

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**Onemocnění pohybového aparátu u generace 50 plus a jeho dopad na  
sociální a ekonomické postavení**

**Bakalářská práce**

Jméno autora: Pavla Prylová

Jméno vedoucího práce: doc. MUDr. Vladimír Vurm, CSc.

2007

## **The impact of the musculoskeletal disorders on the social and economical status of the 50 plus population**

The period of older adulthood is characterised by the first appearance of various minor health problems caused by the ageing process. The incidents of chronic diseases also increases with age, with more than 90% of the over 60's population suffering from chronic illnesses. These chronic diseases which affect older adults includes disorders of the circulatory, musculoskeletal and endocrine systems. The most common diseases of the musculoskeletal system are dorzopathy and osteoarthritis. These illnesses do not usually shorten one's life but they are painful, long-term and unfortunately can be difficult to treat. They also negatively influence the quality of life of the sufferer.

By the year 2008 up to 2020 the Western world can expect major changes as the group born in the decades 1940-60 reach retirement age. The fifty year olds will be a predominant influence in the population. By 2030 more than half the population will be over 50 years of age and discrimination directed against the ageing groups will become an increasingly important economic and social problem. Growing older will no longer be regarded as a public taboo, but there will be a great emphasis on experience and wisdom of an older generation. People in the fifties will remain a strong part of the economic, health, social and political spheres.

The goal of this dyploma work is to research musculoskeletal disorders occurring in the groups aged between 50 and 70 in the Region of Ceska Lipa and the socio-economic effects of this situation among this generation. It has been studied quantitatively using questionaries distributed to men and women between ages of 50 and 70.

Research has shown diseases of the musculoskeletal system are affecting one in five of the groups surveyed in the social interaction as well as their family relations. Furthermore it has shown its economic impact among one third of the mentioned group with musculoskeletal diseases as a result of treatment expenses. In addition it has been shown this disorder does not have a negative affection on employment. The reason for unemployment is usually advanced age. The cohort has a much higher unemployment rate than that of the group born a decade earlier.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

14. května 2007

Pavla Prylová

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat panu doc. MUDr. Vladimírovi Vurmovi, CSc za jeho odborné podněty, cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské práce.

## Obsah

Úvod.....	7
<b>1 Současný stav.....</b>	<b>9</b>
1.1 Stárnutí (involuce) .....	9
1.1.1 Involuční změny .....	9
1.1.2 Tělesné změny spojené s počátkem stárnutí.....	9
2.1.2.1 Svaly, kosti a klouby.....	9
1.2 Onemocnění pohybového ústrojí.....	10
1.2.1 Osteoartróza (OA).....	10
1.2.2 Vertebrogenní algický syndrom – bolesti zad .....	11
1.2.3 Osteoporóza .....	13
1.2.4 Syndrom bolestivého ramene.....	14
1.2.5 Revmatoidní artritida (RA).....	14
1.3 Kvalita života a zdraví .....	15
1.3.1 Kvalita života.....	15
1.3.2 Zdraví.....	16
1.4 Charakteristika generace 50 plus .....	17
1.4.1 Eriksonovo pojetí období starší dospělosti .....	18
1.5 Generace 50 plus a stárnutí obyvatelstva ve světě, v Evropě a v České republice.....	19
1.5.1 Důsledky stárnutí obyvatelstva.....	20
1.5.2 Stárnutí obyvatelstva a společnost.....	20
1.5.3 Sociálně ekonomické postavení generace 50 plus ve společnosti .....	22
1.6 Nezaměstnanost a generace 50 plus.....	23
1.6.1 Nezaměstnanost a společnost.....	23
1.6.2 Význam práce pro člověka .....	24
1.6.3 Sociálně ekonomický dopad nezaměstnanosti na člověka .....	24
1.6.4 Psychický dopad nezaměstnanosti na člověka.....	24
1.6.5 Somatické důsledky nezaměstnanosti.....	25
1.7 Sociálně ekonomická situace v regionu Česká Lípa.....	25

1.7.1	Demografické údaje .....	25
1.7.2	Postupy a řešení nezaměstnanosti Úřadu práce (ÚP) .....	27
<b>2</b>	<b>Cíl práce a hypotéza .....</b>	<b>28</b>
2.1	Cíl práce .....	28
2.2	Hypotéza .....	28
<b>3</b>	<b>Metodika .....</b>	<b>29</b>
3.1	Metodický postup .....	29
3.2	Charakteristika výzkumného souboru .....	29
<b>4</b>	<b>Výsledky .....</b>	<b>30</b>
4.1	Vyhodnocení dotazníku .....	30
<b>5</b>	<b>Diskuse .....</b>	<b>50</b>
<b>6</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>55</b>
<b>7</b>	<b>Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>58</b>
<b>8</b>	<b>Klíčová slova .....</b>	<b>63</b>
<b>9</b>	<b>Přílohy .....</b>	<b>64</b>

## Úvod

Rozhodování, jaké téma bakalářské práce si zvolím, ovlivňovaly dva faktory. Prvním z nich byla dosavadní praxe ve zdravotnictví, kde jsem se jako fyzioterapeut denně setkávala s onemocněními pohybového aparátu. Druhým faktorem bylo studium na ZSF JU, kde mě zaujaly přednášky o problémech generace 50 plus a stárnutí Evropy.

Proces stárnutí člověka paradoxně provází již od narození a nikdo a nic jej nemůže zastavit. Máme však snahu tuto skutečnost zvrátit a snažíme se si život maximálně prodloužit. V období starší dospělosti je tato snaha samozřejmě znatelnější. I když nad stářím nemůžeme zvítězit, můžeme alespoň zmírnit jeho příznaky.

Ve věku okolo 50-ti let se stárnutí začíná projevovat drobnými zdravotními potížemi a nemocemi. Prevalence různých druhů onemocnění s věkem roste a málokterý člověk může v padesáti říct, že ho nic nebolí a je zcela zdravý. Ve věku nad 60 let pak trpí některým chronickým onemocněním až 95 % lidí. Mezi ty nejčastěji diagnostikované patří tři skupiny chronických nemocí: nemoci oběhové soustavy, nemoci pohybového ústrojí a nemoci endokrinní.

Nemoci pohybového ústrojí většinou nezkracují život člověka, ale jsou bolestivé, dlouhodobé, obtížně léčitelné a negativně ovlivňují kvalitu života. Nemocný člověk pak stěží může žít plnohodnotný život. Nemoci jej ovlivňují v pracovním prostředí při vykonávání zaměstnání, někdy mohou vést až k jeho ztrátě. Nezaměstnanost pak dále ovlivňuje kvalitu společenského života, často vede k pasivitě, která zvyšuje riziko snížení zdatnosti organismu.

V roce 2008 až 2020 čeká západní svět zásadní proměna. V této době budou vstupovat do důchodového věku silné ročníky, tedy osoby narozené od konce 40. do 60. let. Padesátníci ovládnou svět. V roce 2030 bude lidí s věkem nad 50 let polovina z celé populace. Tato dominantní věková skupina bude generací, která bude mít zelenou. Možná bude sice slabší díky stigmatizaci stárnutí, ale bude ve většině. Dnešní vnucený systém mládí, krásy a sexuality bude muset jít stranou, protože současná společnost nemůže přežít, pokud bude její většina donucována k pocitu opotřebovanosti, nepotřebnosti.

Diskriminace stárnoucích a stigmatizace starých lidí se stane celosvětovým, ekonomickým a sociálním problémem. Stáří přestane být společenským tabu, naopak budou zdůrazňovány vnitřní zkušenosti a moudrost.

Je třeba také zmínit, že generace padesátníků je a bude silnou částí naší ekonomiky a zdravotně sociální politiky. Tato generace většinou již má vytvořené své existenční hodnoty a často se snaží vkládat získané finanční prostředky do svého volného času. Mnozí mají velký zájem o vnoučata, o kulturu, sport, nebo luxusní exotické dovolené u moře. Padesátníci si také dopřejí nadstandard např. v oděvnictví, obuvnictví, kosmetice, či v pořízení nového automobilu. V nemalé míře si uvědomují význam svého zdraví a proto se o své zdraví aktivně starají a poměrně ochotně do něj investují.



## 1 Současný stav

### 1.1 Stárnutí (*involute*)

#### 1.1.1 Involuční změny

Stárnutí je soubor celé řady pochodů, jejichž začátky nastupují mnohem dříve, než jsou spatřeny jejich první zjevné známky. S nastupujícím věkem se snižuje látková výměna, spotřeba kyslíku, zpomaluje se syntéza bílkovin, dochází ke změnám ribonukleové a deoxyribonukleové kyseliny atd. Pro organismus starého člověka je typický úbytek tkání a struktur. Dochází k involuci orgánového parenchymu ve prospěch tukové a vazivové tkáně, zmnožení mezenchymu atd. Všeobecně se dá říct, že tyto změny postihují všechny orgány a tkáně charakteristickým způsobem a jsou velmi rozdílné. Existují však poznatky, které hovoří o kvalitativních změnách některých funkcí v důsledku adaptačních mechanismů ve vyšším věku a ve stáří, kdy například dochází lepšímu vstřebávání některých látek kůží či sliznicí **(12)**.

#### 1.1.2 Tělesné změny spojené s počátkem stárnutí

Jak již bylo zmíněno, stárnutí je proces spojený s pozvolným úpadkem všech tělesných funkcí. V období starší dospělosti se tento úpadek začíná projevovat různými drobnými potížemi. Tělesné změny však ještě nemusí být příliš velké, častokrát je ani nelze pozorovat. Zjištění proměn vlastního těla přichází zpravidla náhle, jako reakce na nějakou zátěž. Tehdy člověk pochopí, že je tato změna nezvratná a není možné ji dále ignorovat a popírat **(31)**.

#### 2.1.2.1 Svaly, kosti a klouby

Během procesu stárnutí dochází ke snížení objemu svalové hmoty, svaly ztrácejí svou sílu, výdrž a pružnost. Kostra se stává řidší a křehčí. Výška, objem a pružnost meziobratlových plotének a ostatních kloubních chrupavek se snižuje. Vlákná kolagenu stárnou, vazy ztrácejí svou délku a pružnost **(12)**.

Kombinace snížené flexibility (nedostatek kolagenu) s úbytkem celkové tělesné vody se může projevit sníženou mobilitou a stabilitou kloubů. Také degenerativní

změny (např. artróza), v kombinaci s úbytkem vaziva, přispívají ke snížení rozsahu kloubní pohyblivosti.

Charakteristickým projevem těchto změn je změna v držení těla. Dochází k decentrovanému postavení v kloubech a následnému omezení mobility v kloubu. (Pozn.: Centrace kloubu je takové postavení kloubu, které umožňuje jeho optimální statické zatížení.) Nesprávné držení těla a omezení rozsahu pohybu v kloubu jsou vždy spojeny s útlumovými a hyperaktivačními změnami svalové funkce. Dlouhodobé působení decentralizace kloubu následně způsobí degenerativní změny kloubních ploch **(14)**.

Pohybová koordinace a pohotovost pohybových reakcí se zpomaluje. Zpomalení bývá pomalé a plynulé, takže člověku v běžném i v profesním životě tyto změny nevadí **(31)**.

## **1.2 Onemocnění pohybového ústrojí**

Počet onemocnění chronickými chorobami s věkem roste. Prevalence chronických chorob u mužů je 95 % a u žen 97 % ve věku nad 60 let. Převažují tři skupiny chronických nemocí: nemoci oběhové soustavy postihují 76,7 %, nemoci pohybového ústrojí 41,8 % a nemoci endokrinní 29,8 % všech osob nad 60 let.

Z chorob pohybového ústrojí se nejčastěji vyskytuje dorzopatie (vertebrogení potíže / bolesti zad postihují až 24,2 % všech osob) a osteoartróza (20,4 %). Nemoci pohybového aparátu postihují více ženy (47,5 %) než muže (33,5 %) **(37)**.

Nemoci pohybového ústrojí většinou nezkracují život nositele, ale jsou bolestivé, dlouhodobé a obtížně léčitelné. Postižené osoby také navíc trápí výskyt nežádoucích účinků léků **(10)**.

### **1.2.1 Osteoartróza (OA)**

Osteoartróza je nejčastější degenerativní onemocnění kloubů, které postihuje až 12 % populace. Výskyt OA dramaticky stoupá s věkem a ve věku 65 let většina obyvatel má známky OA na RTG snímku. OA primárně postihuje hyalinní chrupavku, sekundárně pak i ostatní kloubní tkáň (kost, periost, šlachové a svalové úpony).

Příčiny OA nejsou bohužel zcela známé. Na vzniku se podílejí faktory systémové (genetické vlivy, stoupající věk, obezita) a biochemické (abnormální tvar kloubů – dysplazie, trauma, dlouhodobé přetěžování sportovní či profesní činností).

Klinický obraz: OA může postihnout jakýkoliv kloub v těle, ale převážně postihuje kloub kyčelní, kolenní, I. metatarzofalangeální a metakarpofalangeální kloub a dále klouby mezi krčními a bederními obratli páteře.

Subjektivní obtíže se projevují námahovou bolestí, objevuje se ranní ztuhlost, ztráta pohyblivosti a pocit nestability.

Mezi objektivní příznaky patří palpační citlivost kloubních okrajů, kloubní otok, zhrubění kostní struktury, omezení pohyblivosti, bolest při pasivním pohybu.

RTG nálezy u OA mají různá stadia patologických procesů chrupavky a subchondriální kosti (osteofyty, zúžení šterbiny kloubní, změna tvaru kosti, kostní ankylózy).

Léčba OA: Nefarmakologická léčba: redukce hmotnosti při nadváze a obezitě, používání opěrných pomůcek, fyzioterapie.

Farmakologická léčba: symptomatická léčba analgetiky, nesteroidním antirevmatiky, analgetiky – antipyretiky.

Operativní léčba spočívá v odstranění poškozené chrupavky kloubu, ve valgizační osteotomii, nebo v totální náhradě kloubu **(14)**.

### 1.2.2 Vertebrogenní algický syndrom – bolesti zad

Více než 80 % populace se během svého života setká s bolestí zad **(23)**.

Většina vertebrogenních obtíží je způsobena poruchou funkce páteře. Bolesti se nejčastěji vyskytují v oblasti krční a bederní páteře. To jsou úseky, které jsou nejvíce namáhány z mechanického hlediska a projevují se širokou škálou diagnóz cervikobrachiálního, cervikokraniálního, lumbosakrálního a sakroiliakálního vertebrogenního syndromu. Tyto diagnózy jen velmi obecně informují o přítomnosti bolesti a její lokalizaci, nic ale nevypovídají o příčině jejího vzniku.

Mezi základní příčiny bolesti zad patří choroby s jasnými patologicko-anatomickými změnami, jako jsou spondylóza, spondylartróza, tedy degenerativní

změny meziobratlových plotének s následným zúžením meziobratlového prostoru, tvorbou osteofytů na okraji obratlových těl a artrózou postihující chrupavky intervertebrálních kloubů. Až 98 % bolestí zad má původ v dočasné poruše pohybového aparátu, týkající se svalů, vazů, kloubů a meziobratlových plotének **(9)**.

Pro stanovení diagnózy je důležitá anamnéza nemocného, projev charakteristických rysů vertebrogenních obtíží, do kterých patří kolísavá intenzita obtíží, chronicita obtíží a recidivující charakter obtíží. Objevuje se i závislost bolestí na změně počasí a roční době, na fyzické i psychické zátěži. Bolesti se v čase mohou stěhovat z jednoho úseku páteře do druhého. Velmi důležité je také funkční vyšetření (kineziologický rozbor) pro vyšetření reflexních změny na kůži (hyperalgie zóny), v podkoží a svalových spasmů. Doplňujícími vyšetřeními jsou vyšetření neurologické, RTG snímek páteře a magnetická rezonance.

Úspěch léčby spočívá v zajištění příčiny vertebrogenních poruch. Jelikož se nejčastěji jedná o poruchu funkce páteře s reflexními změnami, je velmi důležitou složkou léčby fyzioterapie (léčebný tělocvik, fyzikální léčba, mobilizace segmentu, masáže). Součástí cvičení je také odstranění vadného držení těla a chybných pohybových stereotypů a nácvik správných stereotypů **(29)**.

Při léčbě se podávají také analgetika, která jsou velmi účinná. Pokud však bolest není příliš velká a pacient má dostatek nebolestivých pozic a pohybů, analgetika se nedoporučují, protože bolest je ochranným opatřením těla a varuje před dalším poškozením páteře **(23)**.

Výhřez meziobratlové ploténky do páteřního kanálu může vyvolat tlakem na nervové kořeny neurologické komplikace a vzniká tzv. kořenový syndrom, který je možné řešit operativně. Operace však nemůže vyřešit celou problematiku onemocnění, v některých indikacích je ale nezbytná. Odstraněním výhřezu disku obvykle dochází k zablokování daného segmentu. To vede k přetížení segmentů okolních, což může vést k dalším obtížím. V oblasti krční či hrudní páteře je operace obvykle nutná.

Dalšími používanými léky jsou nesteroidní antirevmatika (NSA), opioidy, antiepileptika, antidepresiva, myorelaxancia **(8)**.

### 1.2.3 Osteoporóza

Osteoporóza je podle WHO systémové kostní onemocnění charakterizované nízkou kostní hmotou a poruchou mikroarchitektoniky kostní tkáně vedoucí ke zvýšení kostní lomivosti a tím rizika kostní zlomeniny.

Osteoporózy se dělí na primární a sekundární.

Do primárních osteoporóz patří idiopatická osteoporóza a involuční osteoporóza, která se dále dělí na postmenopauzální (snížený estrogen snižuje syntézu prokolagenu v osteoblastech) a senilní (deficit vitamínu D).

Sekundární osteoporóza je způsobena převážně endokrinními onemocněními (hyperkortikalismus, hypertyreóza). Další příčina vzniku může být spojena s chronickým onemocněním jater, ledvin a diabetem mellitem (převážně 1. typ) (14).

Rizikové faktory osteoporózy se dělí na neovlivnitelné a ovlivnitelné. Mezi neovlivnitelné patří rasa a dědičnost (více jsou postiženi běloši, astenické ženské postavy). Ovlivnitelným faktorem může být zdravý způsob života do 30 let (nekuřáctví, omezení alkoholu), tedy do doby, kdy dochází k vytvoření vrcholu kostní hmoty a také důsledná léčba vyskytujících se chorob v tomto věku, které podporují vznik a rozvoj osteoporózy (17).

Klinický obraz může být velmi různý. Například probíhat asymptomaticky, kdy se osteoporóza může projevit náhodným nálezem na RTG snímcích páteře, a to kompresivními frakturami obratlů. Nejčastěji dochází ke zlomeninám těchto obratlů: TH7, TH8, TH12, L1. V důsledku kompresivních zlomenin těl obratlů má nemocný vystupňovanou hrudní kyfózu a vymizelou krční lordózu, dochází ke ztrátě výšky a k vyklenutí břicha (komprese břišních orgánů může způsobit abdominální obtíže). Často také dochází ke zlomenině krčku kosti stehenní.

Vyšetřovací metody: RTG axiálního skeletu, krevní biochemie (Ca, P, kreatinin, alkalická fosfatáza), hormony (TSH, PTH).

Léčba osteoporózy spočívá v podávání kalcia – doporučená denní dávka 1000 – 1700mg denně, vitamínu D (Vigatol, Calciferol) doporučená denní dávka 400 – 800 jednotek denně, hormonální substituční léčbě (postmenopauza) a v léčbě zlomenin.

Součástí prevence osteoporózy je zdravý způsob života v dospívání se stravou obsahující dostatek kalcia a vitamin D. Dále je to dostatek pohybu, nekuřáctví, omezená konzumace alkoholu **(14)**.

#### 1.2.4 Syndrom bolestivého ramene

V případě syndromu bolestivého ramene hovoříme o postižení rotátorů ramenního kloubu a dlouhé šlachy bicepsu při chronické traumatizaci v subakromiálním prostoru. Častou příčinou je i reflexní dystrofie při patologických procesech v plicích, po infarktu, infarktu myokardu nebo po bolestivých traumatech.

Pro klinický obraz je typický náhlý nástup onemocnění, charakterizovaný pronikavou bolestí, objevující se často v noci. Difúzní bolest ramene vyzařuje do horní části paže a do deltového svalu. Bolest se zhoršuje při pohybu ramene do abdukce a flexe. Dochází k rychlému omezení hybnosti všemi směry **(10)**.

Průběh onemocnění lze rozdělit do tří fází a to na fázi bolestivou, fázi progresivní ztuhlosti a fázi návratu pohybu **(7)**.

Diagnóza: Přítomnost bolestivosti ramenního pletence, omezení hybnosti, antalgické držení ramene (addukce a vnitřní rotace), svalové atrofie. Na RTG obrazu vidíme sklerosu akromionu, periartikulární kalcifikace. Ultrazvukový nález a magnetická resonance ukáže patologii rotátorů.

Při terapii se podávají nesteroidní antiflogistika. Velmi důležitá je fyzioterapie pro obnovu hybnosti kloubu. Léčba zpravidla trvá pět až devět měsíců, často však omezení hybnosti ramene přetrvává. **(10)**.

#### 1.2.5 Revmatoidní artritida (RA)

RA je autoimunitní reakce na některé specifické agens např. Clostridium perfringens nebo viry (zejména EB virus, viry rubeoly či hepatitidy) **(7)**.

Revmatoidní artritida je chronické systémové zánětlivé onemocnění, které postihuje synoviální výstelky kloubů a šlach. Dochází k infiltraci kloubního prostředí zánětlivými buňkami, následné hypertrofii synoviální tkáně, progresivní destrukci kosti

a chrupavky s místní dekalifikací kosti a výrazné tvorbě proteinů v akutní fázi a k produkci autoprotilátek **(14)**.

Klinický obraz: Onemocnění postihuje obvykle symetricky nejprve klouby ruky (kromě distálních interfalangeálních kloubů) a postupuje směrem centrálním až po klouby temporomandibulární včetně krikoadrytenoidních, kde způsobí chrapot. RA cyklicky přechází mezi aktivní a chronickou fází. Klouby v akutní fázi mají všechny příznaky zánětu mimo zčervenání. Následně vzniká jejich zduření, subluxace, deformity a ankylózy. Typické jsou deformity „labutí šíje“ na prstech, ulnární deviace v metakarpofalangeálních kloubech. Mezi mimokloubní projevy na pohybovém aparátu patří revmatoidní uzly, svalové atrofie, tendinitidy a burzitidy.

Pro vlastní diagnózu musí být splněna kritéria Americké asociace revmatismu (ARA): ranní ztuhlost alespoň 1 hodinu trvání nejméně 6 týdnů, zduření alespoň tří kloubů v trvání nejméně 6 týdnů, symetrické otoky nejméně 6 týdnů, revmatické uzlíky, průkaz revmatických faktorů, rentgenové změny na rukou **(7)**.

RA léčíme nesteroidními antirevmatiky (NSA), kortikoidy, soli zlata, cyklosporinem A, fyzioterapií **(10)**.

Výskyt RA v závislosti na pohlaví je znám, tedy u žen se objevuje 3x více než u mužů. Nejběžnější doba vzniku RA je mezi 30. a 40. rokem života **(26)**.

### ***1.3 Kvalita života a zdraví***

#### ***1.3.1 Kvalita života***

Pojem kvalita života je běžný termín používaný pro vyjádření spokojenosti občanů se základními funkcemi, které bydliště nabízí občanům pro uspokojení jejich primárních potřeb. Kvalita života je výsledkem vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a ekologických podmínek, týkajících se lidského a společenského života. Nejdůležitější oblasti, které určují kvalitu života lidí jsou materiální podmínky, zdraví, lidské vztahy a začlenění jedince do širší společnosti **(33)**.

V zásadě existují tři přístupy ke zkoumání kvality života. Jedná se o aspekty, které se zkoumají v psychologických přístupech, dále jsou to sociologické výzkumy a v neposlední řadě je sledovaná kvalita života v medicíně.

Pro výzkum v psychologii je používána celá řada metod, kterými se měří dimenze kognitivní a emocionální (racionální hodnocení svého života, citové prožívání a typ emocí.)

V sociologickém výzkumu kvality života je zdůrazňována sociální úspěšnost, majetek, vzdělání a rodinný stav.

Měření kvality života v medicíně se používá ke sledování kvality života pacientů trpících různými onemocněními, popřípadě k zjištění dopadu konkrétní zvolené terapie na kvalitu jejich života. Při měření kvality života se setkáváme s pojmem „Health related quality of life“ (HRQoL), tj. kvalita života ovlivněná zdravím. K měření zdravím ovlivněné kvality života se používá celá řada nástrojů dotazníkového typu a za standard se pokládá dotazník SF-36 (36-Item Health Survye) **(21)**.

Kvalita života se může hodnotit ve třech hierarchicky odlišných sférách. První sférou je makro-rovina. V té jde o otázky kvality života velkých společenských celků (národy, kontinent). Další sféra, kterou nazýváme mezo-rovina, se zabývá otázkou kvality života v malých sociálních skupinách (škola, nemocnice, dům pro seniory). Třetí sférou je osobní rovina, kde hlavním předmětem je život jednotlivce.

Určení kvality života je velmi náročné, to potvrzuje i výrok Aristotela o tom, že štěstí je něčím, o čem mají různí lidé odlišné názory. „Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze.“ (Aristoteles) **(15)**.

#### Hodnocení kvality života

Metody, kterými se měří kvalita života , lze rozdělit do tří skupin.

- I. Metody, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba (externí pojetí hodnocení).
- II. Metody, kde hodnotitelem je sama daná osoba (interní pojetí kritérií hodnocení).
- III. Metody smíšené vzniklé kombinací prvních dvou typů **(22)**.

#### 1.3.2 Zdraví

Definice zdraví podle WHO od roku 1977 je „Stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nejen pouhá nepřítomnost nemoci nebo vady“ **(36)**.



Člověk je bytost, která směřuje k určitým cílům. Člověk chce něco dělat, plnit úkoly, které si předsevzal, vyniknout, naplnit své představy, ideje a plány. Aby toho mohl dosáhnout musí být zdrav. Opačný stav, tedy být nemocen, je nežádoucí, brání dosažení cíle. Zdraví je tedy chápáno jako nezbytný prostředek k dosažení cíle. Existují však i taková pojetí zdraví, kde se zdraví stává cílem samo o sobě, ba dokonce je nejdůležitější hodnotou pro daného člověka vůbec a to když je člověk nemocen. Ti kteří zdraví nejsou, říkají, že zdraví je darem. Dobré zdraví je výsledkem mnoha vlivů **(16)**.

Příčiny a podmínky zdraví a nemoci člověka mají podobu čtyř základních skupin:

- Genetika, která se podílí na zdravotním stavu z 10-15%.
- Zdravotnictví má také 10-15%. Ve zdravotnictví mají velký vliv nové poznatky, výzkum, moderní technologie a metody.
- Faktory prostředí asi z 20%. Procesy fyzikální, chemické, biologické či sociální v různé kombinaci, podobě, intenzitě i míře expozice působí na organismus člověka, který není dispozičně adaptačně připraven.
- Způsob života se promítá do utváření zdraví či nemoci asi z 50%. Životní styl je klíčovým determinantem zdraví. Významnou roli zde utváří výživa, pohybová aktivita, sexuální chování, návykové závislosti. Správný životní styl ovlivňuje vznik nádorových, kardiovaskulárních, pohybových a imunologických onemocnění **(21)**.

#### **1.4 Charakteristika generace 50 plus**

Věk 50 je brán jako jakýsi mezník, který definitivně potvrzuje počátek stárnutí. Stárnutí je velmi často spojováno s rizikem ztráty sociální pozice, kterou člověk dosáhl a také se ztrátou prostředků i citového zázemí.

V člověku se objevuje zvýšená nejistota a obava ze selhání. Je narušeno sebehodnocení a mění se postoj k sobě samému. Člověk se začíná vyrovnávat s postupným úbytkem svých kompetencí a učít se odhadovat své aktuální možnosti. Dobré je také zmínit, že v tomto období ještě nejsou biologické či psychické změny spojené s věkem tak velké a člověka zatím v jeho životním komfortu příliš neomezují. Člověk je méně výkonný, pomalejší, hůře přizpůsobivý, ale na druhé straně toto období

nebývá spojeno s většími nároky. Obvyklé nároky dokáže plnit rutinním způsobem. Také si nedělá iluze a už příliš nestojí o změnu, ale rád by si uchoval co je dobré, nebo alespoň přijatelné. Toto období je velmi obtížné i po stránce emocionální (31).

Někteří odborníci také tvrdí, že toto období je mimořádně těžké, těžší než léta předtím a léta potom. Uvádí se, že stáří zaskočí člověka stejně nepřipraveného jako pubertální tělesné změny. Je to období, ve kterém ubývá tělesných i duševních sil a schopností, půvabu a svěžesti mládí. Člověk se potýká s myšlenkou „já a důchod“. Reakce na tuto otázku jsou odlišné. Někteří se na důchod pod tíhou pracovních úkolů těší a jsou nedočkaví, jiní si dělají odvážné plány v práci i v osobním životě (27).

Ženy se navíc potýkají s otázkou klimaktéria. Klimaktériem u některých žen vyvolává psychické obtíže (návaly horka, pocity dušení, podrážděnost, nespavost...) Žena se obává toho, že ztrácí sexuální přitažlivost a ženskou identitu. Dochází snadno k pocitům méněcennosti. Některé ženy se snaží vyrovnat ztráty spojené s klimaktériem stupňovanou společenskou aktivitou, přehnanou péčí o oblékání, horlivou péčí o vnoučata. Někdy se může objevit i vystupňovaná sexuální aktivita, kdy žena má snahu si ještě užít, co se dá. U mužů sice také dochází k hormonálnímu poklesu a ke snížení sexuální aktivity, ale ne tak výrazně jako u žen. Muži po padesátce se často zajímají o afrodiziaka. Po šedesátce často ovlivňuje sexuální život mužů onemocnění prostaty a její vynětí (27).

#### 1.4.1 Eriksonovo pojetí období starší dospělosti

Erikson ve své teorii vývoje charakterizuje jednotlivá ontogenetická období, kde klade důraz na vztah člověka k sociálnímu prostředí. Erikson považoval tyto vztahy za důležitější než jsou biologické determinanty.

Období starší dospělosti Erikson pojmenovává jako „syndrom prázdného hnízda“. V tomto období se člověk musí vyrovnávat s životními fakty, kdy děti odcházejí z rodiny a stavějí se na vlastní nohy, vlastní rodiče pomalu umírají.

Další označení pro toto období je „syndrom druhého břehu“, kdy si člověk začíná uvědomovat, že ze svého života má již větší či podstatnější část za sebou. Erikson zdůrazňuje, že je zapotřebí, aby člověk dal nový rozměr vzájemným vztahům

a to zejména v manželství. Erikson toto období charakterizuje slovy „Já jsem to, co poskytuji.“ (11).

### **1.5 Generace 50 plus a stárnutí obyvatelstva ve světě, v Evropě a v České republice**

Obyvatelstvo světa jako celku se blíží hranici demografického stáří, tj. 7 % osob ve věku nad 65 let. V roce 1995 patřila podle odhadu OSN Evropa s podílem 13,8 % obyvatel nad 65 let mezi nejstarší kontinenty. Naopak mezi nejmladší patřila Afrika s podílem 3,2 %. V celosvětovém měřítku je tempo nárůstu populace nad 65 let v současné době třikrát vyšší než generace do 20 let. Ve vyšším věku také narůstá počet žen oproti mužům (37).

Evropská populace nezadržitelně stárne. Současně dochází ke znatelnému poklesu populace jako celku. V roce 2050 bude Evropa jediným kontinentem, na kterém dojde k absolutnímu poklesu obyvatel. Za 40 let bude v Evropě o cca 9 % obyvatel méně než v roce 2004 (ze současných 728 miliónů obyvatel bude 668 miliónů), což znamená pokles 60 miliónů obyvatel. Při tomto poklesu se dále předpokládá nárůst osob s věkem nad 65 let až k 25 % z celkového obyvatel Evropy. V zemích současné EU je dnes 16 % lidí ve věku nad 65 let, v roce 2030 by to mělo být 23 % a v roce 2050 se vyšplhá tento podíl přes 30 %.

Zmíněné stárnutí populace se rovněž výrazně dotkne České republiky. Dnes u nás žije 10,2 miliónů obyvatel. Podle prognóz bude v roce 2050 žít v České republice o 1 milión lidí méně. Podíl obyvatel starších 65 let v České republice se pohybuje ve středních hodnotách, tj. okolo 14 %, nicméně podle prognóz by měla mít v roce 2050 nejvíce seniorů, společně s Itálií (35).

Podíl starších lidí na české populaci (35)

Rok	Věk nad 60 let	Věk nad 65 let
2005	19 %	14 %
2010	23 %	15 %
2030	29 %	23 %
2050	38 %	31 %

### 1.5.1 Důsledky stárnutí obyvatelstva

Negativní důsledky stárnutí obyvatelstva, tedy zvyšování podílu starších lidí na celkovém počtu obyvatel, jsou dnes předními otázkami sociálně-ekonomické politiky státu **(13)**.

Důsledky stárnutí obyvatelstva se dělí na:

- Ekonomické: potřeba tvorby vyššího hrubého domácího produktu při relativně nižším podílu ekonomicky aktivního obyvatelstva (ekonomicky aktivní musí nadvýrobkem uspokojit své potřeby i potřeby ekonomicky neaktivních), zvyšování výdajů na sociální zabezpečení (důchody, sociální podpora a pomoc), zvyšování výdajů na zdravotní péči.
- Sociálně zdravotní: vyšší nemocnost starších a starých lidí, zvýšené potřeby zdravotní a sociální péče, zvýšení spotřeby zdravotní a sociální péče.
- Sociologické a sociálně psychologické: změna postoje a chování obyvatelstva, mladší generace (potřeba výchovy k úctě ke starším lidem), změna charakteru rodiny (z vícegeneračních na jednogeneační), možnost pracovní aktivity ve vyšším věku, změna ve vzdělanosti, kulturní a životní úrovni (sociální integrace)
- Osobní (životní problémy jednotlivých osob): snížení a ztráta soběstačnosti, zhoršující se zdravotní stav, potřeba finančních prostředků k zajištění slušné životní úrovně (bydlení, výživa, vyplnění volného času) **(37)**.

### 1.5.2 Stárnutí obyvatelstva a společnost

V roce 2008 až 2020 čeká západní svět zásadní proměna. V této době budou silné ročníky vstupovat do důchodového věku, generace lidí narozených od konce 40. do 60. let. V roce 2030 bude 23 % populace starší 65 let. Tato generace bude sice slabší než je dnes a než bude generace mladá, ale bude početnější a bude ve většině.

Nestárnou jen lidé, ale celé národy. Evropa prochází paradoxem, kdy lidé žijí déle a mají méně dětí. Dynamika obyvatelstva se nebude vyznačovat rozením, ale umíráním. Společnost a kultura bude vystavena stejnému ořesu jako po II. Světové

válce. Např. Německo zestárne a početně oslabí přibližně o 12 miliónů lidí, což je víc než bylo padlých lidí za I. Světové války **(28)**.

Stárnutí je symbolem zkušenosti a moudrosti, může také přivádět lidské bytosti blíže k osobnímu naplnění v souladu s jejich přesvědčením a usilováním.

Důležitou podmínkou sociálně ekonomického rozvoje je věkově integrovaná společnost, ve které je eliminovaná diskriminace i segregace a je naopak posilována solidarita a vzájemná podpora mezi generacemi **(13)**.

Diskriminace stárnoucích a stigmatizace starých lidí se stane celosvětovým ekonomickým, sociálním i duchovním problémem. Půjde o to, aby si starší generace zachovaly sebevědomí, jistotu a tím i stabilitu společnosti v zájmu přicházejících generací. Zkušenosti jsou a budou základem velikosti a síly této generace. Neboť čím jsou uplynulé úspěchy, krása, životní zkušenosti a i samo bohatství proti příznakům stáří?

Jedním ze společenských problémů je mezigenerační válka, která je nejstarší ze všech válek a zároveň nejmodernější. Nejstarší, je z důvodu biologického naprogramování a nejmodernější, protože lidstvo už vede tisíciletí psychologickou válku, válku slov a ponižování. Válka bere člověku sebevědomí, důvěru v jeho krásu, v jeho smysly a rozum.

Nyní je vnucený systém mládí, krásy a sexuality a ten se stává hrozbou pro většinu nových lidí. Žádný člověk nestárne rád. Stáří vrhá stín již na třicetileté a mnohé čtyřicátníky. Mají pocit vlastní sešlosti a pomíjivosti.

Současná společnost nemůže přežít, pokud bude většina jejích obyvatel v budoucnosti chápána jako cosi rušivého opotřebovaného, zapomnětlivého.

Stáří je společenské tabu, nehovoří se o něm jako o vnitřní zkušenosti, ale naopak jsou zdůrazňovány jen jeho vnější příznaky (vrásky, pleš, váčky pod očima, postižení) **(28)**.

Buchtová, B. **(2)** ve své knize uvádí, že starší lidé, kteří většinou dospívali v období druhé civilizační vlny (mechanizace), nebo dokonce na venkově ještě před kolektivizací zemědělství, se ve srovnání s nynější mladou generací nejsou s to tak snadno adaptovat na informační technologie, symbolické procedury, internet atp.

Mohou sice v třetí civilizační vlně relativně úspěšně žít i pracovat, ale zpravidla již nemohou předat část své životní zkušenosti mladým. Současně s tím jde bohužel o tradiční hodnoty a zkušenost obecně lidskou, zkušenost společenskou, hodnotu důvěrného kontaktu s přírodou. Poprvé v lidských dějinách nejde o chudé podmětové pole vnějších vlivů kulturní povahy, nýbrž o nedostatek mnohem závažnějších osobnostně konstitutivních přírodních podnětů.

Příprava celé populace na pozdější stádia života by měla být nedílnou součástí sociální politiky a měla by zahrnovat faktory tělesné, duševní, kulturní, náboženské, spirituální, ekonomické či zdravotní **(13)**.

### 1.5.3 Sociálně ekonomické postavení generace 50 plus ve společnosti

V průběhu krátké doby se lidé nad 50 let stanou dominantní věkovou skupinou. Tato skupina zralých lidí si plně uvědomuje význam svého zdraví a proto se také o své zdraví aktivně starají a poměrně ochotně do něj investují. Tento osobní zájem jedince o své zdraví je nenahraditelný.

Generace 50 plus má většinou vybudovanou svoji existenční základnu a i když často zvládá role prarodičů, která nemusí být dnes vždy dominantní, mají velký zájem o kulturu, sport a cestování. Tento zájem se stává výraznou součástí života generace 50 plus a je také velmi zajímavý z ekonomicko-sociálního **(34)**.

Někteří odborníci konstatují, že padesátiletí a starší jsou v Česku tahouni ekonomiky. V generaci 50 plus je mnoho dobře si počínajících a tím také dobře placených profesionálů, kteří potom rovněž dost utrácejí. Právě mnozí z této generace si dopřávají luxusní a exotické dovolené během celého roku.

Dalo by se zjednodušeně říct, že celá řada odvětví se stává závislá ve výstupech svých produktů právě na generaci 50 plus. Není to jen oblast korektivní chirurgie, kosmetiky, farmacie, cestování ve vyšší kvalitě, lázeňství, ale stává se i rozhodující pro elektronické odvětví, oděvnictví, obuvnictví a automobilový průmysl **(35)**.

## **1.6 Nezaměstnanost a generace 50 plus**

Podle prognóz lze konstatovat, že budoucnost patří generaci padesátníků, protože v Evropě bude v roce 2030 více než polovina lidí nad 50 let a jen pětina bude mladší 20 let. V roce 2001 bylo zaměstnáno v Evropě pouze 38,8 % lidí ve věku 50 až 65 let. Proto již směrnice EU zakázala a chce postihovat diskriminaci v zaměstnání způsobenou věkem žadatele **(35)**.

### **1.6.1 Nezaměstnanost a společnost**

Lidé vyššího věku patří spolu se zdravotně handicapovanými a osobami s nižší úrovní vzdělání k nejohroženějším skupinám na trhu práce. K 30. červnu 2006 činila nezaměstnanost osob starších 50 let 7,7 % (119,7 tisíc osob této věkové skupiny.) Z celkového počtu nezaměstnaných to bylo 26,5 %.

Nezaměstnanost je ovlivněná několika faktory:

- Nižší výkonnost, vyplývající z úbytku fyzických sil, pracovní schopností.
- Zpomalení smyslového a duševního přizpůsobování moderním požadavkům.
- Vyšší výpadky z pracovního procesu v souvislosti s nepříznivým stavem **(25)**.

Ztráta možnosti vykonávat zaměstnání nebo pracovat ve své profesi může vést ke ztrátě příjmů, k narušení emoční pohody, rodinné rovnováhy, sociálních vztahů, kvality života i zdraví **(2)**.

Člověk prožívá ztrátu zaměstnání velmi těžce, zvláště, pokud je v pokročilém věku. Má již vypěstované stereotypy, obtížně a pomaleji se přizpůsobuje životu bez zaměstnání, který navíc po letech poctivé práce vnímá jako nespravedlnost a ponížení. Zaměstnání funguje u starších lidí podle řady výzkumů jako „tréninkový faktor“ - pomáhá udržet tělesné a duševní schopnosti.

Při ztrátě zaměstnání je člověk vystaven novým negativním vlivům, které nepříznivě ovlivňují jeho duševní a tělesné zdraví. Spolu s tím u něj dochází ke změnám v oblasti sociální a ekonomické **(18)**.

### 1.6.2 Význam práce pro člověka

Práce je důležitou podmínkou důstojné existence, přináší člověku materiální prospěch, pocit seberealizace a společenské užitečnosti. Pracovní vztahy jsou zdrojem identity člověka. Při zvládání pracovních úkolů může jedinec objektivizovat své schopnosti a získat pocit odborné kompetence.

Práce a její vliv na člověka: dává existenční podstatu člověku, finanční zabezpečení, smysl pro povinnost, seberealizace, poskytuje časovou strukturu všedního dne a časové plány nebo cíle, zabezpečuje lidem pravidelný kontakt s jinými lidmi, podněcuje k aktivitě, poskytuje pocit identity.

### 1.6.3 Sociálně ekonomický dopad nezaměstnanosti na člověka

Nezaměstnanost má na člověka mnoho negativních dopadů. Jeden z nejdůležitějších je sociálně ekonomický. Ztráta zaměstnání je spojená se změnou sociálního statutu, životní úrovně a sociální role člověka. Sociální prestiž (statut) je spojená s charakterovým způsobem života, která se od členů společnosti očekává. Hrozí nebezpečí sociální izolace či sociálního selhání.

Důsledky nezaměstnanosti pociťuje nejen rodina, ale i širší příbuzenstvo. Vliv na rodinu má nezaměstnanost prostřednictvím finančních problémů, změn v sociálních vztazích, kdy celá rodina žije v sociální izolaci, dochází k narušení denních rodinných zvyklostí. Nezaměstnaný také ztrácí autoritu v rodinném systému **(32)**.

### 1.6.4 Psychický dopad nezaměstnanosti na člověka

Nezaměstnanost přináší frustraci mnoha psychických potřeb. Jednou z hlavních je stimulace. Nezaměstnaný ve srovnání s minulostí strádá nedostatkem podnětů. Člověk ztrácí navyklé stereotypy denního režimu a čas pro něj ubíhá pomaleji. Nuda je jedním z nejhůře prožívaných pocitů při nezaměstnanosti. Nezaměstnaný se s postupem času stává pasivnějším, ztrácí sebeúctu, má negativní sebehodnocení, objevuje se pocit beznaděje, ohrožení, strach z budoucnosti, úzkost, stres **(18)**.



### 1.6.5 Somatické důsledky nezaměstnanosti

Mezi důsledky dlouhodobé nezaměstnanosti patří také vyšší pravděpodobnost vzniku kardiovaskulárních onemocnění, bronchiálních poruch, objevují se vysoké hodnoty cholesterolu v séru, vysoký krevní tlak atd. Dále se objevují deprese, alkoholismus, poruchy chování, sebevražedné poruchy, sebevraždy, domácí násilí.

Zhoršením tělesného a duševního zdraví přispívá nezaměstnanost ke zvýšenému využívání zdravotnických služeb **(2)**.

## 1.7 *Sociálně ekonomická situace v regionu Česká Lípa*

Česká Lípa je součástí Libereckého kraje, který leží na severu České republiky. Liberecký kraj svou rozlohou představuje 4 % z rozlohy České republiky a žije zde cca 4,2 % obyvatel České republiky. Hranice kraje tvoří na severu zároveň státní hranici s Polskem a Německem.

Česká Lípa má průmyslový charakter. K nejvýznamnějším odvětvím patří sklářství, které zde má dlouholetou tradici. Významný podíl představuje také strojírenský a automobilový průmysl.

Samotné město Česká Lípa se díky městské památkové zóně a své centrální poloze v regionu stává významným výchozím bodem pro zajímavé turistické cíle, jakými jsou například oblast Máchova jezera, Sloupu v Čechách, prostoru Ralsko, Hradčanských stěn. Nedaleko České Lípy jsou i známé zámky Zákupy, Lemberk nebo hrad Bezděz.

Město i okolí jsou protkány sítí turistických stezek, či cyklostezek, umožňující aktivní rekreaci v atraktivním přírodním prostředí, s výhledy na panorama kopců Lužických hor či Českého středohoří **(19)**.

### 1.7.1 Demografické údaje

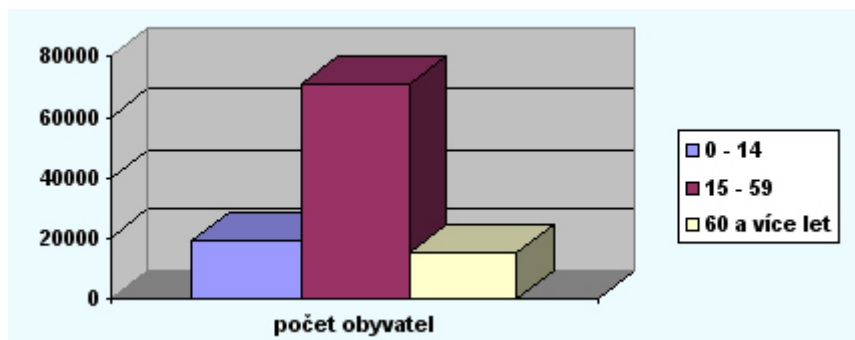
Celkový počet obyvatel Libereckého kraje je 429 031 (graf a tabulku věkové struktury Libereckého kraje naleznete v příloze 2.). Region České Lípy má 106 396 obyvatel. Z toho je mužů 52 370 (49,2 %) a žen 54 026 (50,8 %). Průměrný věk na Českolipsku je 37,9 let (u mužů 36,6 a u žen 39,2) **(5)**.

Počet ekonomicky aktivního obyvatelstva Libereckého kraje v roce 2005 (4)

<b>Celkový počet</b>	<b>15-29 let</b>	<b>30-44 let</b>	<b>45-59 let</b>	<b>Nad 60 let</b>
361 500	51 400	79 600	77 200	7 500

Struktura obyvatelstva okresu Česká Lípa podle věkových skupin (20)

<b>Věková skupina</b>	<b>počet obyvatel</b>	<b>relativní četnost v %</b>
0-14	18 090	17
15-59	72 359	68
60+	15 962	15



Neumístění uchazeči o zaměstnání v Libereckém kraji a v regionu Česká Lípa, dělení podle věku (3)

	Uchazeči celkem	Do 24 let	25-34 let	35-44 let	45-54 let	55-64 let	Nad 65 let	Průměrný věk
Liberecký kraj	18 923	3 596	4 579	3 789	4 645	2 307	7	38,7
Region Česká Lípa	5061	963	1 167	1 007	1 289	633	2	39,0

#### 1.7.2 Postupy a řešení nezaměstnanosti Úřadu práce (ÚP)

Člověk, který přijde o práci má možnost se zaevidovat v místě svého trvalého bydliště na ÚP. Nezaměstnaný při první návštěvě ÚP vypisuje žádost o zařazení do evidence uchazečů o zaměstnání. Jako zaevidovaný uchazeč má nárok na podporu v nezaměstnanosti a na poradenství pro zprostředkování pracovního místa.

Uchazečům, kteří se těžko umísťují na pracovní trh např. kvůli nedostatečnému vzdělání a odbornosti neodpovídající poptávce pracovních míst, nebo nemají motivaci k práci či mají zdravotní postižení, je poskytnuto speciální poradenství pro zprostředkování zaměstnání. Speciální pracovník v poradenství může využít bilanční a pracovní diagnostiky pro získání hlubších osobních informací o klientovi a tím urychlit návrat klienta na pracovní trh.

Pokud není možné umístit uchazeče na pracovní trh z důvodu malé poptávky po profesi uchazeče, ale je jisté, že uchazeč má motivaci k práci, může být zařazen do rekvalifikačního kurzu, jehož zaměření je ovlivněno nabídkou pracovního trhu. V případě, že je nezaměstnanost uchazeče ovlivněna malou motivací k práci diagnostikovanou bilanční technikou, je možné klientovi doporučit motivační kurz (24).

## **2 Cíl práce a hypotéza**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem této práce je zmapovat výskyt onemocnění pohybového aparátu u lidí věkové kategorie 50 až 70 let v regionu Česká Lípa.

Mezi onemocnění pohybového aparátu patří hlavně tato následující onemocnění: osteoartróza, bolesti zad, osteoporóza, syndrom bolestivého ramene, revmatoidní artritida. Práce se zabývá dopady těchto onemocnění na sociální a ekonomický život zmíněné věkové kategorie. Snaží se také najít odpověď na otázku, zda onemocnění člověka ovlivňuje v plnohodnotném vykonávání zaměstnání a zda případně nesnižuje jeho finanční příjem z důvodu absence v zaměstnání či výdajů za léčbu.

Práce se dále snaží řešit, zda člověka onemocnění omezuje ve společenském životě a zda jsou díky onemocnění nějak limitovány jeho záliby a koníčky. Neopomenutelnou součástí práce je i otázka dopadu zdravotního stavu na soužití v rodině, kde možná sociální izolace ovlivňuje nejen člověka s onemocněním, ale také jeho partnera.

Částí práce je také výzkum kvality života na základě subjektivního hodnocení lidí dané věkové kategorie s onemocněním pohybového aparátu.

### **2.2 Hypotéza**

Hypotézu jsem stanovila na základě teoretických vědomostí ze studia a ze zkušenosti získané praxí ve zdravotnictví jako fyzioterapeut.

Převážná většina lidí starších 50 let má anatomicko-patologické změny v nosném aparátu. Ty se projevují jako různá onemocnění. Jedná se např. o osteoartrózu, osteoporózu, bolesti zad, syndrom bolestivého ramene a revmatoidní artritidu. Tato onemocnění omezují člověka v plnohodnotném sociálně ekonomickém životě.

### **3 Metodika**

#### **3.1 Metodický postup**

Pro sběr dat k bakalářské práci byla využita forma dotazníku. Byla použita kvantitativní metoda anonymního dotazování. Dotazníky byly určeny pro muže a ženy ve věku 50 až 70 let v regionu České Lípy. Měl 15 otázek, z toho 2 otázky byly identifikační, tj. zjišťovaly věk a pohlaví, ostatní již byly zaměřeny na potvrzení stanovené hypotézy. Dotazník v plném znění je uveden v příloze 1.

Výsledky výzkumu jsou vyjádřeny v tabulkách a v grafech, kde jsou hodnoty znázorněny v procentech.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Pro výběr zkoumaného vzorku populace byla použita výběrová technika účelového výběru, kde hlavní kritéria pro výběr byly věková kategorie 50 až 70 let, nezaměstnanost a předpokládaná onemocnění pohybového aparátu.

Pro rozdání dotazníků byla využita dosavadní praxe v oboru fyzioterapie v oblastních nemocnicích v České Lípě a ve Stáži pod Ralskem, kde byl výskyt požadovaného souboru zřejmý a dále pak praxe během studia na ZSF JCU, která se týkala sociálně právní problematiky na Úřadu práce Česká Lípa. Všechny tyto praxe byly velkým přínosem a zdrojem informací ke zkoumání této problematiky.

Dotazníky byly rozdány pacientům ve věku 50 až 70 let na ambulantní fyzioterapii nemocnice v České Lípě a pacientů fyzioterapie na Poliklinice ve Stráži pod Ralskem, část dotazníků na ÚP Česká Lípa uchazečům o zaměstnání, kteří spadali do zkoumané věkové kategorie. Poslední skupina dotazovaných byla oslovena náhodně v městě Mimoň, Stráž pod Ralskem a Česká Lípa.

Dotazníkové šetření probíhalo od listopadu 2006 do ledna 2007 a rozdalo se 120 dotazníků.

## 4 Výsledky

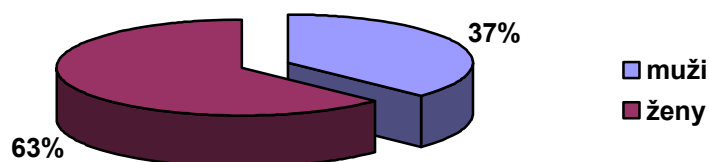
### 4.1 Vyhodnocení dotazníku

K dotazníkovému šetření bylo použito 120 dotazníků. Konečný počet vrácených a správně vyplněných dotazníků je 75. 40 dotazníků bylo vyřazeno z důvodu chybného či neúplného vyplnění. Z vyřazených dotazníků se 13 vrátilo zcela nevyplněných a 27 dotazníků bylo chybně vyplněno. Ve špatně vyplněných dotaznicích nebyl uveden věk nebo byla udána jiná věková kategorie než byla požadována a nebo na některých dotaznicích bylo uvedeno jiné onemocnění než onemocnění pohybového aparátu. 5 dotazníků se nevrátilo. Návratnost dotazníků je 62,5 %.

Otázka 1 a 16 jsou otázky identifikační a hodnotí pohlaví a věk respondentů. Otázky 2 až 14 se zaměřují na potvrzení hypotézy. Zjištěné hodnoty jsou uvedené v tabulkách či grafech. Hodnoty v procentech a jsou zaokrouhleny na celá čísla a vyjádřeny v grafech. Pořadí zpracování a vyhodnocování otázek se neshoduje s pořadím otázek v dotazníku. Pořadí vyhodnocených otázek bylo ovlivněno tématickou souvislostí a návazností otázek.

Otázka 1 „**Pohlaví**“ zjišťuje, kolik bylo z celkového počtu respondentů mužů a kolik žen. Muži tvořili 37,3 % s počtem 28 a ženy 62,7 % s počtem 47.

Graf 1: Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

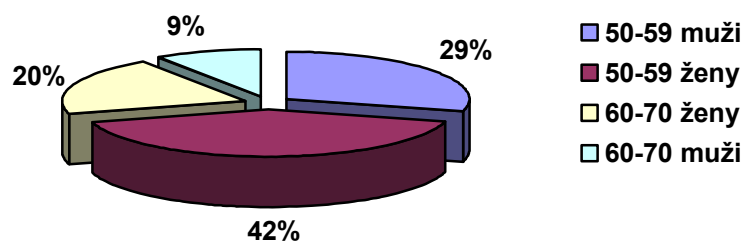
### Otázka 16 „Kolik je Vám let“.

Většina dotazovaných s počtem 53 byla ve věku 50 – 59 let. Menší část s počtem 22 byla ve věku 60-70 let. První věková skupina od 50 do 59 let tvoří 70,7 % a druhá skupina od 60 do 70 let tvoří 29,3 %. Nejmladší respondenti byli ve věku 50 let s počtem 7 a nejstarší ve věku 70 let, jeden muž.

Tabulka 1: Věkové zastoupení respondentů

Pohlaví	50 – 59 let	60 – 70 let
Muži	22	7
Ženy	31	15
Celkem	53	22

Graf 2: Věk



Zdroj: vlastní výzkum

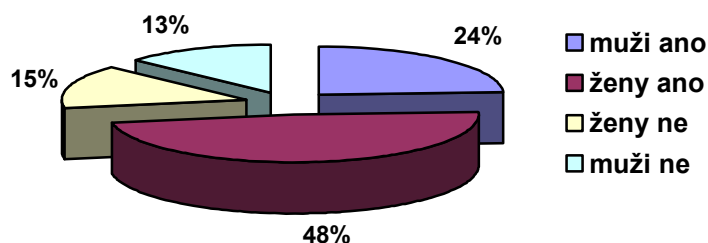
## Otázka 2 „Trpíte onemocněním pohybového aparátu?“

Z celkového počtu respondentů 75 odpovědělo 54 ano a 21 ne. V procentech jsou výsledky následující: ano odpovědělo 72 % a ne 28 %. Zastoupení výskytu onemocnění u žen a u mužů je znázorněno v tabulce 2. Druhá polovina otázky určující jakým onemocněním respondenti trpí při zaškrtnutí ano je znázorněno v tabulce 3. Respondenti také zaškrtovali i více onemocnění než jedno a tento jev je rozepsán v tabulce 4. Nejčastější kombinace byly artróza, bolesti zad a osteoporóza. 6 respondentů uvedlo také úrazy kloubů nebo zlomeniny.

Tabulka 2: Počet mužů a žen, u kterých se vyskytuje onemocnění pohybového aparátu a u kterých ne

Výskyt	50 – 59 let		60 – 70 let		Celkem
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	
Ano	14	23	4	13	54
Ne	8	8	2	3	21

Graf 3: Výskyt onemocnění pohybového aparátu, dělení na muže a ženy



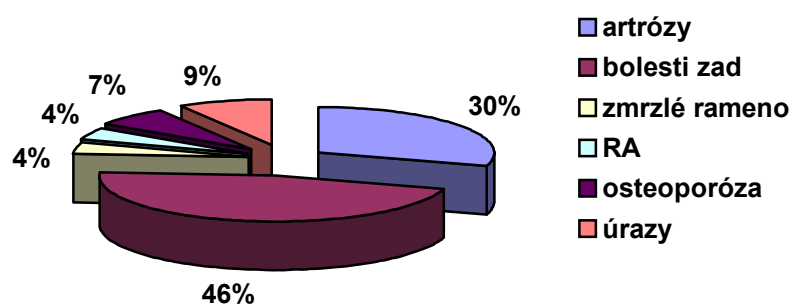
Zdroj: vlastní výzkum



Tabulka 3: Druhy onemocnění pohybového aparátu, které se u respondentů vyskytují

Onemocnění	50 – 59 let		60 – 70 let		Celkem nemocí
	Muži (14)	Ženy (23)	Muži (4)	Ženy (13)	
Artróza	8	2	3	8	21
Bolesti zad	8	16	3	6	33
Zmrzlé rameno	0	2	0	1	3
Revmatoidní artritida (RA)	0	1	0	2	3
Osteoporóza	0	2	0	3	5
Zlomeniny	3	2	0	1	6
Celkem	19	25	6	21	71

Graf 4: Vyskytující se druhy onemocnění pohybového aparátu

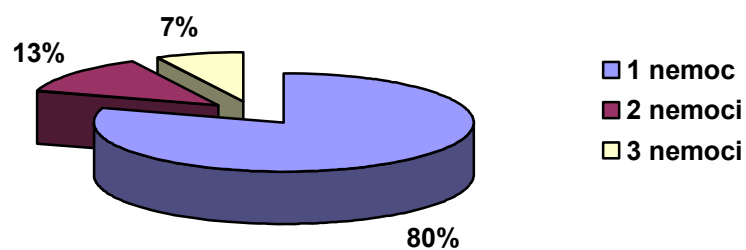


Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 4: Počet nemocí pohybového aparátu u jednoho respondenta

Počet nemocí	50 – 59 let		60 – 70 let		Celkem
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	
1 nemoc	10	23	3	7	43
2 nemoci	3	0	1	3	7
3 nemoci	1	0	0	3	4

Graf 5: Počet nemocí pohybového aparátu u jednoho respondenta



Zdroj: vlastní výzkum

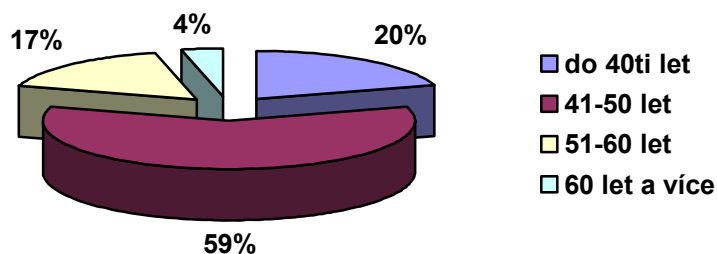
Otázka 3 „ Kdy onemocnění začalo? Když Vám bylo méně než 40, méně než 50, méně než 60 nebo až po 60 letech?“

Výsledky prvních projevů onemocnění pohybového aparátu u zkoumaného souboru byly rozdílné, přesto převážná část respondentů uvedla věkovou hranici 41 – 50 let (32 osob, 59 %). Začátky projevu onemocnění vůči věku jsou podrobně znázorněny v tabulce 5 a v procentech v Grafu 6.

Tabulka 5: Výskyt prvních projevů onemocnění pohybového aparátu podle věku

Věkové období	Muži	Ženy	Celkem
Méně než 40 let	3	8	11
41 – 50 let	11	21	32
51 – 60 let	3	6	9
60 let a více	1	1	2

Graf 6: Věkové období prvních projevů nemoci



Zdroj: vlastní výzkum

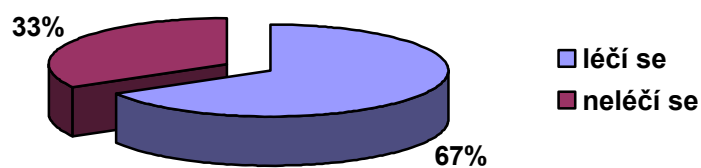
#### Otázka 4 „Léčíte se nyní s tímto onemocněním?“

36 respondentů odpovědělo ano léčí a neléčí se 18. Podrobně jsou odpovědi zpracovány v tabulce 6 a v procentech v grafu 7.

Tabulka 6: Léčba onemocnění ano/ne s rozdělením na pohlaví

	Muži	Ženy	Celkem
Ano, léčí se	13	23	36
Ne, neléčí se	5	13	18

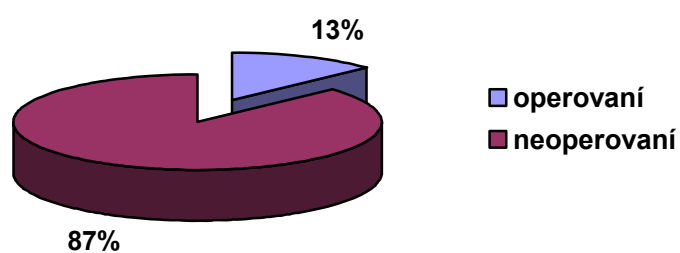
Graf 7: Léčené / neléčené onemocnění



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku 5 „**Podrobil/la jste se operaci?**“ odpovědělo většina respondentů „ne“. Z počtu 54 respondentů, kteří mají onemocnění pohybového aparátu, 7 podstoupilo operaci a 47 nepodstoupilo. Operaci podstoupily 3 ženy ze 31 žen a 4 muži ze 17 mužů.

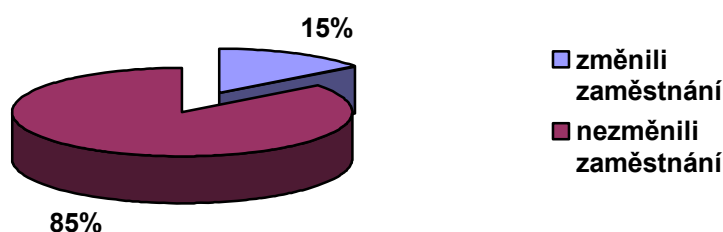
Graf 8: Počet operovaných respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 6 „Změnila jste zaměstnání kvůli tomuto onemocnění?“ byla zodpovězena tak, že většina respondentů nezměnila zaměstnání kvůli onemocnění. Z celkového počtu respondentů s onemocněním pohybového aparátu (54) 7 změnilo zaměstnání a 47 nezměnilo. Ze 7 to byly 4 ženy, které byly po úrazu, nebo trpěli vertebrogenním onemocněním a 3 muži, kteří změnilo zaměstnání, měli artrózu nebo byli po úrazu.

Graf 9: Změna zaměstnání při onemocnění pohybového aparátu



Zdroj: vlastní výzkum

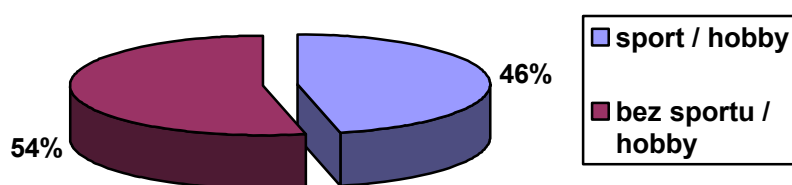
Další otázka 7 „Prošla/prošel jste rekvalifikací, aby jste našel/la jiné zaměstnání?“ se zaměřila na ty respondenty, kteří museli kvůli onemocnění pohybového aparátu změnit zaměstnání, aby zjistila zda respondenti museli projít rekvalifikací pro nalezení práce. Ze 7 respondentů, kteří zaměstnání změnili, ani jeden nepodstoupil rekvalifikaci pro získání pracovního místa.

Na otázku 8 „Sportoval/la jste před onemocněním pohybového aparátu a nebo jste měl/la nějaké koníčky?“ respondenti odpověděli téměř vyrovnaně (více uvedeno v tabulce 7), nicméně stále větší polovina spíše nesportovala před a ani po vzniku onemocnění (viz otázka 13, následující).

Tabulka 7: Respondenti, kteří sportovali nebo měli koníčka před onemocněním pohybového aparátu

Věk	Pohlaví	Sportovali	Nesportovali	Celkem
50 – 59 let	Muži	8	6	14
	Ženy	13	10	23
60 – 70 let	Muži	1	3	4
	Ženy	3	10	13
Celkem		25	29	54

Graf 10: Respondenti, kteří sportovali nebo měli koníčka před onemocněním pohybového aparátu



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 13 tématicky úzce souvisí s otázkou 7 „**Máte nyní nějaké koníčky nebo sportujete?**“ Odpovědi respondentů se velmi podobají otázce 7, pouze jedna žena začala sportovat nebo se věnovat koníčkům až po vzniku onemocnění pohybového aparátu a jedna žena se přestala věnovat koníčkům či sportu po projevu onemocnění.

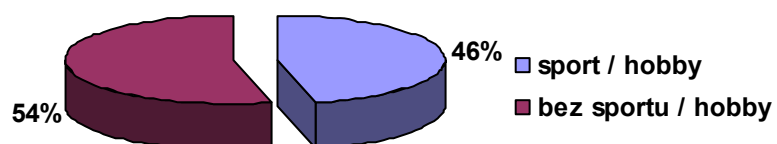
Na tuto otázku také odpovídali respondenti, kteří jsou zdraví (21), nemají onemocnění pohybového aparátu a z nich 14 respondentů pěstuje koníčka či sport (5 žen a 9 mužů) a 7 respondentů (6 žen, 1 muž) sport či koníčka nepěstují.

Tabulka 8: Všichni respondenti, kteří mají/nemají koníčky či stále sportují/nеспortují

Věk	Pohlaví	Sport/hobby	Ne sport/hobby	Celkem
50 – 59 let	Muži	8	6	14
	Ženy	12	11	23
	Muži zdraví	8	0	8
	Ženy zdravé	4	4	8
60 – 70 let	Muži	1	3	4
	Ženy	4	9	13
	Muži zdraví	1	1	2
	Ženy zdravé	1	2	3
Celkem		39	36	75

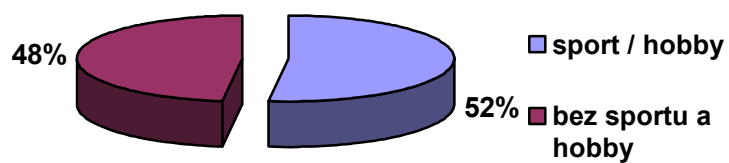


Graf 11: Respondenti s onemocněním pohybového aparátu, kteří mají/nemají koníčky či stále sportují/nesportují



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12: Muži a ženy, kteří pěstují sport bez ohledu na onemocnění pohybového aparátu



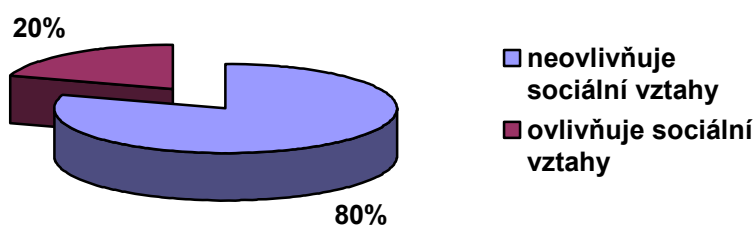
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku 9 „Dle Vašeho úsudku, má toto onemocnění vliv na Vaše sociální postavení a vztahy?“ (Např. v práci, mezi přáteli, sousedy) většina respondentů odpověděla, že onemocnění neovlivňuje jejich sociální postavení. U 43 respondentů (80 %) onemocnění nezasahuje do sociálního postavení a u 11 respondentů (20 %) zasahuje.

Tabulka 9: Vliv onemocnění pohybového aparátu na sociální vztahy respondenta

Věk	Pohlaví	Neovlivňuje	Ovlivňuje	Celkem
50 – 59 let	Muži	12	2	14
	Ženy	20	3	23
60 – 70 let	Muži	2	2	4
	Ženy	9	4	13
Celkem		43	11	54

Graf 13: Vliv onemocnění pohybového aparátu na sociální vztahy respondentů



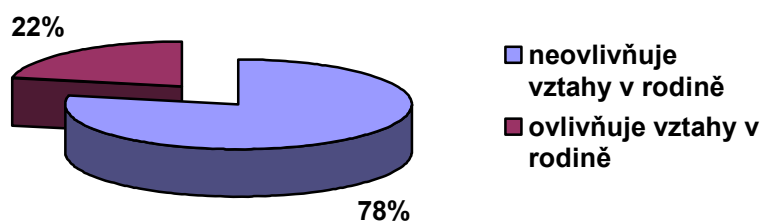
Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 10 „Dle Vašeho úsudku, má toto onemocnění vliv na vztahy v rodině?“ také zjišťuje, že u většiny respondentů s počtem 42 (78 %) onemocnění pohybového aparátu nenarušuje vztahy v rodině. U 12 respondentů (22 %) onemocnění vztahy v rodině narušuje.

Tabulka 10: Vliv onemocnění pohybového aparátu na vztahy v rodině

Věk	Pohlaví	Neovlivňuje	Ovlivňuje	Celkem
50 – 59 let	Muži	10	4	14
	Ženy	19	4	23
60 – 70 let	Muži	3	1	4
	Ženy	10	3	13
Celkem		42	12	54

Graf 14: Vliv onemocnění pohybového aparátu na vztahy v rodině



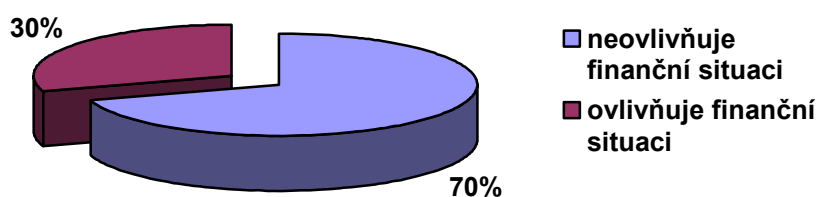
Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 11 zjišťuje finanční zatížení respondenta s onemocněním pohybového aparátu „Dle Vašeho úsudku, zatěžuje toto onemocnění Vaši finanční situaci?“ (Např. doplatky za léky, výdaje u lékaře, nižší výdělky.) Z celkového počtu respondentů s onemocněním pohybového aparátu u 16 respondentů onemocnění zatěžuje jejich finanční situaci (30 %) a u 38 respondentů onemocnění nezatěžuje jejich finanční situaci (70 %).

Tabulka 11: Vliv onemocnění pohybového aparátu na finanční situaci respondenta

Věk	Pohlaví	Neovlivňuje	Ovlivňuje	Celkem
50 – 59 let	Muži	12	2	14
	Ženy	19	4	23
60 – 70 let	Muži	2	2	4
	Ženy	5	8	13
Celkem		38	16	54

Graf 15: Ovlivnění finanční situace respondenta onemocněním pohybového aparátu



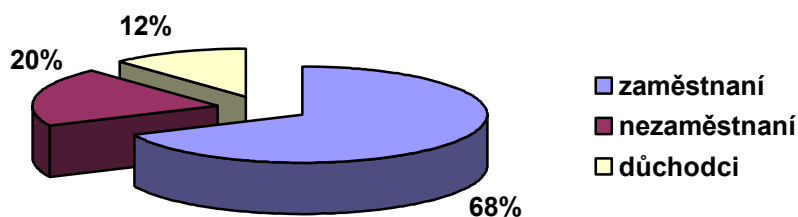
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku 12 „**Máte zaměstnání?**“ odpovídalo všech 75 respondentů. Z celkového počtu respondentů zaměstnání vykonává 51 respondentů, nepracuje 15 respondentů a 9 je již v důchodu. Podrobnější údaje jsou v tabulce 12.

Tabulka 12: Zaměstnanost všech respondentů

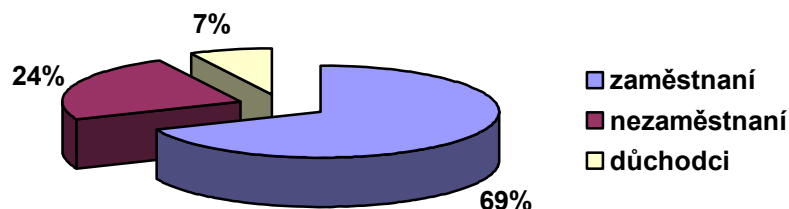
Věk	Pohlaví		Pracují	Nepracují	Důchodce	Celkem
50 – 59 let	Muži	Nemocní	12	2	0	14
		Zdraví	5	1	2	8
	Ženy	Nemocné	19	4	0	23
		Zdravé	8	0	0	8
60 – 70 let	Muži	Nemocní	2	1	1	4
		Zdraví	0	1	1	2
	Ženy	Nemocné	4	6	3	13
		Zdravé	1	0	2	3
Celkem			51	15	9	75

Graf 16a: Zaměstnanost celé skupiny respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 16b: Zaměstnanost respondentů s onemocněním pohybového aparátu



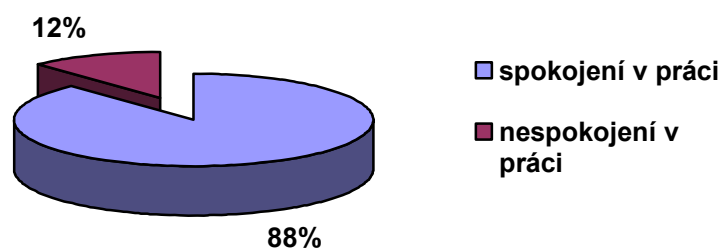
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku 14 „**Máte uspokojení z práce?**“ byli tázáni všichni respondenti, ale ne všichni odpověděli. Odpovědělo pouze 68 respondentů a 7 respondentů neodpovědělo, tito respondenti byli v důchodu a nebo nepracující, pouze 1 byl pracující.

Tabulka 13: Vyhodnocení výsledků, zda respondenti mají uspokojení z práce či ne.

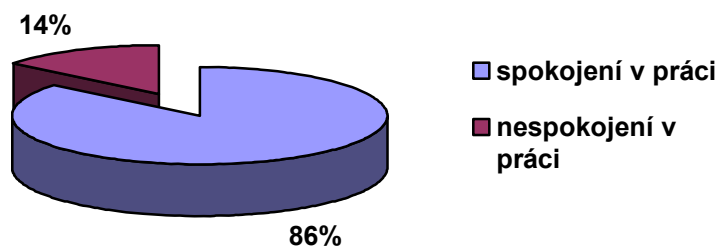
Věk	Pohlaví		Ano, mají	Ne, nemají	Celkem
50 – 59 let	Muži	nemocní	11	3	14
		zdraví	7	1	8
	Ženy	nemocné	19	2	21
		zdravé	8	0	8
60 – 70 let	Muži	nemocní	3	1	4
		zdraví	1	0	1
	Ženy	nemocné	9	1	10
		zdravé	2	0	2
Celkem			60	8	68

Graf 17a: Vyhodnocení spokojenosti a nespokojenosti všech respondentů v zaměstnání



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 17b: Vyhodnocení spokojenosti a nespokojenosti respondentů s onemocněním pohybového aparátu v zaměstnání



Zdroj: vlastní výzkum

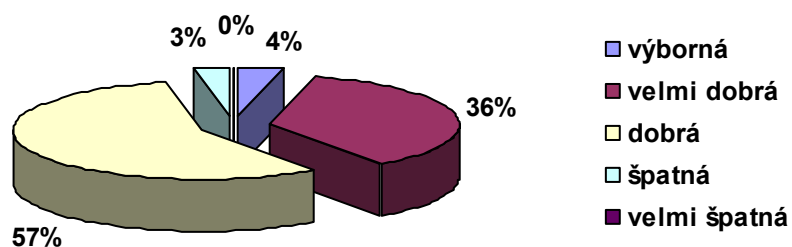
Na otázku 15 „**Jak by jste zhodnotil/la Vaši kvalitu života?**“ odpovědělo 74 respondentů. Jeden respondent (v důchodu, 67 let) neodpověděl. Subjektivní hodnocení kvality života respondentů bez i s ohledem přítomnosti onemocnění pohybového aparátu je podrobně uvedeno v tabulce 14 a v grafu 18a a 18b.

Tabulka 14: Subjektivní hodnocení kvality života respondentů

Věk	Pohlaví	Výborně	Velmi dobře	Dobře	Špatně	Velmi špatně	Celkem
50 – 59 let	Muži nemocní	-	5	9	-	-	14
	Muži zdravý	1	5	2	-	-	8
	Ženy nemocné	1	7	15	-	-	23
	Ženy zdravé	-	6	2	-	-	8
60 – 70 let	Muži nemocní	1	1	1	1	-	4
	Muži zdravý	-	1	1	-	-	2
	Ženy nemocné	-	1	10	1	-	12
	Ženy zdravé	-	1	2	-	-	3
Celkem		3	27	42	2	0	74

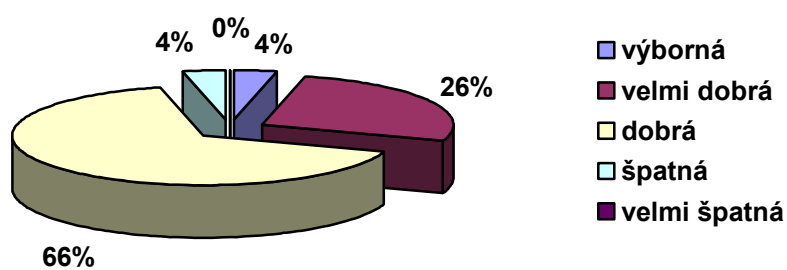


Graf 18a: Subjektivní hodnocení kvality života respondentů ve věku 50 – 70 let



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 18b: Subjektivní hodnocení kvality života osob s onemocněním pohybového aparátu



Zdroj: vlastní výzkum

## 5 Diskuse

Cílem této práce bylo především zmapovat výskyt onemocnění pohybového aparátu u lidí věkové kategorie 50 až 70 let v regionu Česká Lípa a jeho sociálně ekonomický dopad.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 120 osob, ale návratnost dotazníků byla 62,5 %, tedy finálně se sledovaný soubor skládal ze 75 osob ve věku 50 – 70 let. Muži tvořili 37,3 % s počtem 28 a ženy 62,7 % s počtem 47.

Věkové zastoupení bylo zhodnoceno ve dvou věkových skupinách a to 50 – 59 let a 60 – 70 let. Věková skupina s hranicí 50 – 59 let byla výrazně početnější než skupina druhá, skládala se z 53 osob (70,7 %), muži zde byli zastoupeni v počtu 22 (41,5 %) a žen bylo 31 (58,5 %). Ve starší věkové skupině 60 – 70 let odpovědělo 22 osob (29,3 %), kde mužů bylo 7 (31,8 %) a žen 15 (68,2 %). Procentuální zastoupení věkových skupin lze porovnat se statistickou ročenkou Libereckého kraje k 31. 12. 2005. Počet obyvatel věkové skupiny 50 – 59 let byl 68 544 (64,4 %) a ve věkové skupině 60 – 70 let žilo v té době 37 839 obyvatel (35,6 %).

Převážná většina hodnoceného souboru má nějaké onemocnění pohybového aparátu. Z celkového počtu 75 osob má 54 osob (72 %) onemocnění či potíže pohybového aparátu a 21 je zdravo (28 %). Věková skupina 50 – 59 let měla výskyt onemocnění v 69,8 % a skupina 60 – 70 let v 77,3 %. Tato zjištění se shodují s MUDr. Zavázalovou, která píše ve svém díle o 90% výskytu alespoň jednoho chronického onemocnění u lidí nad 60 let. Kardiovaskulární onemocnění má 76,7 % osob a pohybová onemocnění 41,8 % osob. Dále výzkum potvrdil, že se výskyt onemocnění s věkem zvyšuje. U zhodnocování výskytu onemocnění pohybového aparátu bylo také třeba zmínit počet onemocnění pohybového aparátu u jedné osoby. U většiny osob (43 osob, tj. 80 %) ze skupiny osob s výskytem onemocnění (54) byl výskyt pouze jednoho onemocnění pohybového aparátu, u 7 osob (13 %) byly zřejmé dvě onemocnění a u 4 osob (7 %) 3 onemocnění.

Nejčastějším druhem onemocnění pohybového aparátu u zkoumaných osob bylo vertebrogenní onemocnění – bolesti zad, které se vyskytlo u 33 osob (46,5 %). Druhé

nejčastější onemocnění je artróza s výskytem u 21 osob (29,6 %), s 8,5 % se na třetím místě umístily zlomeniny (6 osob), které nebyly specifikované druhem ani příčinou vzniku. Další v pořadí je osteoporóza vyskytující se u 5 osob (7 %). Poslední nejméně časté onemocnění jsou revmatoidní arthritida a syndrom zmrzlého ramene, obě onemocnění se vyskytly u 3 osob a jsou zastoupeny ve 4 %. Výsledky potvrdily údaje prezentované v dílech MUDr. Závázalové a MUDr. Pfeiffera. Ti zmiňují jako nejčastější onemocnění pohybového aparátu dorzopatii a dále pak osteoartrózu.

První projevy onemocnění pohybového aparátu u zkoumaného souboru byly rozdílné. Výzkum potvrdil, že nejčastějším obdobím prvního projevu onemocnění pohybového aparátu je věk 41 – 50 let. Toto období také uvádí několik autorů (Vágnerová, Říčan) jako mezník v životě, ve kterém dochází k prvním větším projevům různých onemocnění, ale přímo neohrožují život. Toto období uvedlo 32 osob (59 %), jako druhé nejčastější období a to věk do 40 let, uvedlo 11 osob (20 %), další v pořadí bylo období 51 – 60 let se 7 osobami (17 %) a poslední období nad 60 let věku uvedly 2 osoby (4 %).

Léčení onemocnění pohybového aparátu, z celkového počtu 54 zkoumaných osob s onemocněním, podstupuje 36 osob (67 %), neléčí se 18 osob (33 %). Operaci se podrobilo 7 osob (13 %). Z výsledků je patrné, že většina dotazovaných osob s onemocněním se léčí, stará o své zdraví, snaží se o jeho zlepšení, aby mohli déle pokračovat v plnohodnotném životě.

Otázka, která zjišťovala, zda osoby s onemocněním pohybového aparátu změnili z důvodu tohoto onemocnění zaměstnání, prokázala, že zaměstnání změnilo pouze 7 osob (15 %). Výsledky se shodují s tvrzením PhDr. Křivohlavého, že aby člověk mohl plnit úkoly, které si předsevzal, vyniknout, naplnit své představy, ideje, musí být zdravý. Generace 50 plus o své zdraví pečuje stále víc, jak také uvádí MUDr. Vurm ve svých pracích a přednáškách. Kdyby se o své zdraví nestarali, nemohli by pokračovat ve své práci a činnostech, které umí, které je baví a které jsou smyslem lidského bytí. Kdyby jim zdraví či nemoc neumožnilo pracovat, upadli by do pasivity, nemocnost by se prohloubila a byli by později vyloučeni ze společnosti. Tato situace by také měla sociálně zdravotní důsledky pro společnost, byla by vyšší nemocnost starších lidí,

zvýšila by se potřeba a spotřeba zdravotní a sociální péče, jak uvádí v pracích MUDr. Zavázalová.

Další otázka týkající se rekvalifikace se snažila zjistit, zda generace 50 plus využívá možnosti nabídky rekvalifikací při Úřadech práce při ztrátě zaměstnání. Výzkum potvrdil, že ani jeden respondent neabsolvoval rekvalifikaci. Při zjišťování informací o tom jaké druhy rekvalifikací jsou dostupné na ÚP Česká Lípa, bylo patrné, že obory jsou téměř nevyhovující pro osoby s pohybovým onemocněním. Většinou se jedná o rekvalifikaci v oboru eurosekretářka, kosmetička, zámečnick, masér, tady jsou to profese, které zatěžují nosný aparát dlouhodobým stojem se zátěží či dlouhodobým sedem. Ani jedna pozice není vhodná pro vertebrogenní onemocnění a artrózy, které jsou nejčastější. Po ukončení dotazníkového šetření se ke mně ještě dostala informace od jednoho respondenta (žena 51 let), která sice neměla onemocnění pohybového aparátu, ale přišla o pracovní místo při snižování stavů nejmenovaného finančního institutu. Nyní je registrovaná od ledna 2007 na ÚP Česká Lípa a účastní se rekvalifikace Eurosekretářka. Respondent tuto rekvalifikaci hodnotí pozitivně vzhledem k dalšímu vzdělávání ve svém oboru. Během rekvalifikace si zvyšuje odbornost s novými programy na počítači a učí se anglickému jazyku. Je to práce, kterou dělala a chce dělat dál.

V dotazníku byly uvedeny dvě otázky, které se zabývaly trávením volného času, Zjišťovaly, zda respondenti tráví svůj volný čas nějakým rekreačním sportem nebo jinou zájmovou činností. První otázka se ptala respondentů s onemocněním pohybového aparátu, zda pěstovali nějaký sport nebo zájmovou činnost před vznikem onemocnění. 25 respondentů (46 %) sportovalo nebo mělo jiné hobby před vznikem onemocnění a 29 respondentů (54 %) nesportovalo ani neměli jinou zájmovou činnost. Druhá otázka zjišťovala, jak jsou na tom respondenti s trávením volného času nyní. Výsledek se nezměnil: 46 % osob sportuje a 54 % nesportuje. Při konkrétním hodnocení trávení volného času u osob s onemocněním se stalo následující: pouze jedna žena začala sportovat nebo se věnovat koníčkům až po vzniku onemocnění pohybového aparátu a jedna žena se přestala věnovat koníčkům či sportu. Tento jev mohl být ovlivněn spoustou faktorů (jiné nemoci, více nebo méně volného času, domácí práce, vnoučata.)

Ráda bych se pozastavila nad rozdílností trávení volného času dvou věkových skupin. U skupiny 50 – 59 let se větší počet, tj. 60,4 % mužů i žen věnuje sportu a svým koníčkům, ale ve věku 60 – 70 let se tento jev mění a většina mužů i žen od sportu i koníčků ustupuje, sportuje či má hobby pouze 31,8 %. Tento fakt může být ovlivněn rozdílnou fyzickou kondicí, která s rostoucím věkem klesá, nemoci naopak přibývají. Člověk do 55 let v dnešní době ještě nemusí mít vnoučata, protože průměrný věk rodiček (děti generace 50 plus) se dnes začíná blížit spíše ke 30 letům věku. Z toho vyplývá, že padesátník má své děti dospělé a veškerý volný čas má pro sebe. V šedesáti už většina lidí má vnoučata a snaží se opět pomoci svým dětem a ulehčit jim dnešní starosti.

Dotazník obsahoval také otázky, které se zabývaly vlivem onemocnění pohybového aparátu na sociální vztahy, na vztahy v rodině a na finanční situaci jedince. Podle výzkumu a odpovědí 54 respondentů sociální vztahy onemocnění pohybového aparátu ovlivňuje u 20 % (11 osob), vztahy v rodině u 22 % (12 osob) a finanční situaci u 30 % (16 osob). Tyto výsledky prokazují, že onemocnění pohybového aparátu má negativní vliv více na finanční situaci a to téměř u jedné třetiny dotazovaných osob než na sociální vztahy a vztahy v rodině, které jsou ovlivněné u pětiny osob.

Zaměstnanost sledované skupiny s celkovým počtem 75 osob, tedy bez rozdílu zda mají onemocnění pohybového aparátu nebo ne je 68 % (tj. pracuje 51 osob). 20 % nepracuje (15 osob) a 12 % (9 osob) je již v důchodu. Zaměstnanost specifikované skupiny respondentů, s počtem 54, kteří mají onemocnění pohybového aparátu je 68,5 % (37 osob). Nepracuje 24,1 % (13 osob) a v důchodu je 7,4 % (4 osoby). Lze shrnout, že onemocnění pohybového aparátu jen velmi lehce ovlivňuje zaměstnanost této skupiny. Více je ovlivněná zaměstnanost věkem, kdy ve věku 50 – 59 let bylo zaměstnáno až 86,3 % osob, zatímco osob starších 60-ti let bylo zaměstnáno pouze 46,7 %.

Uspokojení z práce má ve věkovém období 50 – 70 let 88,2 % osob bez rozdílu přítomnosti onemocnění pohybového aparátu. Zkoumání skupiny osob s onemocněním pohybového aparátu a jejich uspokojení z práce ukázalo, že 85,7 % je spokojeno se svou prací. Spokojenost s prací se snížila vlivem onemocnění jen o 2,5 %.

Subjektivní hodnocení kvality života zkoumané skupiny 74 osob bez zohlednění přítomnosti onemocnění pohybového aparátu vyšla jako průměrná. Dobře (tj. průměrně) hodnotí kvalitu života 56,8 % osob, velmi dobře 36,4 %, výborně 4,1 % a špatně 2,7 %. Možnosti velmi špatné kvality života nikdo nevyužil. Ráda bych podotkla, že osoby s onemocněním pohybového aparátu, hodnotili svou kvalitu života častěji jakou dobrou než osoby bez onemocnění. Ty hodnotily kvalitu života převážně jako velmi dobrou. Také skupina osob ve věkovém rozhraní 50 - 59 let bez zohlednění onemocnění hodnotila kvalitu života více jako velmi dobrou a skupina osob ve věkovém rozmezí 60 – 70 let spíše jakou dobrou. Výsledek výzkumu mi umožňuje říct, že kvalitu života generace 50 plus ovlivňuje jak onemocnění pohybového aparátu, tak i přibývajícím věkem.

Hypotéza, která říká, že onemocnění pohybového aparátu u lidí starších 50 let negativně ovlivňuje sociální a ekonomické postavení této skupiny, byla potvrzena.

Šetření potvrdilo, že jednu pětinu zkoumané skupiny věkového rozmezí 50 – 70 let ovlivňuje onemocnění pohybového aparátu jak v sociální interakci tak i v rodinných vztazích. Dále šetření potvrdilo dopad na ekonomickou situaci u jedné třetiny osob s onemocněním, kde hlavním negativním faktorem bylo zvýšení výdajů na léčbu.

## 6 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat výskyt onemocnění pohybového aparátu u lidí věkové kategorie 50 až 70 let v regionu Česká Lípa a jeho sociálně ekonomický dopad. Nejčastějšími onemocněními pohybového aparátu byly osteoartróza, bolesti zad, osteoporóza, syndrom bolestivého ramene, revmatoidní artritida.

Práce se zabývala dopady těchto onemocnění na sociální a ekonomický život zmíněné věkové kategorie, zjišťovala, zda onemocnění člověka ovlivňuje v plnohodnotném vykonávání jeho zaměstnání a následně také snižuje jeho finanční příjem z důvodu absence v zaměstnání a výdajů za léčbu. Dále zjišťovala, zda onemocnění člověka omezuje v uspokojivém společenském životě a jestli jsou jeho záliby a hobby limitované. Byl zkoumán i dopad zdravotního stavu na soužití v rodině, kde sociální izolace ovlivňuje nejen člověka s onemocněním, ale především také jeho partnera.

Částí práce byl také výzkum subjektivního hodnocení kvality života lidí s onemocněním pohybového aparátu u padesátníků.

Dané cíle byly splněny a na podkladě provedeného výzkumu mohu konstatovat, že došlo k potvrzení hypotézy. Hypotéza předpokládala, že onemocnění pohybového aparátu u lidí starších 50 let negativně ovlivňuje sociální a ekonomické postavení této skupiny.

Pohybové onemocnění se vyskytlo u 72 % zkoumaných osob. U jedné pětiny osob věkové kategorie 50 – 70 let s onemocněním pohybového aparátu dochází tímto onemocněním k ovlivnění sociálních vztahů a vztahů rodinných. Onemocnění ovlivňuje jednu třetinu padesátníků po stránce finanční (ekonomické) z důvodu výdajů na léčbu. Již méně se prokázal vliv onemocnění na nezaměstnanost. Na nezaměstnanost má větší vliv dosažený věk. U starší zkoumané věkové kategorie, tedy kategorie osob ve věku 60 - 70 let, pozorujeme výrazně vyšší počet nezaměstnaných. Tito lidé také pocítují menší uspokojení z práce aniž by tento stav ovlivňovalo onemocněním pohybového aparátu. Kvalita života u zkoumaných osob, hodnocená subjektivně respondenty, je také

negativně ovlivněna nejen onemocněním pohybového aparátu, ale i zvyšujícím se věkem.

Problematika vyplývající z tohoto výzkumu kterou je nutné řešit, se týká vylepšení sociálních vztahů, integrace zkoumané skupiny včetně podpory její zaměstnanosti, díky které se současně vyrovná finanční deficit, který zkoumaná skupina má.

Jeden z návrhů na její řešení se zabývá zvýšením přípravy na období starší dospělosti (50 – 70 let), a to ať společnosti tak i osob, které se k této věkové hranici blíží.

Společnost by měla být více otevřená ke zmíněné věkové skupině a využívat její dlouholeté zkušenosti a odbornosti. Společnost by si měla uvědomit, že mládí už brzy přestane být prestiží a nebude ve většině, ale bude muset přijmout mezi sebe padesátníky a šedesátníky, aby si udržela svou existenci. Studenti ve školách a dospělí na školeních by měli být informováni, že obyvatelstvo stárne a svou funkci a místo ve společnosti, v každé profesi a oboru by měli mít všechny věkové kategorie. Tyto věkové kategorie by se měli navzájem respektovat a předávat si zkušenosti a tím vylepšovat schopnosti celého týmu, který tvoří.

Člověk, který se nezadržitelně blíží k hranici padesát let je stále plný sil a ideálů o životě. Existenci má zajištěnou, finanční situace ho netíží, většinou má dobrou práci a z ní uspokojení, má koníčky, stále dostatek fyzických a duševních sil. U většiny šedesátníků však tento trend začíná vyprchávat a kvalita života se snižuje. Možná je to stále ovlivněno trendem 20 století, kdy se do důchodu odcházelo kolem věku šedesáti let. Dnešní společnost a nové důchodové reformy to však neumožňují a odchod do důchodu se oddaluje každým rokem. Z propočtů vyplývá, že dnešní třicátník (ročníky 1973- 1975, které jsou silné) má nárok na důchod nejdříve v 65 letech. Je tedy zřejmé že za dvacet let tu bude silná generace padesátníků, která bude velkou a důležitou součástí pracovního trhu. Padesátník by měl mít možnost stálého vzdělávání ve svém oboru, aby se jeho uspokojení z práce naplňovalo a kvalifikace zvyšovala. Padesátník by také měl mít plnou podporu společnosti, ve chvíli, kdy se rozhodne profesi změnit. Ne všichni chtějí dělat 50 let stejnou práci, bojí se však změny, neboť nic jiného vlastně



neumí a mají tak obavu ze selhání. V tomto případě by mohlo být využito balančních a pracovních diagnostik, které pomůžou zhodnotit zdravotní, fyzický a psychický stav padesátníka a vyhodnotit pro něj nejvhodnější zaměstnání. V některých případech člověk může objevit, že práce, kterou dělal dodnes, je pro něj neuspokojivá a teď našel to pravé zaměstnání.

Svou bakalářskou prací bych ráda také přispěla k osvětě v dané oblasti. Budu potěšena, pokud zveřejnění této práce na internetových stránkách přispěje k rozšíření obzoru či oslovení laické veřejnosti, a to ať už mladé nebo v pokročilém věku, blížící se k padesátce či šedesátce, v problematice, kterou jsem se zabývala. I malé zamyšlení a malé změny se s postupem času projeví jako velké převraty.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X
2. BUCHTOVÁ, B. a kol. *Nezaměstnanost – psychologický, ekonomický a sociální problém*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 240 s. ISBN 80-247-9006-8
3. Český statistický úřad, Liberec. Statistická ročenka Libereckého kraje 2006: Neumístění uchazeči o zaměstnání podle věku a okresů k 31.12.2005.  
(on line) Platný <http://www.czso.cz/xl/edicniplan.nsf/kapitola/13-5101-06-2006-04>, 10. března 2007
4. Český statistický úřad, Liberec. Statistická ročenka Libereckého kraje 2006: Věk populace podle ekonomického postavení.  
(on line) Platný <http://www.czso.cz/xl/edicniplan.nsf/kapitola/13-5101-06-2006-04>, 10. března 2007
5. Český statistický úřad, Liberec. Statistická ročenka Libereckého kraje 2006: Základní demografické údaje podle okresů v roce 2005.  
(on line) Platný <http://www.czso.cz/xl/edicniplan.nsf/kapitola/13-5101-06-2006-03>, 10. března 2007
6. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 1998. 374 s. ISBN 80-7184-141-2
7. DUNGL, P. a kol. *Ortopedie*. Praha: Grada, 2005. 1280 s. ISBN 80-247-0550-8

8. EIS, E., KŘIVÁNEK, F. *Ortopedie a ortopedická protetika*. 3. vydání. Praha: Avicenum, 1986. 288 s.
9. HNÍZDIL, J. a BERÁNKOVÁ, B. *Bolesti zad jako životní realita*. 1. vydání. Praha: Triton, 2000. 167 s. ISBN 80-7254-098-X
10. HRDÁ, J. Přednášky na ZSF JU. *Geriatric a Gerontologie*. České Budějovice, 2005
11. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6
12. JEDLIČKA, V. a kol. *Praktická gerontologie*. Brno: ODVPZ, 1991. 182 s. ISBN 80-7013-109-8
13. KALVACH, Z. a kol. *Úvod do gerontologie a geriatric*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0
14. KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6
15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4
17. MACHOVÁ, A. Problematika osteoporózy – Liga proti osteoporóze. In: *Sborník II. mezinárodní konference problematika - generace 50 plus*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF, 2005. ISBN 80-7040-821-9

18. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 352 s.  
ISBN 80-7367-002-X
19. Městský úřad Česká Lípa. Česká Lípa – Prostor pro Vás.  
(on line) Platný <http://www.mucl.cz/mesto-ceska-lipa/informace-pro-investory/ceska-lipa-prostor-pro-vas.html>, 10.března 2007
20. MUSILOVÁ, P. Městský úřad Česká Lípa. Demografické údaje.  
(on line) Platný <http://www.mucl.cz/mesto-ceska-lipa/informace-pro-investory/demograficke-udaje/demograficke-udaje.html>, 10. března 2007
21. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vydání. Praha: Triton, 2005. 629 s.  
ISBN 80-7254-657-0
22. PETR, P. *Kvalita života v balneologii*. 1. vydání. České Budějovice: Inpress, 2004. 118 s. ISBN 80-903427-1-X
23. PFEIFFER, J. *Bolesti zad ve vyšším věku*. 1. vydání. Praha: Triton, 2000. 70 s.  
ISBN 80-7254-140-4
24. PÍŠKOVÁ, M. Sociálně právní praxe na ZSF JCU. Supervize na Úřadě práce v České Lípě. 2006
25. PRŮŠA, L. Možná opatření ke zvýšení zaměstnanosti věkové skupiny 50 plus.  
In: *Sborník III. mezinárodní konference problematika - generace 50 plus..* České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF, 2006. ISBN 80-7040-903-7

26. RICHARDS, A., EVARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5
27. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1989. 435 s. ISBN 80-7038-078-0
28. SCHIRRMACHER, F. *Spiknutí Metuzalémů*. 1. vydání. Praha: Knižní klub, 2005. 208 s. ISBN 80-242-1496-2
29. SEIDL, Z., DOLEŽAL, T. Bolesti zad – diagnostika a léčba.  
(on line) Platný: <http://www.farmakoterapie.cz/cz/Clanek/55>, 23. února, 2007.
30. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Statistická ročenka Libereckého kraje 2005. (on line) Platný: <http://www.uzis.cz/>. 22. 3. 2007
31. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0
32. VAVERČÁKOVÁ, M. Generácia 50 plus ako riziková skupina nezamestnaných. In: *Sborník III. mezinárodní konference problematika - generace 50 plus..* České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF, 2006. ISBN 80-7040-903-7
33. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Klinická propedeutika*. 5. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, ZSF, 2005. 144 s. ISBN 80-7040-837-5
34. VURM, V. Úvodní slovo. In: *Sborník konference – generace 50 plus v České republice*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF, 2004. ISBN 80-7040-720-4

35. VURM, V. Generace 50 plus ve stárnoucí Evropě. In: *Sborník II. mezinárodní konference problematika - generace 50 plus*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF, 2005. ISBN 80-7040-821-9
36. VURM, V. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. 1. vydání. Praha: Manus, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6
37. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8

## **8 Klíčová slova**

Generace 50 plus

Kvalita života

Nezaměstnanost

Stárnutí obyvatelstva

Zdraví

## **9 Přílohy**

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Graf a tabulka věkové struktury Libereckého kraje



Příloha 1: Dotazník

Vážený pane/ vážená paní,

Jsem studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a v rámci bakalářské práce zpracovávám data ohledně výskytu onemocnění pohybového aparátu v naší společnosti a jeho vliv na sociální a ekonomické podmínky.

Údaje od Vás jsou anonymní a budou využity jen v rámci tohoto výzkumu.

Prosím, příznivou odpověď zakroužkujte.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

Pavla Prylová

**Dotazník pro osoby starší 50 let**

1. Pohlaví:

muž

žena

2. Trpíte onemocněním pohybového aparátu? (onemocnění svalů, kostí a kloubů.)

ano

ne

*Pokud NE, prosím přejděte na otázku číslo 12 a dál,  
pokud ANO, prosím, zaškrtněte následující:*

Artróza

Vertebrogenní onemocnění (onemocnění páteře, svalové dysbalance, bolesti zad...)

Úrazy kloubů, zlomeniny

„Zmrzlé rameno“

Revmatoidní artritida

Osteoporóza

jiná:.....



13. Máte nyní nějaké koníčky a stále sportujete ?

ano

ne

14. Máte osobní uspokojení z práce?

ano

ne

15. Jak by jste zhodnotil/a Vaši kvalitu života?

výborně

velmi dobře

dobře

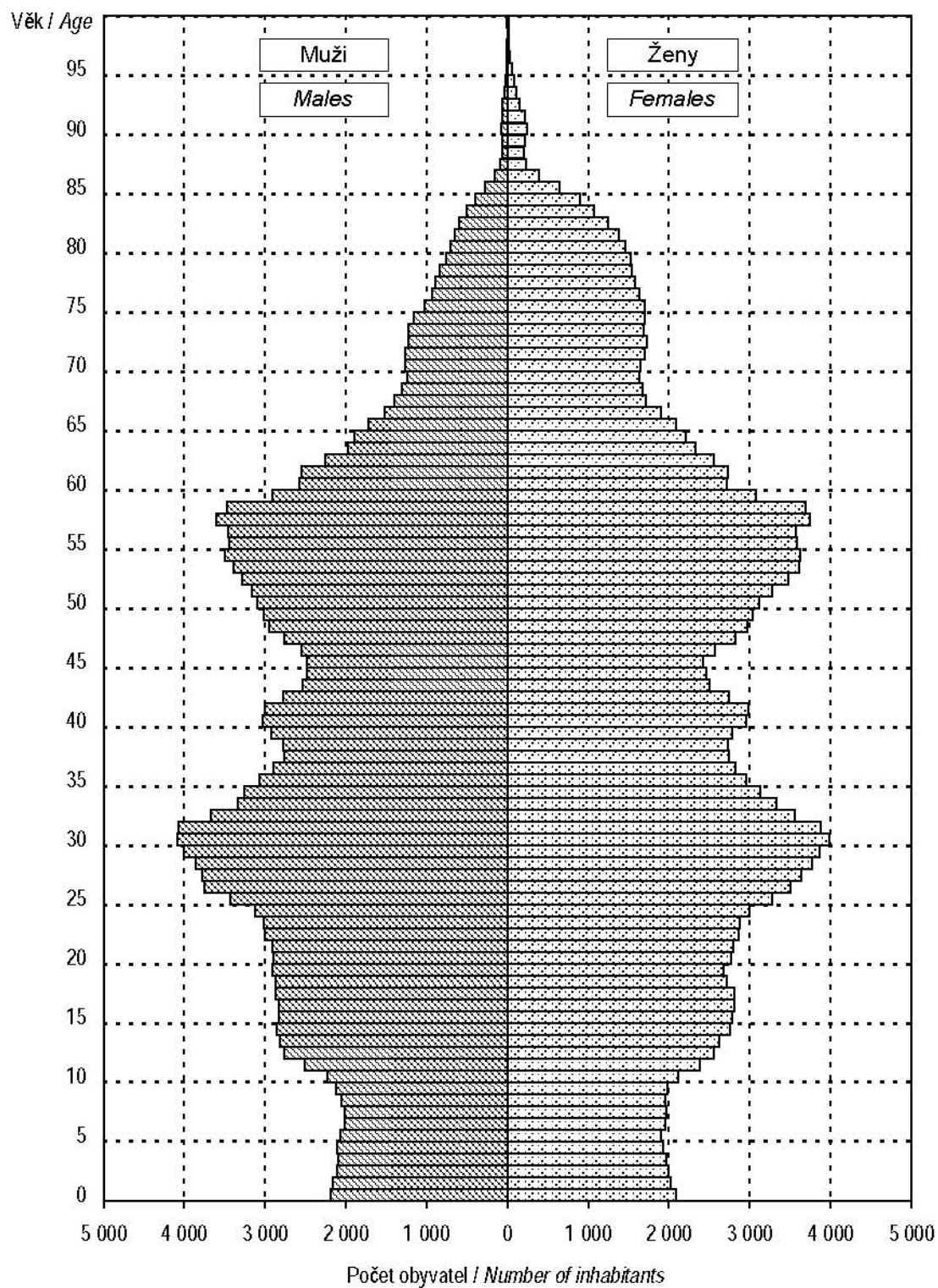
špatně

velmi špatně

16. Kolik je Vám let?

.....

Příloha 2: Graf a tabulka věkové struktury Libereckého kraje k 1. 7. 2005



Věková skupina	k 1. 7. 2005					
	celkem		muži		ženy	
	počet	%	počet	%	počet	%
<b>0</b>	4 280	1,0	2 189	1,0	2 091	1,0
<b>1-4</b>	16 377	3,8	8 453	4,0	7 924	3,6
<b>5-9</b>	20 031	4,7	10 259	4,9	9 772	4,5
<b>10-14</b>	25 626	6,0	13 169	6,3	12 457	5,7
<b>15-19</b>	28 111	6,6	14 308	6,9	13 803	6,3
<b>20-24</b>	29 273	6,8	14 950	7,2	14 323	6,5
<b>25-29</b>	36 901	8,6	18 826	9,0	18 075	8,2
<b>30-34</b>	36 327	8,5	18 431	8,8	17 896	8,2
<b>35-39</b>	28 475	6,6	14 422	6,9	14 053	6,4
<b>40-44</b>	27 472	6,4	13 813	6,6	13 659	6,2
<b>45-49</b>	27 586	6,4	13 759	6,6	13 827	6,3
<b>50-54</b>	33 568	7,8	16 433	7,9	17 135	7,8
<b>55-59</b>	34 585	8,1	16 879	8,1	17 706	8,1
<b>60-64</b>	23 786	5,6	11 230	5,4	12 556	5,7
<b>65-69</b>	16 238	3,8	7 197	3,4	9 041	4,1
<b>70-74</b>	14 645	3,4	6 157	2,9	8 488	3,9
<b>75-79</b>	12 449	2,9	4 445	2,1	8 004	3,6
<b>80-84</b>	8 930	2,1	2 855	1,4	6 075	2,8
<b>85-89</b>	2 339	0,5	643	0,3	1 696	0,8
<b>90-94</b>	1 093	0,3	264	0,1	829	0,4
<b>95+</b>	176	0,0	38	0,0	138	0,1
<b>Celkem</b>	428 268	100,0	208 720	100,0	219 548	100,0
<b>0-4</b>	20 657	4,8	10 642	5,1	10 015	4,6
<b>0-14</b>	66 314	15,5	34 070	16,3	32 244	14,7
<b>15-49</b>	x	x	x	x	105 636	48,1
<b>15-64</b>	306 084	71,5	153 051	73,3	153 033	69,7
<b>65+</b>	55 870	13,0	21 599	10,3	34 271	15,6
<b>Celkem 2000</b>	429 113		208 864		220 249	
<b>Celkem 2003</b>	427 096		207 788		219 308	
<b>Celkem 2004</b>	427 395		208 093		219 302	