po celém světě přes všechny věkové kategorie. Má význam v zaměstnání i zábavě. Dává nám především pocit radosti a uspokojení. Sport či pohybová aktivita zaznamenává všechny druhy fyzické aktivity, které se snaží pomocí organizované či neorganizované účasti zlepšit fyzickou zdatnost či mentální vyrovnanost. Díky nově vytvořením sociálním vztahům lze doslovovat lepších výkonů všech kategoriích (Svoboda, 2000).

Podle Kopecký, et al., (2013) jsou určité rady pro vytvoření optimálního zdraví posilující množství pohybové aktivity, které jsou jedním z pilířů podporující celkové zlepšení zdraví obyvatelstva. Pokud ale všechny postupy budou propagovat pouze doporučení k realizaci pohybové aktivity, k žádnému cíli to nepovede a dojde k pasivnímu či sedavému životního stylu. Z celosvětového výzkumu vyplynulo, že existuje několik faktorů, jak dojít k úspěchu:

- *Kulturní - být pohybově aktivní v přirozeném prostředí dané kultury;*
- *Politické - vládní programy na podporu pohybové aktivity;*
- *Finanční*
- *Propagační - mediální kampaně prostřednictvím sdělovacích prostředků;*
- *Doporučující - obecně doporučená směřující k podpoře středně zatěžující pohybové aktivitě probíhající v každodenní aktivitě ;*
- *Realistické - reálné cíle stanovené v procentu zvýšení aktivních obyvatel v procentech;*
- *Strategické- spolupráce s více druhy odvětví.*

Podle Fahrenberg (2001) mnoha výzkumů vyšlo, že aktivní trávení volného času (zájmy, fyzická aktivita) napomáhá k životní spokojenosti oproti konzumaci alkoholu, kouření či užívání drog.

2.1.2.5 Životní spokojenost

Grob (1998) definuje subjektivní životní spokojenost jako „*komplexní pojem, zahrnující na jedné straně nízké sebehodnocení, malé uspokojení nebo negativní stránky života, na druhé štěstí a spokojenost se životem, sebou samým a pozitivní stránky života*“ (in Očenská, 2009, str.6).

Životní spokojenost je prvek, do kterého spadá posuzování vlastního zdravotního stavu a kvality života (Kožený, et al., 2007). Životní spokojenost je také přesně definovaný koncept spojující různé metodické obtíže. Což je dobrý zdravotní stav, kvalita života, globální životní spokojenost, určité cíle či perspektiva.

Podle Fahrenberg (2001) v kultuře anglosaské je životní spokojenost rozdělena do čtyř oblastí:

- „*Životní spokojenost (konkrulence)*“ - tato oblast je chápána jako životní spokojenost dána plněním dlouhodobých cílů.
- „*Štěstí*“ - zaměřena k dlouhodobému efektivnímu stavu.
- „*Pozitivní afekt*“ - prostřední pocit radosti.
- „*Negativní afekt*“ - prostřední pocit strachu či deprese.

Tyto oblasti se navzájem spojují a vycházejí jako dobrý zdravotní stav. Další koncepce vyskytující se v této oblasti je kvalita života. Bez specifické definice a ve velmi odlišných spojitostech odlišných je literatura, filozofie, zdravotní výchova. atd. Celková kvalita života má velmi blízký vztah ke Světové zdravotní organizaci (WHO). Organizace popisuje kvalitu života jako hodnocení pozice člověka v životě spojené danou kulturou ve vztahu k jednotlivým cílům, očekáváním či obavou.

Fahrenberg (2001) uvádí, že životní spokojenost a kvality života spadá do mnoho aspektů existují určité nástroje, které vymezují rámec životní spokojenosti.

1. *Life Satisfaction Index (index životní spokojenosti)*- dotazník byl sestaven pro dospělé z 12 pozitivních složek („*cítím se staře a trochu unaveně*““).
2. *Satisfacion With Life Scela (spokojenost se životní stupnicí)*- dotazník je sestaven z pěti položek, jejichž hromadný součet by měl být srovnatelný s celkovou spokojeností se životem. („*jsem spokojen se svým životem*““).

3. *Life Satisfaction Questionnaire (dotazník životní spokojenosti)*- se spojitostí byl tento dotazník vytvořen speciálně pro pacienty s rakovinou. Preferovaně ženám jež měli rakovinu prsou.

Je vytvořena velká řada dotazníků posuzující životní spokojenost, jejichž metodická kvalita nebývá vždy stejná.

Studie prokázali, že zdravotní stav je nejspíše nejpodstatnějším faktorem životní spokojenosti. Je tedy možné, že mezi spokojeností a subjektivními tělesnými obtížemi jsou těsné spojitosti.

Životní spokojenost z velké většiny souvisí s pohybovou aktivitou. Existuje celá řada programů zabývajících se právě pohybem. Mezi ty nejčastěji patří právě různé druhy pohybových intervenčních programů (Fahrenberg, 2001).

2.1.3 Pohybové intervenční programy

Intervence jako samostatný pojem představuje vnější zásah do nějakého procesu za účelem jej ovlivnit, změnit. Tento pojem je velmi často spojen s pohybovou aktivitou. Buď za účelem redukce váhy, nebo využití ve školském systému.

Obecně intervenční programy jsou zaměřené buď jako prevence a jako cílené projekty na podporu zdraví.

Obezita je hlavním problémem životního prostředí. Ve vyspělých zemích se snižuje fyzická aktivita a naopak stoupá sedavý vzorec chování. Jeden z druhů intervenčních programů může být dopad současně intervence jako zdravotní intervenční prostředek zdravotních zařízení pro boj proto obezitě dětí (Serra-Paya, et al., 2013).

Studie poukazují, že i přes prokázané výsledky PA americká, tak evropská dospělá populace nedosahuje zdravotní normy PA. Priorita národní vlády je podpora aktivního životního stylu. Jeden ze způsobů, jak podporovat PA je intervence zaměřená na individuální chování či změny. Cílem intervence životního stylu je podpora populace k automatickému zařazení PA do každodenní činnosti. Z výsledků tedy vidíme, že intervence může trvat mnohem déle než sestavené programy motivů, jak se vyvarovat nadváhou či sedavému způsobu života (Seghers, 2014).

Na sedavý způsob života navazuje chodecký intervenční program.

2.2 Nábor osob do pohybových (chodeckých) intervenčních programů

Podle Kováčové, et al., (2011) záměrem efektivit intervencí pohybových cvičení je zvýšit životní styl jednotlivce. Vše je závislé na obsahu cvičení, objemu a intenzitě, věku a zdravotnímu stavu účastníků, motivace atd. Důležitost zde hraje také celkový problém o dodržování účasti v programu vzhledem k fyzické činnosti. Studie poukazují na to, že v průběhu dvou až šesti měsíců ukončí činnost v průměru 50% zúčastněných. Proto je důležité stanovit optimální fyzickou aktivitu, kterou by účastníci bez problému zvaldi. Takovou aktivitu je například chůze.

Již od narození nás životem provádí základní pohyb – chůze. Chůze představuje přirozený pohyb člověka spojující nesčetně zdravotních benefitů. Chůze bez spojitosti s jinými pohybovými aktivitami může snížit nebezpečí počátku nemoci. Může mít i další užitek pro organizmus: snížení BMI (Body mass index), redukce váhy či přítomnost cukrovky (Jenyšová, 2014).

V práci zmiňuji problematiku náboru osob do pohybových intervenčních programů. Především čerpám z již realizovaného chodeckého intervenčního programu. Nejvíce času by se mělo věnovat počátečnímu vstupu lidí do jakéhokoliv programu. Jestliže zrealizujeme chybný nábor, se špatnou motivací lidí, či odlišnou informovaností od programu, bude to mít dopad na celý průběh programu. Volba možných účastníků by měla být náhodná, ale specificky mířená. Je také obtížné sehnat účastníky, kteří by měli z podílu na programu vlastní užitek (např. málo aktivní, se nepříznivým zdravotním stavem, z etnických či odlišných menšin).

Foster et al. (2011) uvedli ve své studii *Recruiting participants to walking intervention studies: a systematic review* vyčet doporučení, které by měly být dodrženy, aby byl nábor účastníků pro chodecké intervenční studie efektivní (in Jenyšová, 2014).

Snahou je tedy zachytit nový trend náboru osob do chodeckých intervenčních programů a odstranit ten, který je zastaralý.

Jenyšová (2014) se opírá o metodiku posuzování kvality studií použitou od Foster et al. (2011), kteří tuto metodiku převzali od Jadad (1998). Metodika užívá pětibodovou škálu. Také podle specifických otázek se dala určit kvalita studií:

- *Bylo ve studii popsáno místo, kde byl vykonáván nábor účastníků?*
- *Bylo ve studii uvedeno kdo dělá nábor?*
- *Byl ve studii popsána délka plánované přípravy náboru?*
- *Byla ve studii popsána celková doba provádění náboru?*
- *Byla studie mířena na cílovou specifickou populaci?*

Ze studií vyplynulo, že problematika chodeckého programu od Ameriky přechází k Evropě. Díky podpoře, zdraví způsob života se intervenční programy více zaměřují na starší věkovou skupinu lidí. Mezi další velkou skupinu lidí je populace postižena určitou závažnou chorobou. I když má práce je zaměřena na populaci ženskou, jak tomu bylo spíše dříve. Dnes už důležitost pohlaví na programy nehraje takovou roli. Podle záměrné populace jsou volena náborová místa. Ve zdravotních zařízení bylo zaznamenáno nejvíce studií, dále na pracovištích a univerzitách.

2.2.1 Motivace ke změně životního stylu a její vztah k náboru osob

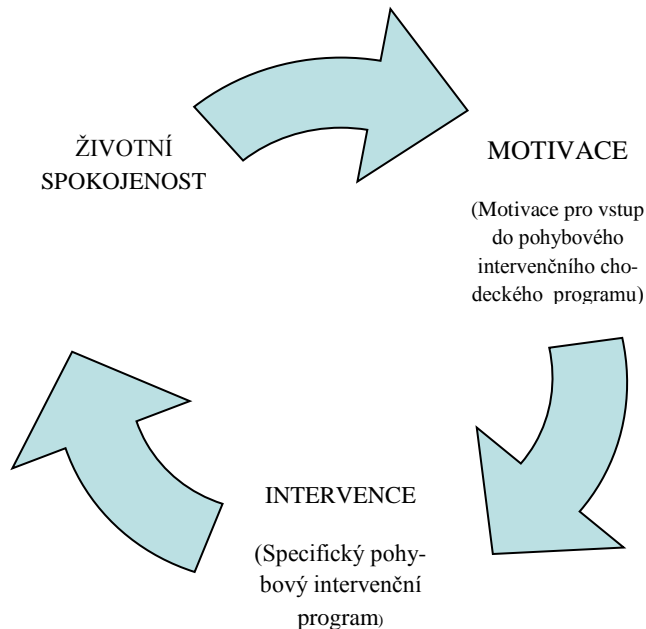
Motivace (z latin.slova : morove – hýbat, pohybovat) vystihuje souhrn všech faktů, které napomáhají nebo tlumí jedince, aby něco dělal či nedělal. Vnitřní potřeby a vnější pobídky patří mezi hlavní zdroje lidské motivace. Potřeba je znak organismu, která nutí k nalézání určitého podmínky nezbytné k životu a vyvarovat se podmínkám negativním. Vnější pobídky jsou pohnutky či události, které mohou probudit v člověku nezbytnost a mohou ji i vyhovět. Motivaci dělíme na :

- *Vnitřní-* odvíjí se z vnitřních potřeb člověka, vyhovět vlastním potřebám.
- *Vnější-* dána prostředím, které člověka řídí a dává nároky.
- *Vědomá-* stav, kdy si člověk zcela uvědomuje svoje chování.
- *Nevědomá-* zde si není vědom motivů svého chování (Čáp,et al., 1990).

Shromáždění motivů bývá určováno jako motivace. Sportovec či každá aktivně činná osobnost má vliv na řadu motivačních vlivů, jako jsou hlavní, vedlejší, dohromady

se překrývající či mnohdy nestejně zaměřené. Motivace nás žene ke změně životního stylu. Pohybovou činnost a motivaci zahrnuje psychologie sportu. Sportovní činnost je činností vícestrannou. Počátek jednání ve sportovní činnosti má více stránek. Sportovec ve vztahu s motivem prochází několika stádii:

1. *Generalizace motivační struktury* - jedná se o stádium na začátku sportovní kariéry, spíše náhodné, nesoustředěné. Začínajícímu sportovci nezaleží příliš na výběru sportu. Hlavní role zde zraje libost či vnější vlivy (prostředí, blízkost domova, přátelé).
2. *Diferenciace motivační struktury* – stádium , kdy se sportovce rozhoduje na základě úspěchu či neúspěchu .
3. *Stabilizace motivační struktury* – hlavním cílem jsou zde vysoké motivy mající roli v soutěži a ustálení jedince v oblasti zkušenosti, vymezení možností či rozumné ve svém vztahu ke sportu.
4. *Involuce motivační struktury* – z první pozice dosáhnout maximálních výkonu se přechází na pozici sportovní, tj. sport se stává zálibou relaxační, pro vlastní potřebu (Slepička, et al., 2009).



Obrázek 5. Vzájemný vztah podmětů pro vstup do intervenčního programu.

Jedinec vstupující do chodeckého intervenčního programu si vytváří určitou představu ze získaných informací, která je podmíněna motivací.

Kováčová, et al., (2011) uvádí, že studie analýzy dodržování cvičení patří mezi základní kritéria pro hodnocení efektivity intervenčních pohybových programů. Byl sestavený výzkum, založený na dodržování účasti žen ve věku čtyřicet ž šedesát pět let v program tanec a aerobic. Zde vyplynulo, že v průběhu výzkumu intervenčních pohybových programů klesalo procento účasti žen většinou z důvodu objektivit. Jako je zdraví , rodina, práce. Další se týkají psychologických okolností (motivace, osobních rysů). Vše je spojeno s momentálním zdravotním stavem a pohybovými zkušenosti jedince.

V mé práci jsem se zabývala kategorizací motivů pro vstup do chodeckého intervenčního programu, které jsou zmíněné v metodice práce. Ne všechny motivy, či kategorie, však přímo souvisí s obsahem programu. Je proto otázkou, zda osoby s odlišnými motivy mají také rozdílnou adherenci k programu. Adherence znamená, že u osob je vysoký předpoklad, že účastníci v programu setrvají během celé doby výzkumu.

Z obrázku vyplývá motivace, životní spokojenost a intervence se mezi sebou prolínají a navzájem na sebe navazují.

3 CÍLE

3.1 Hlavní cíle práce

Cílem práce je posoudit roli motivu ke vstupu do specifického chodeckého intervenčního programu u žen sedavého zaměstnání ve věku nad padesát let.

3.2 Dílčí cíle

- 1) Zmapovat strukturu motivů ke vstupu do specifického chodeckého intervenčního programu u žen sedavého zaměstnání ve věku nad padesát let.
- 2) Posoudit vztah mezi motivem ke vstupu do specifického chodeckého intervenčního programu a adherenci k pohybovému programu, úrovní životní spokojenosti, tělesného složení a úrovní pohybové aktivity u žen sedavého zaměstnání ve věku nad padesát let.

3.3 Výzkumné otázky a hypotézy

Při řešení prvního dílčího cíle jsme se opírali o následnou výzkumnou otázku:

Výzkumná otázka: Jaké jsou dominující motivy žen 50+ sedavého zaměstnání pro vstup do chodeckého intervenčního programu?

K řešení druhého dílčího cíle bylo stanoveno těchto pět výzkumných hypotéz

Výzkumná hypotéza 1: Primární motiv ke vstupu do specifického chodeckého programu má vliv na adherenci k tomuto programu u žen 50+ sedavého zaměstnání.

Výzkumná hypotéza 2: U žen 50+ sedavého zaměstnání s odlišnými motivy ke vstupu do specifického chodeckého programu se liší úroveň jejich životní spokojenosti.

Výzkumná hypotéza 3: U žen 50+ sedavého zaměstnání s odlišnými motivy ke vstupu do specifického chodeckého programu se liší jejich somatické charakteristiky (úroveň tělesného složení).

Výzkumná hypotéza 4: U žen 50+ sedavého zaměstnání s odlišnými motivy ke vstupu do specifického chodeckého programu se liší úroveň jejich pohybové aktivity realizované v zaměstnání.

Výzkumná hypotéza 5: U žen 50+ sedavého zaměstnání s odlišnými motivy ke vstupu do specifického chodeckého programu se liší množství jejich pohybové aktivity.

4 METODIKA

4.1 Výzkumný soubor

Intervenční program využitý při řešení této práce byl součástí výzkumného projektu s názvem *Analýza zdravotně orientovaných benefitů chůze: ověření chodeckého intervence u osob se sedavým zaměstnáním* (GAČR 13-32105S) realizovaný na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci v letech 2013-2014.

Aby se mohl chodecký intervenční program realizovat museli se najít instituce, které by se do projektu zapojily. Byly vybírány instituce, které vyhovovaly těmto kritériím: zaměstnávaly ženy ve věku 50+ se sedavým zaměstnáním a nízkou úrovní pohybové aktivity.

Nabídkou o spolupráci na řešení projektu byly osloveny tyto instituce: Krajský úřad – pobočka Olomoucký kraj; Finanční úřad pro Olomoucký kraj (uzemní pracoviště v Olomouci); Univerzita Palackého (rektorát univerzity, Přírodovědecká fakulta, Cyrilometodějská fakulta, knihovna Univerzity Palackého, vydavatelství Univerzity Palackého); Magistrát města Olomouce; IDS – Inženýrské a dopravní stavby Olomouc, a.s.; skupina osob z Univerzity třetího věku při Univerzitě Palackého v Olomouci. Těmto institucím byly zaslány základní informace, celkový obsah a podmínky pro vstup do projektu. Následně zaměstnavatel zajistil informativní schůzku, který již oslovil konkrétní cílovou skupinu, a proto se schůzky zúčastnily již pouze ženy starší padesáti let. Při osobním setkání jim byly poskytnuty informace prostřednictvím informačního letáku a doplněné komentářem.

Na základě jednání s těmito institucemi a skupinami osob bylo do projektu získáno 142 žen ve věku 50 – 69 let. Součástí programu byla diagnostika, která byla rozdělena na tři měření. Prvního měření se zúčastnilo 142 žen, kde průměrný věk byl $56,7 \pm 4,7$ let. V průběhu intervenčního programu ukončilo spolupráci 29 žen.

Od všech účastnic studie byl po seznámení se s programem a před vstupem do tohoto programu získán podepsaný informovaný souhlas.

Výzkumný projekt byl schválen etickou komisí Fakulty tělesné kultury pod jednacím číslem 37/2012.

4.2 Popis chodeckého intervenčního programu

Pohybový program zahrnuje běžnou každodenní chůzi do nebo ze zaměstnání týkajících se 5 dní v týdnu v trvání 30-35 minut. Délka chodeckého programu byla 8 týdnů. Na začátku ženy 50+ dostaly krokoměr Yamax Digi-walker SW700 dle standardizované metodiky, který jim asistent na fakultě nastavil přímo na danou osobu. Souběžným záznamem množství PA krokoměrem je záznam aktivit do on-line systému Indares.com. Na krokoměru ženy měly nastavenou svou váhu a výšku. Krokoměr během celého projektu nosily a zaznamenávaly „chodecké“ celodenní pohybové aktivity do předepsaných archů. Krokoměr nasadily ráno a sundávaly večer, popřípadě, když se šly koupat. Koncem každého dne krokoměr vynulovaly. Kroky zaznamenávaly jak ráno, tak večer. Hlavním úkolem bylo však zaznamenat kroky, které ušly v průběhu testovacích 30- 35 minut. Trasu si buď zvolily samy, nejčastěji to bylo právě ze / do zaměstnání a nebo jim pomohl odborný asistent z fakulty Tělesné kultury Univerzity Palackého vybrat alternativní trasy, takové, která by vyhovovaly jejím potřebám. Popřípadě by trasy by trasy navzájem střídaly. Jednalo se o svižnou frekvenční chůzi bez zastavení. Asistent dané klientce pomáhal po celou dobu její spolupráce.

Součástí projektu byla také diagnostika, která se opakovala dohromady 3x. Ženy se testovali na začátku, v průběhu a na konci chodeckého programu. Zde bylo vidět, jak se ženám naměřené hodnoty měnily. Diagnostika byla zaměřena na tyto oblasti:

- *Hodnocení kvality kostní tkáně*
- *Hodnocení podílu a rozložení tukové tkáně*
- *Hodnocení práce svalů dolních končetin*
- *Kvalita reakce na pohybový podmět*
- *Úroveň koordinace pohybu*
- *Monitoring pohybových aktivit*
- *Hodnocení životní spokojenosti*

4.3 Metody sběru a zpracování dat

Pro sběr dat týkajících se motivů ke vstupu do chodeckého intervenčního programu byla využita anketa, která se vztahovala na ženy 50+ z již realizovaného chodeckého intervenčního programu. Sběr dat probíhal anonymně. Pro potřeby zpracování dat vystupovaly ženy ve výzkumu pod identifikačním číslem. Anketa byla distribuována účastnicím u vstupní diagnostiky a zpětně byla vybrána studentem, který v průběhu celého projektu s účastnicí spolupracoval. Odpovědi žen byly sekundárně rozděleny do šesti kategorií motivů v souladu s kategorizací Willis et al. (1992): 1. zdraví a zdatnost, 2. zlepšení vzhledu, 3. zábava a potěšení, 4. sociální kontakty, 5. prospěch pro psychiku a 6. ostatní (tento bod vložen na základě jiných odpovědí).

Jako ukazatele tělesného složení byly použity BMI (body mass index; $\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$) a množství podkožního tuku (%). Pro jejich stanovení byl využit multi-frekvenční přístroj InBody 720.

K posouzení úrovně životní spokojenosti byl využit ve spolupráci s psychologem Dotazník životní spokojenosti (Autoři dotazníku: Jochen Fahrenberg, Michael Myrtek, Jörg Schumacher a Elmar Brähler). Využity byla česká verze dotazníku (přeložili a upravili: Kateřina Rodná a Tomáš Rodný; 1. české vydání, Testcentrum, Praha 2001). Jako testové skóre byl využit součet pěti povinných položek (viz manuál).

Na úroveň pohybové aktivity bylo usuzováno na základě denního počtu kroků. K diagnostice byl použit krokoměr Yamax-DigiWalker 700SW. Pro účely práce byly využity hodnoty z prvního týdne nošení krokoměru, kdy nebyla aplikována chodecká intervence. Zaznamenávány byly hodnoty (1) počet kroků při příchodu do zaměstnání, (2) před odchodem ze zaměstnání a (3) večer, a to po dobu jednoho týdne. Sledovány byly hodnoty průměrný denní počet kroků za sedm dní, průměrný denní počet kroků za pět pracovních dní, průměrný denní počet během víkendu a procentuální vyjádření množství pohybové aktivity realizované v práci (poměr počtu kroků v práci vůči počtu kroků během celého dne).

4.4 Statistické zpracování dat

Ke statistickému zpracování dat byl použit program Statistica cz 12 (StatSoft, Inc.). Pro popis úrovně sledovaných proměnných byly vypočítány základní popisné charakteristiky (průměr, medián, směrodatná odchylka, variační rozpětí).

Pro popis kategorií motivů ke vstupu do programu (viz výzkumná otázka) v rámci výzkumného vzorku byla stanovena četnost (absolutní i relativní) jednotlivých kategorií.

Pro vyjádření se k platnosti výzkumných hypotéz byl použit nepárový *t*-test ověřující nulovou hypotézu, že populační průměry jsou si rovny (nezávislou proměnnou představovaly dvě skupiny motivů: 1. motivy kategorie „zdraví a zdatnost“ a 2. suma motivů ostatních kategorií; závisle proměnné: 1. adherence k pohybovému programu, 2. skóre dotazníku životní spokojenosti, 3. BMI, 4. procento podkožního tuku a 5. Množství habituální pohybové aktivity vyjádřené denním počet kroků v týdnu, o víkendech, v pracovních dnech a v zaměstnání). Pro posouzení odlišností ve zmíněných závislých proměnných mezi jednotlivými kategoriemi motivů (u sekundárních motivů) byla použita neparametrická analýza rozptylu. Všechny hypotézy byly ověřovány na 5% hladině statistické významnosti.

Adherence k pohybovému programu je vyjádřena v počtech týdnů, kolik účastnice setrvala v programu. Habituální pohybová aktivita je průměrné množství pohybové aktivity v běžném týdnu vyjádřené počty kroků za den (samostatně týdenní, víkendová a v pracovních dnech). Pracovní pohybová aktivita je vyjádřena poměrem průměrného množství pohybové aktivity realizované v práci a množství celodenní pohybové aktivity. Somatickými charakteristikami rozumíme hodnotu indexu BMI a procento podkožního tuku. Úroveň životní spokojenosti je vyjádřena pomocí souhrnného skóre dosaženého v dotazníku životní spokojenosti.

5 VÝSLEDKY

5.1 Charakteristika výzkumného souboru

Pro popis úrovně sledovaných proměnných byly vypočítány základní popisné charakteristiky (průměr, medián, směrodatná odchylka, variační rozpětí), které jsou uvedeny v Tabulce 1. Jedná se o všechny parametry, použité k posouzení role motivu ke vstupu do specifického chodeckého intervenčního programu. Na základě výsledků (průměry) lze zobecněně charakterizovat soubor jako skupinu žen ve věku nad 50 let, které vykazují mírnou nadváhu, přičemž variabilita v souboru je poměrně vysoká. Většina žen plní doporučené množství pohybové aktivity 10.000 kroků denně, přesto se v souboru vyskytují ženy, jejichž pohybová aktivita je extrémně nízká a nedostatečná. Z této celkové pohybové aktivity, resp. z aktivity v pracovních dnech, tvoří takřka třicet procent pohybová aktivita, kterou ženy realizují v zaměstnání.

Tabulka 1. Popisné charakteristiky pozorovaných proměnných

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Účast v programu	119	24,9	6,0	27,4	8,6	30,4
BMI	120	27,12	5,14	26,40	17,94	44,30
Procento podkožního tuku	120	35,42	7,55	35,23	15,32	52,59
DŽS	83	211,1	24,3	213,0	158,0	257,0
Pracovní PA	101	29,7	15,7	28,2	0,0	148,5
Týdenní PA	120	10.411,1	2.914,7	10.366,5	2.698,4	16.643,7
PA v pracovních dnech	120	10.831,9	3.107,1	10.701,6	2.591,7	18.068,7
Víkendová PA	117	9.194,4	3.001,3	9.095,5	3.249,7	17.403,7

Vysvětlivky: *n* – počet platných případů; *M* – průměr; *SD* – směrodatná odchylka; *Mdn* – medián; *Min* – minimum; *Max* – maximum; BMI – body mass index ($\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$); DŽS – souhrnný výsledek dotazníku životní spokojenosti; PA – pohybová aktivita.

Jak je patrné z odlišných platných hodnot (*n*) při výpočtech charakteristik, v několika parametrech nebyla data od účastnic buď získána nebo bylo nutné hodnoty při korekci odstranit. Především u dat týkajících se životní spokojenosti je pokles způsoben neodevzdáním použitých dotazníků. Ženy to odůvodňovaly svým nesouhlasem s poskytováním osobních informací, které použitý dotazník obsahuje.

5.2 Popis motivů ke vstupu do chodeckého intervenčního programu

Popis motivů se vztahuje k použité výzkumné otázce. Úkolem bylo zpracovat strukturu motivů ke vstupu do specifického chodeckého intervenčního programu a určit jejich dominanci. V rámci výzkumného vzorku byla stanovena četnost (absolutní i relativní) výskytu jednotlivých kategorií motivů.

Z tabulky 2 je patrné, že nejčastějšími (a zároveň výrazně převyšujícím svou četností) jsou motivy, které lze zařadit do kategorie „zdraví a zdatnost“ (v tabulce kategorie 1). Ostatní motivy náležící zbylým kategoriím se vyskytovaly pouze v jedné pětině případů. V tabulce není zahrnuta kategorie motivů 4, která představuje kategorii motivů „sociální kontakty“, a to z toho důvodu, že žádná z žen neuvedla žádný motiv z této kategorie motivů. Motiv této kategorie byl uveden teprve jako sekundární motiv, a to jednou účastnicí (viz Tabulka 3).

Tabulka 2. Četnost kategorií primárních motivů ke vstupu do chodeckého intervenčního programu

	n_i	f_i (%)	Korekce kategorií motivů	
			n_i^k	f_i^k (%)
Motivy kategorie 1	95	79,2	95	79,2
Motivy kategorie 2	5	4,2		
Motivy kategorie 3	1	0,8		
Motivy kategorie 5	9	7,5	25	20,8
Motivy kategorie 6	10	8,3		
Celkem	120	100,0	120	100,0

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost; f_i – relativní četnost; n_i^k – absolutní četnost korigovaná, kde $n_2^k = n_2 + n_3 + n_4 + n_5$; f_i^k – korigovaná absolutní četnost; kategorie 1 – zdraví a zdatnost; kategorie 2 – zlepšení vzhledu; kategorie 3 – zábava a potěšení; kategorie 4 – sociální kontakty; kategorie 5 – prospěch pro psychiku; kategorie 6 – ostatní (tento bod vložen na základě jiných odpovědí).

V tabulce 3 je patrné větší rozvrstvení motivů také do jiných kategorií i mimo kategorii „zdraví a zdatnost“, jak tomu bylo v případě primárních motivů. Přesto i zde je

zřejmá převaha této kategorie. Jak je dále patrné, motivy kategorie „zábava a potěšení“ a „sociální kontakty“ jsou u žen spíše okrajovými.

Tabulka 3. Četnost kategorií sekundárních motivů ke vstupu do chodeckého intervenčního programu

	n_i	f_i (%)
Motivy kategorie 1	53	44,2
Motivy kategorie 2	24	20,0
Motivy kategorie 3	1	0,8
Motivy kategorie 4	1	0,8
Motivy kategorie 5	17	14,2
Motivy kategorie 6	14	11,7
Celkem	110	100,0

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost; f_i – relativní četnost; kategorie 1 – zdraví a zdatnost; kategorie 2 – zlepšení vzhledu; kategorie 3 – zábava a potěšení; kategorie 4 – sociální kontakty; kategorie 5 – prospěch pro psychiku; kategorie 6 – ostatní (tento bod vložen na základě jiných odpovědí).

5.3 Role motivu ke vstupu do chodeckého programu

Dalším záměrem bylo posoudit význam motivu, tj. jakou roli má motiv participantů ve vlastním chodeckém programu a zda se jedinci jednotlivých motivů mezi sebou odlišují v některých z vybraných parametrů. Protože výše uvedené výsledky jasně ukazují nízkou variabilitu primárních motivů, přičemž většina se kumuluje v kategorii „zdraví a zdatnost“ (79,2 %), inter-kategoriální posouzení všech kategorií (kategorie mezi sebou) je nevhodné. K posouzení bylo proto v první fázi použito pouze srovnání kategorie motivů „zdraví a zdatnost“ se zbylými motivy jako celkem. Teprve v další fázi byly ve vybraných parametrech porovnávány kategorie samostatně mezi sebou. Toto druhé srovnání se opíralo o sekundární motivy, a to pouze u těch žen, jejichž primární motiv náležel do kategorie „zdraví a zdatnost“.

Tabulka 4 prezentuje výsledky srovnání kategorie primárních motivů z kategorie „zdraví a zdatnost“ s ostatními motivy, a to v osmi parametrech. Jedná se o následující:

(1) doba, po jakou se ženy zapojily do chodeckého programu, nebo-li adherence k programu (parametr „Účast v programu“), (2) nadváha a obezita (vyjádřeno indexem BMI), (3) množství podkožního tuku, (4) spokojenost se životem (skóre v dotazníku DŽS), (5) množství pohybové aktivity vykonané v zaměstnání, (6) množství týdenní pohybové aktivity přepočtené na jeden den, (7) pohybová aktivita v pracovních dnech přepočtené na jeden den a (8) množství pohybové aktivity o víkendu přepočtené na jeden den.

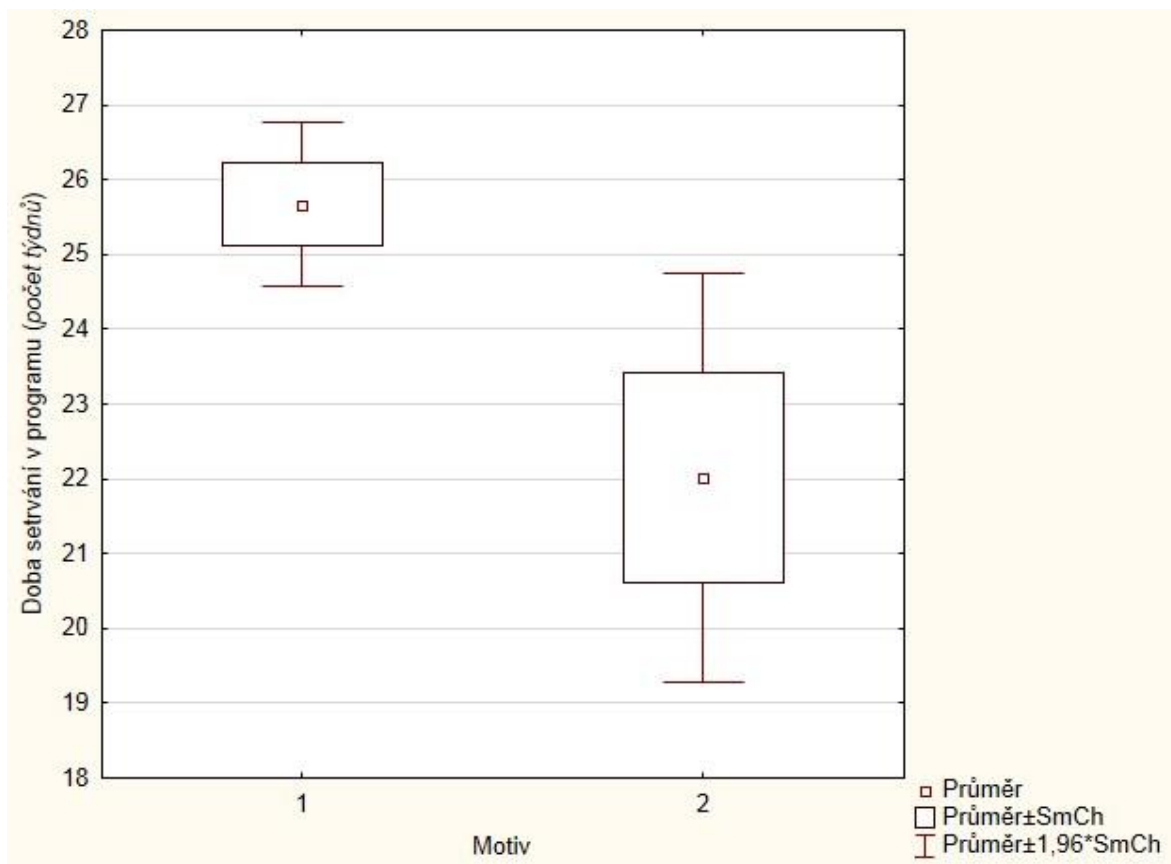
Tabulka 4. Srovnání skupin kategorií motivů: *t*-test (Skupina 1 - Kategorie motivu 1; Skupina 2 - Souhrn kategorií motivů 2-6)

	n_1	M_1	SD_1	$M_1 - M_2$	t	p
	n_2	M_2	SD_2			
Účast v programu (týdny)	94	25,7	5,5	3,7	2,795	0,006*
	25	22,0	7,0			
BMI (kg·m ⁻²)	95	27,14	5,20	0,07	0,063	0,950
	25	27,06	4,99			
Množství podkožního tuku (%)	95	35,31	7,48	-0,54	-0,320	0,750
	25	35,85	7,94			
DŽS (body)	62	212,7	24,5	6,4	1,046	0,299
	21	206,3	23,4			
PA v zaměstnání (%)	78	30,7	17,0	4,22	1,138	0,258
	23	26,5	9,6			
Týdenní PA (kroky/den)	95	10.215,6	3.005,6	-938,2	-1,438	0,153
	25	11.153,8	2.452,8			
PA v pracovních dnech (kroky/den)	95	10.650,1	3.242,6	-872,3	-1,252	0,213
	25	11.522,5	2.461,6			
PA o víkendu (kroky/den)	93	8.991,6	3.020,8	-989,0	-1,446	0,151
	24	9.980,6	2.849,2			

Vysvětlivky: BMI – body mass index; DŽS – souhrnný výsledek dotazníku životní spokojenosti; PA – pohybová aktivita, * rozdíl je statisticky významný $p = 0,05$

Výsledky ukazují, že kategorie „zdraví a zdatnost“ se od ostatních motivů odlišuje pouze v adherenci k chodeckému programu, kde byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi srovnávanými skupinami na 5% hladině významnosti. Tento rozdíl činí 25 dní (3,7 týdnů) ve prospěch žen s motivy kategorie „zdraví a zdatnost“. Rozdíl v adherenci k programu je také dobře patrný také z grafického vyjádření zobrazeného v obrázku 6.

Přestože byly zjištěny poměrně vysoké rozdíly (od - 872,3 do - 989,0 kroků/den) ve všech parametrech týkající se pohybové aktivity, nebyl žádný z těchto rozdílů shledán jako statisticky významný.



Obrázek 6. Grafické vyjádření rozdílů mezi skupinou žen s kategorií motivu „zdraví a zdatnost“ (značeno jako motiv 1) a skupinou žen s ostatními motivy (značeno jako motiv 2) v adherenci k pohybovému programu

Hodnoty uvedené v tabulce 5 charakterizují rozdíly mezi čtyřmi kategoriemi sekundárních motivů v osmi vybraných parametrech, podobně jako v předchozím srovnání. Srovnány jsou kategorie „zdraví a zdatnost“, „zlepšení vzhledu“, „prospěch pro psychiku“ a „ostatní“. Kategorie „zábava a potěšení“ a „sociální kontakty“ nebyly z důvodu nízké četnosti do srovnání zařazeny. Odlišnosti mezi kategoriemi byly na základě ověření nulové hypotézy o rovnosti středních hodnot prokázány pouze v parametru množství podkožního tuku ($H = 9,534; p = 0,023$).

Tabulka 5. Kruskal-Wallisova ANOVA dle kategorií sekundárních motivů (zastoupeny kategorie motivů 1, 2, 5, 6) s primárním motivem kategorie 1

	M_{K1}	M_{K2}	M_{K5}	M_{K6}	H	P
Účast v programu (týdny)	27,6	27,4	27	27,1	2,833	0,418
BMI (kg·m ⁻²)	26,85	27,75	23,5	24,22	8,107	0,418
Množství podkožního tuku (%)	36,22	37,51	33,3	32,79	9,534	0,023*
DŽS (body)	213	222	201	230	5,298	0,151
PA v zaměstnání (%)	28,2	28,2	27,4	36	2,217	0,529
Týdenní PA (kroky/den)	9.700,8	9.653,7	9.688,1	11.162,9	0,885	0,829
PA v pracovních dnech (kroky/den)	10.564,4	10.281,9	9.725,8	10.876,8	1,745	0,627
PA o víkendu (kroky/den)	8.140,6	9.095,5	8.579,25	9.859,9	4,806	0,187

Vysvětlivky: H – testové kritérium; p – hladina statistické významnosti; * <0,05; BMI – body mass index; DŽS – souhrnný výsledek dotazníku životní spokojenosti; PA – pohybová aktivita; M_{k1} – průměr kategorie „zdraví a zdatnost“; M_{k2} – průměr v kategorii „zlepšení vzhledu“; M_{k5} – průměr v kategorii „prospěch pro psychiku“; M_{k6} – průměr v kategorii „ostatní“

6 DISKUZE

Při náboru osob do studií týkajících se pohybových intervencí nebo při náboru osob do pohybových programů si osoby utváří vlastní představu o programu na základě dostupných informací. Významnou roli zde přitom hraje motiv, který je vede ke vstupu do programu. V práci bylo zjištěno, že nejčastějšími uváděnými primárními motivy u popsaneho chodeckého intervenčního programu byly motivy kategorie „zdraví a zdatnost“ (zhruba v 80 % případech) a následně v kategorii „ostatní“, tj. motivy, které nelze zařadit do žádné z kategorií dle Willis et al. (1992). Podobný poměr zastoupení jednotlivých kategorií motivů byl také u sekundárních motivů. Také zde jsou nejčastěji uváděné motivy z kategorie „zdraví a zdatnost“, ačkoliv tento podíl se již snižuje. Výrazný nárůst byl zaznamenán u motivů z kategorie „zlepšení vzhledu“. Tak jako je tomu u primárních motivů, i zde je zanedbatelné zastoupení kategorií „sociální kontakty“ a „zábava a potěšení“. Lze proto očekávat, že do takovýchto studií se budou hlásit ženy s těmito motivy. Toto může být důležitou informací pro výzkumníka, zda jsou tyto osoby pro jeho výzkum žádoucí. V opačném případě, popř. má-li zájem oslovit také jiné osoby, je nutné tomu přizpůsobit vstupní informace.

Dále můžeme říct, že na základě daného náboru se účastnicemi staly ženy, které v průměru vykazují mírnou nadváhu, většina z nich plní doporučení pro množství pohybové aktivity 10.000 tisíc kroků denně. Tato pohybová aktivita se však mírně odlišuje v závislosti na dni, kdy je realizována – nepatrné rozdíly byly zjištěny mezi víkendovými a pracovními dny, přičemž o víkendových dnech vykazují aktivity méně (zhruba o 106 kroků za den). Toto zjištění koresponduje s výsledky Vašíčková, et al. (2012), kteří prokázali výrazný pokles pohybové aktivity, a to především v neděli.

Tato práce byla realizována souběžně s výzkumnou studií ověřující vliv chodecké intervence, která se primárně orientovala na skupinu žen sedavého zaměstnání (bylo to kritériem inkluze). Výsledky ukazují, že účastnice v zaměstnání vykonají zhruba třicet procent ze své celodenní pohybové aktivity.

Zmíněná skutečnost, že ženy plní doporučení celodenní pohybové aktivity, může být důvodem, proč vliv intervence (navýšení pohybové aktivity svižnou třicetiminutovou chůzí pětkrát týdně), nebude prokázán. Úvaha je založena na faktu, že toto navýšení není vzhledem k celkové pohybové aktivitě tak výrazné. Opět tedy vyvstává otázka, zda je

skupina žen vhodným souborem, u kterého má být prokázán efekt intervence a zda se program nemá zaměřit pouze na ženy skutečně sedavého způsobu života s nedostatečnou pohybovou aktivitou.

Výsledky se dále ukazují, jak se ženy s různými motivy od sebe navzájem odlišují, a to z hlediska adherence k programu, jejich životní spokojenosti, množství pohybové aktivity a somatických charakteristik (zde BMI a množství podkožního tuku). Takto lze usuzovat na roli motivu vzhledem k samotnému programu, resp. studii.

Vzhledem k nízké četnosti zaznamenaných motivů však nebylo možné porovnávat mezi sebou všechny kategorie. U primárních motivů proto bylo provedeno pouze srovnání kategorie „zdraví a zdatnost“ versus motivy ostatních kategorií.

Bylo zjištěno, že významně se tyto dvě skupiny od sebe odlišují pouze v případě adherence k programu, a to ve prospěch skupiny motivů z kategorie „zdraví a zdatnost“. Znamená to, že ženy vydržely v programu podstatně déle než ženy s jinými motivy (25 dní). Z toho lze usuzovat, že ženy s těmito motivy mají vysoký předpoklad setrvat v programu, resp. ve studii až do konce. Tím se potvrdil náš předpoklad vyjádřený v první výzkumné hypotéze, že primární motiv ke vstupu do specifického chodeckého programu má vliv na adherenci k tomuto programu u žen 50+ sedavého zaměstnání.

Z tohoto pohledu je vhodné upřednostnit při náboru osob ty ženy, jejichž primární motiv pro vstup do chodeckého intervenčního programu je blízký kategorii „zdraví a zdatnost“, tak jak ji definuje Willis et al. (1992).

Přestože byl určitý rozdíl mezi dvěma zmíněnými skupinami motivů také u týdenní pohybové aktivity, víkendové pohybové aktivity i pohybové aktivity v pracovních dnech, nebyl shledán jako statisticky významný. I přes věcné významnosti těchto rozdílů je vzhledem k vysoké variabilitě (viz směrodatné odchylky) nebudeme považovat za průkazné k potvrzení našich předpokladů vyjádřených ve čtvrté a páté výzkumné hypotéze.

Předpoklady vyjádřené ve zbylých výzkumných hypotézách nelze na základě primárních motivů potvrdit.

Jak bylo již zmíněno, četnost u některých kategorií motivů byla natolik nízká, že nebylo možné jejich plnohodnotné porovnání. Pro hlubší rozbor proto bylo provedeno porovnání kategorií u sekundárních motivů, a to u žen, které uvedly jako primární motiv z kategorie „zdraví a zdatnost“.

Výsledky ukazují, že existují statisticky významné rozdíly mezi skupinami kategorií sekundárních motivů (pouze kategorie „zdraví a zdatnost“, „zlepšení vzhledu“, „prospěch pro psychiku“, „ostatní motivy“) v parametru množství podkožního tuku.

Ačkoliv na základě primárních motivů jsme se k předpokladu třetí výzkumné hypotézy (U žen 50+ sedavého zaměstnání s odlišnými motivy ke vstupu do specifického chodeckého programu se liší jejich somatické charakteristiky (tělesné složení)) nemohli vyjádřit, sekundární motivy ukazují na jeho platnost. Lze tedy usuzovat, že motiv ke vstupu do pohybového programu souvisí s procentem podkožního tuku.

Žádný z jiných předpokladů vyjádřený v dalších hypotézách nebylo možné ani na základě sekundárních motivů potvrdit. To znamená, že motiv ke vstupu do chodeckého intervenčního programu nesouvisí s úrovní životní spokojenosti ani s úrovní habituální pohybové aktivity (týdenní, víkendové, v pracovních dnech) a v zaměstnání.

7 ZÁVĚRY

Z výsledků se nám podařilo zjistit, že u žen 50+ sedavého zaměstnání jsou dominantními primárními motivy pro vstup do chodeckého intervenčního programu takové, které lze začlenit do kategorie motivů „zdraví a zdatnost“. Motivy kategorií „sociální kontakty“ a „zábava a potěšení“ se u účastnic nevyskytují.

Vysoká adherence k programu byla prokázána pouze u žen s primárními motivy z kategorie „zdraví a zdatnost“.

U žen s odlišnými sekundárními motivy ke vstupu do specifického chodeckého programu se liší procento jejich podkožního tuku.

Motivy žen ke vstupu do chodeckého intervenčního programu nesouvisí s úrovní životní spokojenosti, s úrovní habituální pohybové aktivity (týdenní, víkendové, v pracovních dnech) ani s poměrem pohybové aktivity realizované v zaměstnání vůči celodenní pohybové aktivitě.

8 SOUHRN

Myšlenka bakalářské práce vznikla na základě realizovaného chodeckého programu na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci v letech 2013-14.

Pohybové intervenční programy jsou často užívány k podpoře pohybové aktivity a celkové změně životního stylu. Chůze patří k základní motorickým dovednostem člověka, je tedy nejpodstatnější složkou pohybové aktivity u intervenčních programů.

Cílem práce bylo posoudit role motivů ke vstupu do specifického chodeckého intervenčního programu u žen sedavého zaměstnání ve věku nad padesát let. Poznatky byly zpracovány podle odborné literatury týkající se motivace, pohybové aktivity, životního stylu a pohybových intervenčních programů.

Ve výsledcích jsou rozdělovány motivy do kategorií od 1 do 6, týkající se zdraví a zdatnosti, zlepšení vzhledu, sociálních kontaktů, zábavě a potěšení, prospěch pro psychiku a motivace nezařaditelné, u kterých byla zjišťována dominance motivů žen nad padesát let vstupující do chodeckého intervenčního programu.

Dalším cílem bylo posoudit postoj k životnímu stylu vzhledem k dané motivaci a adherence k pohybovému programu. Posoudit, která z žen nad padesát let sedavého zaměstnání vzhledem k danému motivu má vysoký předpoklad setrvat v programu po celou dobu.

9 SUMMARY

The thesis was inspired by realized walking program which was carried out on Faculty of Physical Culture Palacky University in Olomouc in 2013-14.

Movement intervention programs are very often use to support physical activity and overall to change life style. Walking is one of the basic motor skills of humans, thus it is the very basic part of intervention programs physical activity.

The aim of the thesis was to evaluate effect of motives for entering specific walking intervention program for women of sedentary employment over fifty years of age. Findings of the research were processed according literature focused on motivation, physical activity, life style and movement intervention programs.

In the result part are motives divided into 6 categories from 1 to 6, regarding health and fitness, improvement of appearance, social contacts, entertainment and pleasure, benefits for psychical state and motives which could have not been classified. In these particular categories was determined dominance of motives in women over fifty years of age entering walking intervention program.

Another aim of the thesis was to evaluate attitude to life style in terms of motivation and adherence to movement program. Assess which of the women of sedimentary employment were evaluated in terms of which of them have the biggest prerequisite for staying in the program for its full duration.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

- Aaker, D. A., FUSE, Y., & Reynolds, F. D. (1982). Is Life-Style Research Limited in its Usefulness to Japanese Advertisers?. *Journal of Advertising*, 11(1), 31-48.
- Balcar, K. (1983). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Becker, P. (1982). *Psychologie der seelischer Gesundheit. Band I., Theorien, Modelle, Diagnostik*. Gotingen: Hogrefe.
- Blaxter, M. (1993). *Health and life style*. London: Routledge.
- Calabová, P. (2013). *Vliv specifického typu zástavby na strukturu pohybové aktivity dospělé populace obyvatel města Olomouce a Hradce Králové*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Čáp, J., Čechová, V., & Rozsypalová, M. (1990). *Psychologie I*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Čeledová, L., & Čevela, R. (2010). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing.
- Hodaň, B., & Dohnal, T. (2008). *Rekreologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., & Brähler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.
- Foster, C., Brennan, G., Matthews, A., McAdam, C., Fitzsimons, C., & Mutrie, N. (2011). Recruiting participants to walking intervention studies: A systematic review. *The International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, 8(137), 1-28.
- Lipschitz, J. M., Fernandez, A. C., Larson, H. E., Blaney, C. L., Meier, K. S., Redding, C. A., & Paiva, A. L. (2013). Validation of decisional balance and self-efficacy measures for HPV vaccination in college women. *Health Promotion*, 27(5), 299-307.
- Jenišová, P., (2014). *Přístupy k náboru osob do chodeckých intervenčních studií: Systematicky přehled poznatků*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kaskl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick- role behavior: II. Sick- role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12(2), 531- 541.

- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Nakladatelství Akademie věd.
- Kopecký, M., Kikalová, K., & Tomaloá, J. (2013). *Antropologicko- psychologicko- sociální aspekty podpory zdraví a výchovy ke zdraví*. Olomouc: Univerzita Palacého.
- Kováčová, L., Stejskal, P., Neuls, F., & Elfmark, M. (2011). Adherence to the aerobics exercise program in women aged 40 to 65. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Gymnica*, 41(2), 55-63.
- Očenká, V. (2009). *Aspekty ovlivňující životní spokojenost single*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Machová, J., Kubátová, D., Hamásová, H., Kabiček, P., Mrázdová, E., & Svobodová, Z., (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing.
- Mitáš, J. (2011). *Pohybová aktivita a prostředí v životním stylu obyvatel České republiky*. Olomouc: Univerzita palackého.
- Sallis, J. F., Cervero, R. B., Ascher, W., Henderson, K. A., Kraft, M. K., & Kerr, J. (2006). An ecological approach to creating active living communities. *Annual Review of Public Health*, 27, 297-322.
- Slepička, P., Hošek, V., & Hátlová, B. (2011). *Psychologie Sportu*. Praha: Nakladatelství Karilinum.
- Seghers, J., Van Hoecke, A. S., Schotte, A., Opendacker, J., & Boen, F. (2014). The added value of a brief self-efficacy coaching on the effectiveness of a 12-week physical activity program. *Journal of Physical Activity and Health*, 11, 18-29.
- Serra-Paya, N., Solé, A. E., Gatiús, J. R., Viñuales, I. C., Rojas, A. Z., Ortego, G. G., & Armengol, C. T. (2013). Evaluation of a family intervention programme for the treatment of overweight and obese children (Nereu Programme): A randomized clinical trial study protocol. *BMC public health*, 13(1), 1-14.
- Svoboda, B. (2000). *Pedagogika sportu*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- Stroebe, W. (2000). *Social psychology and health*. Buckingham: Open Univerzity Press.

- Štěrbova, D., Hrubá, R., Harvanová, J., Elfmark, M., & Otipková, D. (2008). Faktory adherence k pohybové aktivitě žen ve věku 40–65 let. *Československa psychologie*, 52(4), 378–387.
- Vašíčková, J., Groffik, D., Frömel, K., Chmelík, F., & Wasowicz, W. (2012). Determining gender differences in adolescent physical activity levels using IPAQ long form and pedometers. *Annals of agricultural and environmental medicine: AAEM*, 20(4), 749-755.
- Willis, J. D., & Campbell, L.F. (1992). *Exercise psychology*. Windsor: Human Kinetics Publisher.