

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

UKAZATELÉ ŽIVOTNÍHO STYLU OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM ZJIŠŤOVANÉ
PROSTŘEDNICTVÍM IPAQ

Diplomová práce

Autor: Bc. Veronika Ehrenbergerová, ATV

Vedoucí práce: prof. PhDr. Hana Válková, CSc.

Olomouc 2014

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc. Veronika Ehrenbergerová

Název diplomové práce: Ukazatelé životního stylu osob s MP zjišťované prostřednictvím

IPAQ

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Vedoucí práce: prof. PhDr. Hana Válková, CSc.

Rok obhajoby diplomové práce: 2014

Abstrakt: Ve své diplomové práci jsem se zabývala problematikou týdenní pohybové aktivity u osob s mentálním postižením. Výzkumná data byla získána pomocí dotazníku IPAQ, který za klienty vyplňovali rodiče, vychovatelé nebo učitelé. Hlavním přínosem získaných výsledků je jejich využití ke zjištění pohybové aktivity klientů během týdne. Výzkum se uskutečnil v březnu a květnu 2009 za účasti 27 žen a 31 mužů ve věku 8 – 50 let.

Z výsledků vyplynuly velmi různorodé výsledky díky tomu, že každé centrum má jiné vybavení, polohu a náplň svého zaměření. U mužů nejaktivnější byly Topolany u žen taktéž Topolany a Brno. Nejvíce času trávili sezením muži z Topolan a to téměř 10 hodin v pracovních dnech a o víkendu 9,5 hodin. I přes svou velkou aktivitu trávili muži a ženy z Topolan velkou část dne sezením, což může být zapříčiněno tím, že některé činnosti provádí probandi vsedě. Ženy nejvíce času seděly v týdnu v Topolanech 10 hodin a o víkendech v Klíči 8,75 hodin.

Klíčová slova: Mentální postižení, pohybová aktivita, habituální aktivita, životní styl, dotazníky – IPAQ, životní styl, Speciální olympiády.

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Autor's first name and surname: Bc. Veronika Ehrenbergerová

Title of the thesis: Lifestyle indicators of people with Mental Disorder surveyed through
IPAQ

Department: Department of Adapted Physical Activities

Supervisor: prof. PhDr. Hana Válková, CSc.

The year of presentation: 2014

Abstract: In my work I deal with the issue of weekly physical activity of people with mental disorder. The research data were obtained by means of IPAQ questionnaire that was filled by the clients' parents, educators or teachers. The main benefit of the obtained results is the possibility to use them to detect clients' physical activity during the week. The research took place in March and May 2009 with the participation of 27 women and 31 men aged 8-50 years.

The results showed very different outcome because each center disposes with different equipment, location and content of its specialization. The most active male group came from Topolan and the most active women were from Topolany and Brno. The men from Topolany spent most time sitting, nearly ten hours per a working day and 9,5 per day at the weekend. In spite quite a lot of activities, men and women from Topolany spent much of the day sitting, which may be caused by the fact that some activities are done while sitting. Women were sitting in average 10 hours per day during the working week and 8,75 hours per a weekend day in Klíč.

Keywords: mental disorder, physical activity, habitual activity, lifestyle questionnaires – IPAQ, Lifestyle, Special Olympics.

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

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením prof. PhDr. Hany Válkové, CSc., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržela zásady vědecké etikety.

V Olomouci dne Vlastnoruční podpis

MOTTO:

„Základní pohyb všeho tvorstva je velmi prostý: tam a zpět“.

Ezra Pound

Děkuji prof. PhDr. Haně Válkové, CSc. za pomoc a cenné rady, které mi poskytla při zpracování mé diplomové práce. Dále pak Institutu životního stylu Univerzity Palackého v Olomouci a v neposlední řadě všem vychovatelům, rodičům a klientům spolupracujících zařízení za ochotu, zodpovědné plnění a zapisování výsledků dat do archů.

1 ÚVOD	9
2 PŘEHLED POZNATKŮ K TÉMATU	10
2.1 Mentální postižení	10
2.1.1 Klasifikace mentálního postižení.....	10
2.1.2 Příčiny vzniku mentálního postižení.....	14
2.2 Životní styl.....	14
2.2.1 Zdravý životní styl	15
2.3 Životní styl mentálně postižených	15
2.4 Pohybová aktivita	16
2.4.1 Habituační aktivita.....	17
2.5 Speciální olympiády	17
2.5.1 Světové hnutí Speciálních olympiád.....	17
2.5.2 České hnutí Speciálních olympiád.....	19
2.6 Centra pro osoby s mentálním postižením.....	21
2.6.1 Klasifikace center sociální péče pro osoby s mentálním postižením.....	22
2.6.2 Klasifikace center sociální péče z hlediska pohlaví.....	23
2.6.3 Dělení center sociální péče z hlediska velikosti	23
2.6.4 Centra sociální péče rozdělená na základě zřizovatele	24
2.7 Systém IPAQ	24
3 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	25
4 METODIKA.....	27
4.1 Charakteristika testovaného souboru.....	27
4.2 Zkoumaná centra sociální péče.....	27
4.2.1 Centrum sociálních služeb Klíč	27
4.2.2 Dětské centrum Topolany	28
4.2.3 Centrum sociálních služeb Brno	29
4.3 Výzkumné metody a techniky	30
4.4 Organizace a následná realizace výzkumu	30
4.5 Statistické zpracování dat	30
5 VÝSEDKY	32
5.1 Úvod k výsledkům.....	32
5.2 Pohybová aktivita v rámci centra vyjádřená v hodinách a dnech.....	32
5.3 Pohybová aktivita při dopravě v hodinách a dnech	34
5.4 Pohybová aktivita při domácích pracích, údržbě domu (bytu) a péči o rodinu	36

5.5. Pohybová aktivita při rekreaci, sportu a volném čase	38
5.6 Čas strávený sezením.....	40
6 DISKUZE.....	42
7 ZÁVĚR.....	43
8 SOUHRN	44
9 SUMMARY	45
10 REFERENČNÍ SEZNAM.....	46
11 PŘÍLOHY.....	49

1 ÚVOD

Vývoj dnešní společnosti je provázen stále novými změnami, které se týkají celého lidského života. Současný nezdravý životní styl má za následek pokles habituální aktivity, která je spojena s výskytem civilizačních chorob, snižováním úrovně fyzické zdatnosti, odolnosti a výkonnosti a přináší s sebou i nepříznivé vlivy v psychosociálních vztazích. Tento fenomén je problém celé populace, mentálně postižených nevyjímaje. U mentálně postižených se však musíme zabývat tímto problémem mnohem důkladněji a hledat schůdná řešení, protože kvůli trvalému postižení, potřebují pomoc jak v každodenním životě, tak v hledání vhodného zaměstnání, které by mohli vykonávat a stát se tak plnohodnotnými členy naší společnosti (Tilinger, 2012).

Je opravdu smutné, že velké procento intaktní společnosti si myslí, že mentálně postižení a pohybová aktivita nejde dohromady, opak je však pravdou. Pod správným a systematickým vedením od útlého věku jsou mentálně postižení lidé schopni dosahovat velkého množství pohybových aktivit a dobrých výsledků.

Díky domovům a sociálním zařízením, kde se jim personál maximálně věnuje, mohou navštěvovat nepřeborné množství pracovních činností a zájmových kroužků, příkladem jsou keramické dílny a různé taneční kroužky, kterým se mohou během dne věnovat. Takle zařízení jim hledají náhradní pracovní náplň a učí je se starat o sebe samotné a o domácnost. To je velice důležitou složkou života každého plnohodnotně žijícího člověka.

Tato práce by se měla zabývat a sloužit pro zjištění množství pohybové aktivity mentálně postižených jedinců, ve výše zmíněných zařízeních. Jako dílčí cíle jsem si stanovila zjistit v jednotlivých zařízeních celkové množství pohybové aktivity. Porovnat pohybovou aktivitu mezi zařízeními a mezi muži a ženami. Předpokládám, že zjistím kolik dní v týdnu a v jakém množství vykonávají tyto osoby pohybovou aktivitu, což umožní srovnání s výsledky běžné populace.

2 PŘEHLED POZNATKŮ K TÉMATU

2.1 Mentální postižení

Mentálně postižení tvoří jednu z nejpočetnějších skupin postižení vůbec. Je tvořena ženami, muži i dětmi a i přesto se toho o nich neví mnoho. Představy intaktní společnosti bývají opředeny záhadami, předsudky a dokonce i obavami.

Je velmi těžké je zařadit do homogenní skupiny, protože mentální postižení je velmi různorodé. Podle typu a stupně postižení je zařazujeme do několika skupin, z nichž každá má jiná specifika, zvláštnosti a potřeby. Rozdíly v úrovni mentálně postižených jedinců jsou větší, než rozdíly v intaktní společnosti. Jedinci s lehčím typem mentálního postižení jsou schopni se o sebe sami starat, dokončit školu a dokonce i založit rodinu. Jedinci naopak s těžkým až hlubokým mentálním postižením nejsou schopni samostatné lokomoce a i špatně komunikují se svým okolím. Mezi těmito dvěma protipóly existují řady modifikací mentálního postižení (Švarcová, 2011).

Mentální postižení je obecně charakteristické zvýšenou závislostí na rodičích, infantilností osobnosti, pohotovostí k úzkosti a neurastenickým reakcím, sugestibilitou a rigiditou chování. Nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji sebe samého. Opoždění psychosexuálního vývoje, nerovnováha aspirace a výkonu. Je zvýšená potřeba uspokojení a pocitu bezpečí. Porucha interpersonálních vztahů a komunikace, malá přizpůsobivost k sociálním a školním požadavkům, impulsivnost, hyperaktivita nebo hypoaktivita. Citová vzrušivost, zpomalená chápavost, ulpívání na detailech, malá srovnávací schopnost, snížená mechanická a logická paměť, těkavá pozornost, porucha senzomotoriky a celkové pohybové koordinace (Valenta, & kol., 2013).

U mentálního postižení nejde pouze o opoždování psychického vývoje, ale o celkové vývojové změny. Proto nemůžeme mentálně postiženého jedince přirovnávat k intaktnímu mladšímu jedinci, dochází totiž ke změnám jak kvantitativním, tak kvalitativním (Valenta, & kol., 2013).

Z hlediska psychologických funkcí má vliv na vnímání jedince bezprostřední smyslová percepce a zprostředkované myšlení a řeč.

2.1.1 Klasifikace mentálního postižení

Mentální postižení je způsobeno snížením úrovně rozumových schopností. Ta je obvykle v psychologii nazývána inteligence. Inteligence nebyla doposud přesně

definována. Psychologové se stále pokoušejí najít co nejpřesnější definici. „Každý postižený jedinec se liší od druhého, byť by byl na stejném stupni vývoje“ (Myslivoček, 1959, s. 74).

Obecně chápeme inteligenci jako schopnost poučit se z minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím.

Intelligenční kvocient stanovujeme z hlediska informovanosti o celkové rozumové schopnosti daného jedince. Mentální postižení je charakteristické výrazným snížením intelligenčního kvocientu. V dnešní době využíváme klasifikaci 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zpracovanou Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která platí od roku 1992. Podle ní rozdělujeme mentální postižení do šesti skupin: lehké, středně těžké, těžké, hluboké, jiné, nespecifikované mentální postižení (Švarcová, 2011).

- Lehké mentální postižení, IQ 50 – 69 (F70)

Tahle verze diagnostikována u 80 – 85 % postižených. Dosáhnou schopnosti používat řeč v každodenním životě, dokážou normálně verbálně komunikovat, v dětství je vývoj řeči značně opožděn.

Většinou se propracují k úplné samostatnosti v jídle, mytí, oblékání a hygienických návycích i praktických domácích dovednostech. Vše oproti normě značně pomalejší.

Největší problémy se vyskytují v teoretické práci ve škole. Velmi jim svědčí výchova a vzdělávání co rozvíjí jejich dovednosti a kompenzuje nedostatky. Mentální věk se pohybuje okolo 10 – 11 let.

Většina jedinců může být zaměstnána prací, která vyžaduje spíše praktické vědomosti než teoretické, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce.

V sociálním kontextu se klade malý důraz na teoretické znalosti a vůbec se nemusí při lehkém mentálním postižení projevit žádné vážnější problémy. Někde se však mentální postižení i přesto projeví, hlavně pokud je postižený značně emočně a sociálně neznalý.

Behaviorální, emocionální a sociální potíže lehce mentálně postižených a jejich léčba jsou podobné jako u intaktní společnosti, než u středně a těžce mentálně postižených. Organická etiologie se zjišťuje dnes už u vyššího počtu jedinců, u mnoha však stále příčiny neznáme.

Lehké mentální postižení může mít přidružená i jiná postižení jako je autismus, epilepsie, další vývojové vady, poruchy chování nebo tělesné postižení.

Tato diagnóza obsahuje: slabomyslnost, lehká mentální abnormalita, lehká oligofrenie (Valenta, & kol., 2013).

- Středně těžké mentální postižení, IQ 35 – 49 (F71)

Bývá diagnostikována asi u 10% postižených jedinců. U jedinců zařazených do této skupiny je značně opožděno chápání a používání řeči i jejich konečné schopnosti jsou individuálně rozdílné. Značně omezena je i schopnost starat se sám o sebe a zručnost. Školní výsledky jsou velmi limitované, ale většina jedinců se středně těžkým mentálním postižením si dokáže osvojit základy trivia (čtení, psaní a počítání). Speciální vzdělávací programy jsou uzpůsobené k tomu, aby poskytly postiženým jedincům možnost rozvíjet jejich potenciál k osvojování základních a praktických dovedností. Mentální věk jedinců se středně těžkým mentálním postižením se pohybuje v pásmu 4 – 8 let.

Středně těžce mentálně postižení zvládají v dospělosti jednoduchou manuální práci, která je pečlivě strukturovaná a pokud je zajištěn odborný dohled mohou pracovat v chráněných dílnách. V dospělosti mohou pouze zřídka vést samostatný život. Ve většině případů bývají mobilní a fyzicky aktivní. Projevují vývojovou schopnost k navazování kontaktu ke komunikaci s okolím, dokážou se podílet na jednoduchých sociálních aktivitách.

Vyskytují se značné rozdíly ve schopnostech, někteří jedinci jsou zdatnější v senzorio-motorických dovednostech než v úkolech závislých na verbálních schopnostech. Někteří jsou naopak velmi neobratní, ale zdatnější v komunikaci se svým okolím. Úroveň řeči je velmi individuální, někteří komunikují vcelku obstojně, jiní si stěží dokážou obstarat základní potřeby. Někteří nejsou schopni se naučit vůbec mluvit, ale mohou se naučit rozumět verbální řeč nebo gestům, používají další formy nonverbální komunikace.

Velká většina středně těžce mentálně postižených trpí organickou etiologií. Můžeme diagnostikovat také dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s dotyčným jednat. Většina je schopna chodit bez pomoci. Častý je i výskyt tělesných postižení a neurologická onemocnění, hlavně epilepsie. Můžeme diagnostikovat i psychiatrická postižení, ale ty jsou špatně zjištělná z důvodu nedostačujících verbálních schopností. Tato diagnóza obsahuje: středně těžkou mentální abnormalitu, středně těžkou oligofrenii (Valenta, & kol., 2013).

- Těžké mentální postižení, IQ 20 – 34 (F72)

Zahrnuje asi 5% osob s mentálním postižením. V mnoha ohledech se podobá středně těžkému mentálnímu postižení, pokud se jedná o klinický obraz, přidruženost organické etiologie a přidružené stavy. Nevládají ve většině případů školní trivium. Jsou schopni si osvojit množství užitečných dovedností. Oproti předcházející kategorii těžce mentálně postižení trpí značnou poruchou motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které naznačují

přítomnost klinicky signifikantního poškození nebo špatného vývoje ústředního nervového systému. Mentální věk se pohybuje v pásmu 18 měsíců až 3,5 roku.

Výchova a vzdělání je značně omezená. Zkušenosti však dokazují, že včasná systematická a dostatečně odborná rehabilitace výchovné a vzdělávací péče může přispět k rozvoji motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, samostatnosti a celkovému zlepšení jejich života. Tato diagnóza obsahuje: těžkou mentální abnormalitu, těžkou oligofrenii (Valenta, & kol., 2013).

- Hluboké mentální postižení, IQ je nižší než 20 (F73)

Asi 1% postižených osob mentálním postižením tvoří jedinci hluboce mentálně postižení. Jsou omezeni porozumět mluvené řeči, požadavkům nebo instrukcím. V nejlepším případě jsou schopni pouze primitivní neverbální komunikace (úsměv, pláč). Většinou jsou imobilní a velmi výrazně omezeni v pohybu. Téměř nebo vůbec nejsou schopni pečovat o své základní potřeby. Vyžadují stálou pomoc a dohled. Výchova a vzdělávání je velmi omezená, ale jsou možné speciální metodické postupy, kterými můžeme rozvíjet motoriku, komunikační dovednosti a další projevy. Můžeme u nich rozvinout nejzákladnější zrakovou prostorovou orientaci. Postižený jedinec je schopen se při správném vedení podílet na sebeobslužných činnostech. IQ nemůžeme přesně změřit, mentální věk je nižší než 18 měsíců.

Hluboké mentální postižení je charakteristické přidruženými postiženími neurologického druhu, poruchy hybnosti, epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání. Časté je atypický autismus. Tato diagnóza zahrnuje: hlubokou mentální abnormalitu, hlubokou oligofrenii (Valenta, & kol., 2013).

- Jiná mentální retardace (F78)

Tato kategorie se používá pouze, když stanovení stupně intelektu nejsme schopni provést pomocí obvyklých metod kvůli přidruženým senzorickým nebo somatickým poruchám, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem nebo těžce tělesně postižených (Valenta, & kol., 2013).

- Nespecifikované mentální postižení (F79)

Tato kategorie se používá, když je mentální postižení prokázané, ale nemůžeme daného jedince zařadit do žádné z předcházejících kategorií (Valenta, & kol., 2013).

2.1.2 Příčiny vzniku mentálního postižení

„K mentální retardaci může dojít ve kterékoliv rodině, za jakýchkoliv společenských okolností a v každé etnické skupině, kdekoliv na světě. Jakkoliv některé faktory mohou ovlivňovat úroveň rizika, každý (manželský) pár, který má dítě, bere na sebe určitý stupeň rizika mentální retardace svého dítěte“ (Ward, 1993, s. 7).

Mentální postižení je charakteristické určitým poškozením, odchýlnou strukturou nebo jen porušenou funkcí centrálního nervového systému (CNS). Velká různorodost možných příčin vede k tomu, že neexistuje jasný a jednotný klinický obraz (Tilinger, 2012). Faktory podílející se na vzniku mentálního postižení dělí např. Langer (1996) na vrozené – získané, endogenní – exogenní, dědičné – získané. Tyto klasifikace odrážejí mnoho pohledů, záleží pouze na nás, jak si tyto pohledy vymezíme.

Stanovení etiologie mentálního postižení je velmi složitý problém, protože mnohdy není snadné zjistit, v jakém množství se podílely na jeho vzniku faktory genetické a do jaké míry faktory prostředí, které musíme chápat z hlediska fyzikálního, psychologického a sociálního. Mezi uvedenými jevy jsou velmi nezřetelné hranice, oba tyto jevy se spíše vzájemně prolínají. Proto je velmi složité určit primární příčiny a oddělit je od těch sekundárních (Tilinger, 2012). Zpravidla bývá mentální postižení zapříčiněno působením mnoha činitelů. Většinou vzniká součinností biologických a sociálních faktorů, což se týká hlavně lehkého mentálního postižení (Bleidick, 1989), obvykle se to ale stává v nestejném časovém rozmezí (Langer, 1996).

2.2 Životní styl

Zdraví lidského těla je podmíněno několika faktory, obecně se však uvádí jako nejvlivnější činitel způsob lidského života neboli životní styl (50 – 60 %). Člověk je schopen ovlivnit některé kategorie svého života např. kouření, nadměrný konzum alkoholu, zneužívání drog, nesprávná výživa, nízká pohybová aktivita, rizikové sexuální chování a nadměrná psychická zátěž (Řehulka & Reissmannová, 2013).

Životní styl je celek psaných a nepsaných norem a identifikačních vzorců, souhrn životních podmínek, na které by lidé měli brát ohled ve vzájemných mezilidských vztazích. Jejich podoba je ovlivněna životním cyklem, společenským uzpůsobením a tradicemi každé společnosti (Jandourek, 2001).

V současnosti není kvalita ani kvantita života ohrožena infekčními nemocemi ani hladem, ale tzv. civilizačními chorobami, které jsou způsobeny špatným životním stylem a sedavým způsobem života, nadměrným množstvím potravy, ale také horšími mezilidskými

vztahy. Adolescenti a mladí lidé by měli pro svůj další život získat zdravé návyky, aby si udrželi zdraví i v pozdějším věku (Čeledová & Čevela, 2010).

V dnešní době už známe různá doporučení pro rodiče, jak vychovávat své děti, aby zůstali i v pozdějším věku zdraví. Rodiče by měli omezovat sedavý způsob trávení volného času svých dětí. Maximalizovat počet hodin tělesné výchovy a snažit se nabídnout co nejvíce pohybových aktivit, aby se zlepšily pohybové dovednosti každého jedince natolik, že bude schopen tyto dovednosti používat v běžném životě. Důležité je podporování škol, komunálních organizací a vládní sportovní a volnočasové sektory, aby kladly větší důraz na participaci dětí na pohybové aktivitě. Pracovat na zlepšení vztahu mezi školou a společností (Kalman, Hamřík & Pavelka, 2009).

2.2.1 Zdravý životní styl

Životní styl je charakteristický výběrem chování a životními možnostmi. Chování každého jedince se odvíjí z rodinných zvyklostí a tradic společnosti, je velmi limitováno ekonomickou situací společnosti a sociální rolí každého z nás (Čeledová & Čevela, 2010).

Dochází k významnému poklesu pohybové aktivity a hipokigeneze je rysem současného životního stylu. Ze zdravotního hlediska je důležité vrátit aktivní pohyb do životního stylu dnešních lidí, předejdeme tím chronickým chorobám. Životní styl ať chceme nebo ne má zásadní vliv na zdraví každého z nás, a proto se stává nutností, aby byla informovanost součástí výchovy ve formě poskytování odborných znalostí, rozvíjení dovedností, návyků a formování postojů (Čeledová & Čevela, 2010).

2.3 Životní styl mentálně postižených osob

„Problematika aktivního životního stylu a podpory pohybových aktivit ve vztahu k veřejnému zdraví je v současné době závažným společenským tématem, které je řešeno v oblasti veřejného i soukromého sektoru jak na úrovni mezinárodní, tak na úrovni národní, regionální a lokální. V této souvislosti se dostává do popředí také problematika pohybových aktivit osob se speciálními potřebami (aplikovaných pohybových aktivit – APA), která do nedávna stála v České republice i přes nezanedbatelné cílové skupiny na okraji zájmu“ (Ješina, Hamřík & kol., 2012).

Stejně jako intaktní společnost i tu mentálně postiženou trápí stejné problémy související s nekvalitním způsobem života. Jsou zapříčiněny nedostatkem pohybové aktivity, nesprávnou stravou a jejím nadměrným množstvím. Proto bychom se měli snažit pomoci

jim žít aktivnější život a tím jim zajistit delší život bez civilizačních a chronických chorob a nezhoršování jejich současného zdravotního stavu.

Pohybové aktivity sehrávají významnou roli u každého dítěte, ale zvláště u toho mentálně postiženého je pohyb způsobem sebevyjádření, prostředkem interakce s materiálem a sociálním prostředím, prostředkem k poznání sebe sama. Pohybové aktivity jsou prostředkem k rozvoji po stránce výchovné, vzdělávací a zdravotní. Abychom přivedli tyto jedince k pohybové aktivitě, tak mimo výchovné, vzdělávací a zdravotní cíle musíme zajistit, aby se také při tom všichni bavili. To platí u všech věkových skupin intaktních i s postižením (Karásková, 2000).

2.4 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita je podle Světové zdravotnické organizace definována jako komplexní set chování zahrnující všechny pohyby těla vyprodukované kontrakcemi kosterního svalstva, které vedou ke zvýšení energetického výdeje, což zahrnuje jak hrubou tak i jemnou motoriku. Pojem pohybová aktivita tedy zahrnuje celé spektrum lidského pohybu od závodního sportování, přes pohyb jako volnočasovou aktivitu, po činnosti každodenního života. Naopak pohybová inaktivita je popsána jako stav, ve kterém jsou kosterní svaly neaktivní a tělesné pohyby minimální a tudíž se výdej energie blíží klidovému metabolismu (WHO, 2012).

Pohybová aktivita je komplexní vícerozměrné chování. Mnoho různých druhů činností přispívá k celkové pohybové aktivitě, patří mezi ně profesní a domácí činnosti, lokomoce a volnočasové aktivity. Cvičení je podkategorií pohybové aktivity a je definováno jako plánovaná a strukturovaná pohybová aktivita vyznačující se opakovanými pohyby těla, prováděné s cílem udržení nebo zlepšení některých složek fyzické zdatnosti (Hardman & Stensel, 2003).

Pohybová aktivita může být dále klasifikována v termínech frekvence, trvání a intenzity. Frekvencí je míněno jak často a trváním jak dlouho je pohybová aktivita vykonávána. Dohromady poukazují na celkový objem pohybu. Intenzita označuje míru výdeje energie, který aktivita vyžaduje, neboli jak je činnost namáhavá či usilovná (Miles, 2007).

„Pohybová aktivita zvyšuje celkový energetický výdej, který je sumou bazálního metabolismu, postprandiálního energetického výdeje a právě energetického výdeje při pohybové aktivitě, který pokrývá veškeré kontrakce kosterního svalstva. (Pozn.: bazální metabolismus = množství energie potřebné na pokrytí klidového stavu organismu v neutrálním izotermickém prostředí s prázdným gastrointestinálním traktem, postprandiálním

energetickým výdejem = energie spotřebovaná na termoregulaci po příjmu potravy). U málo aktivních lidí jsou energetické nároky na pohyb hrazeny pouze z 25% celkového energetického výdeje, naopak u velmi aktivních jedinců (vrcholových sportovců, lidí s velmi fyzicky namáhavým zaměstnáním) může energetická spotřeba na pohybovou aktivitu stoupat až na 50% z celkového výdeje“ (Bouchard et al., 2007, s. 12).

Intenzita neboli náročnost pohybu je často ve vztahu k energetickému výdeji klasifikována v jednotkách MET (standardní metabolický ekvivalent), kdy 1MET je energie potřebná na pokrytí bazálního metabolismu. Pohybová aktivita lehké intenzity odpovídá 1,5 – 3 METs, střední intenzita 3 - 6 METs a vysoká intenzita je 6 a více METs. Volná chůze je charakterizována 3,3 METs. Další důležitý pojem vztažený k energetickému výdeji je energetická bilance, která vyjadřuje poměr příjmu a výdeje energie (Sigmund & Sigmundová, 2011, s. 7).

Pohybová inaktivita je naopak chování jedince, které se projevuje velice nízkým objemem základních pohybových aktivit a deficitem strukturovaných pohybových aktivit s prevalencí sedavého způsobu života (Hendl & Dobrý et al., 2011).

2.4.1 Habituální aktivita

„Habituaální pohybovou aktivitou jsou všechny běžně prováděné organizované i neorganizované pohybové činnosti během dne, v zaměstnání, doma i ve volném čase (pro děti – v předškolním zařízení, doma a v rámci volnočasových aktivit). Zahrnuje tedy veškerou lokomoci, manipulaci, hru, sport, sebeobslužnou a další životní motoriku. U malých dětí převažuje neorganizovaná pohybová aktivita, tedy spontánní, svobodně volitelná a vlastními potřebami determinovaná, prováděná bez vedení jinou osobou“ (Sigmund & Sigmundová, 2011, s. 6 – 7).

2.5 Speciální olympiády

2.5.1 Světové hnutí Speciálních olympiád (SOI – Special Olympic International)

Počátek v roce 1960, kdy Eunice Kennedy Shriver viděla, jak nespravedlivě byli léčeni lidé s mentálním postižením. Snažila se zajistit mentálně postiženým dětem dobré podmínky na hraní. Brzy se její vize začala rýsovat, když vedla letní tábor pro mladé lidi s mentálním postižením na svém vlastním dvorku. Cílem bylo zjistit, co by tyto děti mohly dělat ve sportu a dalších aktivitách a ne se zabývat tím, co by nemohly dělat.

V průběhu roku 1960, Eunice Kennedy Shriver pokračovala ve své průkopnické práci v Bílém domě prezidenta Johna F. Kennedyho pro lidi s mentálním postižením. Její vize a úsilí o spravedlnost nakonec přerostla v hnutí Speciálních olympiád

Sportovci jsou srdcem Speciálních olympiád. Jsou to děti a dospělí s mentálním postižením z celého světa. Díky tomuto globálnímu společenství našli úspěch, radost a přátelství.

Speciální olympiáda je pro lidi, kteří jsou jiní, protože se pomalu učí nové dovednosti. Liší se i jinými způsoby. Mají duševní postižení, nebo jiná přidružená postižení. Mentálním postižením se nachází ve všech kulturách, rasách a zemích. Cílem Speciálních olympiád je oslovit 200 milionů lidí na světě s mentálním postižením. Speciálních olympiád se účastní více než 4,4 milionu sportovců. Děti od 8 let a výše. Pocházejí z více než 170 zemí světa. Součástí je také program mladých sportovců pro děti ve věku od 2 do 7. V každém věku a v každé zemi, se tito sportovci učí nové dovednosti, získávají nové přátele, kondici a sebevědomí. Speciální olympiáda má tréninky a soutěže 365 dní v roce, ve více než 170 zemích světa.

Speciální olympiády 33 olympijských letních i zimních sportů. Takže bez ohledu na věk nebo úroveň dovedností, každý si najde to své. Mnoho sportovců začínalo v jednom sportu a pak šli zkusit jiné.

Prostřednictvím sportu, sportovci vidí sami sebe a vlastní schopnosti, nikoli zdravotní postižení. Jejich svět je otevřen s přijetím a porozuměním. Jsou jistější a zmocňují se úspěchu. Poznávají nové přátele, jako součást nejvíce inkluzivní komunity na planetě - globální komunita, která roste každým dnem.

Na Speciálních olympiádách jsou sportovci oprávněni podělit se o své mnohé dary a talenty se společností. Sportovci se také mohou stát zmocněnými k vůdcovství ve společnosti a učit nás o přijetí a porozumění.

Trenéři učí dovednosti a osobnosti sportovce. Trenéři jsou vzory a charaktery. Na Speciálních olympiádách trenéři mohou jít ještě dále, pomáhají sportovci s mentálním postižením najít své silné stránky a schopnosti. Také jim ukážou, jak se stavět na těchto silných stránkách a zlepšovat se každý den. Být trenér speciálních olympiád, vám přinese nadšení, odhodlání a pozitivní přístup ke každému cvičení, akce a soutěže. Obohatí životy našich sportovců v mnoha život měnícími způsoby. Dovednost a důvěru se sportovec učí prostřednictvím sportu, mají za sebou dlouhý a trvalý účinek. Mohou pomoci sportovci uspět ve škole, nebo dokonce najít práci. Trenéři také získávají hodně na oplátku. Poznají atlety,

kteří je inspirují sportovci, kteří jsou odvážní a rozhodní, navzdory přesile proti nim. Trenéři jsou více než učitelé, mentoři a vzory jsou viděni jako vůdci komunity.

Rodiny jsou fanoušci číslo 1 sportovců na Speciálních olympiádách. Dávají jim jistý druh lásky, podpory a povzbuzení, které nikdo jiný nemůže. Speciální olympiády jsou ochrannou sítí, které spojuje rodiny dohromady starostlivým, pozitivním způsobem a podporuje zdraví sportovců.

Mezinárodní program SO, je stanoven přesnými pravidly, které vyjadřují základní myšlenku SO. Má své stálé orgány (od světových, kontinentálních až po národní). Sportovci jsou na SO registrovaní. V současné době má přes 185 oficiálně akreditovaných národních členů. Tento program zahrnuje v současné době cca 33 sportů. Mezi letní řadíme: plavání, gymnastika, atletika, badminton, basketbal, bocca, bowling, kriket, cyklistika, jízda na koni, florbal, kopaná, golf, házená, judo, kanoistika, program rozvoje pohybových aktivit, netball – dívčí košíková, plavání na otevřené vodě, herní aktivity, vzpírání, rytmická gymnastika, kolečkové brusle, jachting, softbal, stolní tenis, tenis, unifikované sporty, volejbal. Mezi zimní patří: sjezdové lyžování, běžecké lyžování, krasobruslení, rychlobruslení, floor-hokej, snowboarding, snowshoeing.

SO mají svůj vlastní slib – „Kéž vyhraji! Jestli se mi to nepodaří, ať sem statečný ve svém úsilí!“ (Kennedy-Shriver, 1986), logo a symbol. Olympijské symboly je zakázané jakkoliv komerčně zneužívat.

„Filozofie SO je založena na přesvědčení, že lidí s mentálním postižením jsou schopni, při vhodném vedení, se učit, prožívat radost a užitek z účasti v SO, ať už ve sportech individuálních či týmových“ (Tilinger, 2012, s. 77).

Hry SO nejsou pouze hrami pro fyzicky zdatné jedince, ale nechtějí tyto jedince z her vylučovat, proto jsou sportovci rozděleni do skupin podle jejich motorických schopností, aby v soutěžích měli všichni stejné šance.

2.5.2 České hnutí Speciálních olympiád

České hnutí Speciálních olympiád (dále jen ČHSO) je občanské sdružení, které sdružuje jednotlivce a skupiny zapojené do programu Speciálních olympiád a ostatní osoby a organizace, jež podporují myšlenky tohoto programu (Tilinger, 2012).

ČHSO čerpá z humanitárních ideálů sportování a integrace osob s mentálním postižením v návaznosti na ideály a činnosti světového a evropského hnutí Speciálních olympiád. Hlavně poskytování nových příležitostí celoročního sportovního tréninku a sportovních soutěží v různých sportech, které jsou obsaženy v olympijském programu

pro lidi s mentálním postižením ve věku od 8 let a výše. Tato soustavnost celoročního trénování jim dává možnost rozvíjet svou tělesnou zdatnost, zvyšovat odvahu a odhodlání, prožívat radost, rozvíjet dovednosti a získávat nová přátelství s jinými sportovci Speciálních olympiád a upevňovat rodinné svazky (Tilinger, 2012).

Hlavním cílem ČHSO je rozvíjení a uplatňování myšlenek v ČR a organizaci s mezinárodními orgány speciálních olympiád, ve prospěch rozvíjení osobností lidí s mentálním postižením, jejich integrací do celé společnosti a důstojné zapojení ČR do mezinárodního hnutí Speciálních olympiád (Tilinger, 2012).

"Posláním ČHSO je rozšiřovat základnu pro pravidelné a odborně vedené cvičení a sportování intelektově postižených a jejich zapojení do programu speciálních olympiád" (Tilinger, 2012, s. 87).

ČHSO je článkem SOI, který přímá všechny zákony v souladu s ČR a organizační a obsahové závazky vycházejí z akreditace ČHSO v SOI. ČHSO je tímto zapojena do činnosti SOI hlavně ve smyslu vytváření nových podmínek pro reprezentaci ČR na evropských či světových speciálních olympijských hrách. ČHSO se však nechce vzdát samostatnosti svého rozhodování a působení v souladu s respektováním specifických podmínek v ČR (Tilinger, 2012).

Cíle a úkoly ČHSO:

- Vyvolat podporu českých státních orgánů v hospodářských, společenských a jiných organizací pro rozvíjení tělovýchovné aktivity mentálně postižených a reprezentaci ČR na mezinárodních Speciálních olympiádách.
- Podněcovat a zviditelňovat sportování a začleňování osob s mentálním postižením jak ve směru zaměření Speciálních olympijských aktivit, tak i v souvislosti celkovým zlepšením systému péče o osoby s mentálním postižením.
- Organizovat cílevědomou i bezprostřední sportovní aktivitu mentálně postižených.
- Společně se SOI a českými orgány a organizacemi vytváří potřebné metodické, organizační a finanční předpoklady pro zapojení těchto aktivit.

Povinností členů je účast na práci ČHSO a plnění úkolů, které vyplývají ze svěřené funkce a členství v pracovních orgánech ČHSO. Další povinností je platit včas finanční příspěvky, pokud je jejich placení stanovené valnou hromadou, musí se řídit myšlenkami, zásadami a pravidly Speciální olympiády, respektovat a dodržovat stanovy ČHSO (Tilinger, 2012).

Speciální olympijský program otevírá dveře všem lidem, kteří dovršili 8 let a jejich IQ není vyšší než 75. Dolní hranice není určena, což má znamenat, že se sportovních aktivit mohou zúčastnit i lidé s těžkým mentálním postižením. Zde platí ono známé Coupercinovo heslo: "Není důležité zvítězit, ale zúčastnit se." Jak říká zakladatelka SO paní Eunice Kennedy-Shriver: "Speciální olympiáda je tou nejčestnější olympiádou - není zde žádný doping, žádné taktizování, žádné finanční machinace, jde zde o ryzí sportování, kdy mnozí sportovci překonávají sami sebe" (Tilinger, 2012).

Programový obsah ČHSO se po vzoru SOI zaměřuje na sportovní aktivity svých členů v těchto sportech: atletika, plavání cyklistika, stolní tenis, gymnastika, kopaná, odbíjená, košíková, floor hokej, přehazovaná, boccia, snowboarding, běh na lyžích a sjezdové lyžování (Tilinger, 2012).

Kromě sportů, které jsou výše vyjmenované, jsou hlavně pro velmi těžce postižené nabízeny i přizpůsobené sporty (Tilinger, 2012).

Velice populární a zajímavým způsobem i velmi atraktivní jsou sjednocené sporty ("unified"), za účasti mentálně postižených a intaktních osob, soutěžících společně za jeden tým (fotbal, přehazovaná, floor hokej, volejbal apod.) (Tilinger, 2012).

V programových aktivitách ČHSO nemůžeme zapomenout doplňkové programy, z nichž nejrozvinutější jsou rodinné, vzdělávací, výzkumné, Healthy Athlete, Global Messengers Athlete Leadership.

2.6 Centra pro osoby s mentálním postižením

Existence center sociální péče je úzce spojena s vývojem naší společnosti. Služby těchto center jsou jednou ze základních forem sociálních služeb. Posláním center sociálních služeb je pomoc rodinám s výchovou a péčí o děti a dospělé s mentálním postižením. V některých případech dokonce mohou tyto centra zastupovat funkci rodiny a rodinného prostředí. Světové trendy se odklánějí od institucionální péče, která je poskytována ve velkých centrech a směřuje k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, v chráněných bytech pro několik uživatelů nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaném bydlení v běžné městské zástavbě (Pipeková, 2006).

V centrech sociálních služeb žije stále velké procento mentálně postižených osob. Většinou tam jsou umístěovány z důvodu špatné situace v rodině (rozvod rodičů, finanční stránka rodiny, špatné bytové podmínky, zdravotní stav rodičů, úmrtí rodičů).

V posledních letech došlo v rozvoji těchto center jak po stránce kvantitativní (členění center), tak po stránce kvalitativní (v oblasti péče, bydlení, materiálního a technického

vybavení). V souvislosti s centry sociální péče hovoříme o integraci, normalizaci a humanizaci. Integrace znamená překonání nepřírozeného oddělení lidí s mentálním postižením od intaktní společnosti. Jde o začlenění mentálně postiženého jedince do intaktní společnosti (Knýřová, 2006).

Normalizace vystihuje skutečnost, že postižení lidé mohou žít poměrně normálním životem jako jejich nepostižení vrstevníci. Humanizace znamená brát postižené občany jako naše rovnocenné partnery. Pomáhat jim zvládnout důsledek jejich handicapu.

Současné poslání a cíle center sociálních služeb se zaměřují na kvalitu komplexní péče o klienty z hlediska jejich individuálních schopností, dovedností, potřeb a zájmů.

Jejich cílem je vytvoření a zajištění optimálních podmínek pro zapojení klientů do běžného života ve společnosti, ke které náleží (Pipeková, 2006).

2.6.1 Klasifikace center sociální péče pro osoby s mentálním postižením

Centra sociální péče členíme z hlediska délky pobytu, druhu postižení, věku, pohlaví, kapacity zřizovatele.

Dělení z hlediska délky pobytu:

- Centra sociální péče s denním pobytem
- Centra sociální péče s týdenním pobytem
- Centra sociální péče s celoročním pobytem

Centra sociální péče s denním pobytem zajišťují komplexní denní péči klientů, která zahrnuje kulturně-vzdělávací, rehabilitační, kulturní, zájmovou složku.

Centra sociální péče s týdenním pobytem zahrnují péči od pondělí do pátku. Výhodou tohoto typu je, že klient je neustále v kontaktu s rodinou a rodinným prostředím. Klientům je zde poskytována rehabilitační, zdravotní péče, výchovně-vzdělávací, kulturní a zájmová činnost.

Centra sociální péče s celoročním pobytem zajišťují komplexní péči svým klientům po celý rok.

Dělí se:

- centra pro tělesně postiženou mládež,
- centra pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením,
- centra pro tělesně postiženou mládež s více vadami,

- centra pro mentálně postiženou mládež,
- centra pro tělesně postižené dospělé občany,
- centra pro tělesně postižené dospělé s přidruženým mentálním postižením,
- centra pro tělesně postižené občany s více vadami,
- centra pro smyslově postižené dospělé občany,
- centra pro mentálně postižené dospělé občany,
- domovy důchodců,
- domovy-penziony pro důchodce (Pipeková, 2006).

Centra pro mentálně postižené občany jsou určena pro děti od 3 do 26 let, výjimečně i déle. Centra pro dospělé mentálně postižené občana jsou určeny od věku 26 let pro mentálně postižené těžšího stupně a také pro občany postižené vedle mentálního postižení také tělesně nebo smyslovou vadou.

2.6.2 Klasifikace z hlediska pohlaví

- centra sociální péče pro dívky a ženy,
- centra sociální péče pro chlapce a muže,
- centra sociální péče smíšené (koedukované).

V současné době už je většina center smíšených. Snaží se o vytvoření přirozených skupin přibližujících se k běžné populaci.

2.6.3 Dělení center sociální péče z hlediska velikosti

- Malé (rodinné),
- Velké.

Současným trendem jsou menší centra sociální péče, tzv. rodinného typu. Rodinná zařízení představují kvalitnější podmínky pro poskytování komplexní péče a udržování vztahů mezi klienty navzájem a mezi klienty a personálem.

2.6.4 Centra rozdělená na základě zřizovatele

- Státní (ministerstvo, kraj, obec),
- Nestátní (občanská sdružení, charity)

V dnešní době systém centra sociální péče prochází složitým procesem změn, kvůli neustále se vyvíjející společnosti. Jejich posláním je vytváření příležitostí klientů k tomu, aby mohli být sami sebou. Rozhodnutí musí vycházet vždy ze vzájemného porozumění, vždy se musí dodržovat etické principy a Listina základních práv a svobod. Klienti jsou v mnoha případech vnímáni intaktní společností negativně. Cestou k jejich přijetí, je změna přístupu společností k nim.

2.7 Systém IPAQ

Tento systém byl sestaven na zjištění charakteristiky pohybové aktivity (PA) obyvatel vykazujících v různých národních, kulturních a environmentálních podmínkách značnou variabilitu. Určitou míru specifčnosti můžeme předpokládat i na regionální úrovni jednotlivých států.

Systém pracuje na principu vyhodnocování výsledků ze standardizovaného dotazníku IPAQ, který je složen z několika částí zaměřených na celotýdenní pohybovou aktivitu dotazovaného respondenta. Je upraven podle dotazované cílové skupiny lidí. IPAQ hodnotí PA – volnočasovou, aktivity v domácnosti a na zahradě, aktivity, které mají vztah k práci, (zaměstnání) a aktivity mající vztah k dopravě (přesunům z místa na místo) (Manuál IPAQ, 2005).

Pomocí dotazníku IPAQ byla zkoumána pohybová aktivita u různých skupin osob např. u dospělé intaktní společnosti, adolescentů, zrakově postižených, atd.. Všechny tyto studie lze nalézt na stránkách www.ftk.upol.cz

3 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavním cílem diplomové práce bylo analyzovat úroveň pohybové aktivity u klientů ze tří center sociálních služeb pro mentálně postižené. Monitorování probíhalo po dobu jednoho týdne pomocí dotazníku IPAQ.

Dílčí cíle:

- a) srovnat výsledky aktivity-inaktivity dle pohlaví: muži a ženy
- b) srovnat výsledky aktivity-inaktivity dle typu zařízení: Klíč – centrum sociálních služeb, Dům Topolany, Centrum sociálních služeb Brno

Zdůvodnění cílů: literatura sděluje různé údaje o zapojení do PA dle pohlaví, analogicky tento přístup je zvolen i v prezentované práci. Prostředí je další faktor, který objem PA u běžné populace ovlivňuje, stejně tak obsah činností v průběhu dne. Protože v současnosti každé centrum má možnost zvolit si vlastní zaměření činností dle toho, v jakém prostředí jsou budovy a doplňková zařízení koncipována, může být zajímavé, zda i faktor prostředí se projeví i v naší studii. Proto je formulován i druhý dílčí cíl (Sigmundová & Sigmund, 2010).

Uvedená skupina respondentů byla zároveň vyšetřována pomocí aktigrafu, která byla zpracována v bakalářské práci Moniky Mokošové (2013).

Výzkumné otázky:

- Jaké množství (dnů, minut) pohybové aktivity bylo vykonáváno v rámci každého centra u mužů a žen?
- Jaké množství (dnů, minut) pohybové aktivity bylo vykonáváno při dopravě v rámci respondentů každého centra u mužů a žen?
- Jaké množství (dnů, minut) pohybové aktivity bylo vykonáváno v rámci respondentů každého centra při domácích pracích, údržbě domu (bytu) a péče o rodinu u mužů a žen?
- Jaké množství (dnů, minut) pohybové aktivity bylo vykonáváno u respondentů v rámci každého při rekreaci, sportu a volnočasové aktivitě centra u mužů a žen?
- Jaké množství (minut, hodin) stráví denně respondenti každého centra sezením?

Úkoly, postupy, limity práce

Ve své práci jsem prostudovala dokumenty, které mi byly svěřeny. Musela jsem formulovat cíle ve vztahu k převzatým údajům. Seznámit se s dotazníkem IPAQ a zanést pro mne důležitá data do elektronické podoby. Dále z těchto dat vytvořit grafy a z nich získané výsledky mezi sebou porovnat dle stanovených výzkumných otázek. A nakonec zpracovat závěrečnou zprávu s dokumentací.

Přínosem práce bylo zjištění míry pohybové aktivity u klientů z vybraných center sociální péče během týdne, zjištění rozdílu pohybové aktivity u mužů a žen jednotlivých center zvlášť. Dále zjištění kolik času klienti tráví týdně sezením.

Limity své práce vnímám v nízkém počtu probandů, u nichž bylo měření provedeno. Přesto se v ČR obdobná studie u mentálně postižených osob nedělala, v tomto smyslu je pilotní studie užitečná i pro další výzkumná šetření.

4 METODIKA

4.1 Charakteristika testovaného souboru

Měření dat, která se stala podkladem mojí diplomové práce, byla měřena pod záštitou Institutu životního stylu Fakulty tělesné kultury v Olomouci, uskutečnila se ve čtyřech centrech sociálních péče. Pro moji diplomovou práci jsem použila data ze tří center. Centrum sociálních služeb Klíč, Dům Topolany, Centrum sociálních služeb Brno. Měření probíhalo v březnu a květnu 2009. Výběr probandů byl záměrný. Všichni probandi museli splňovat podmínky, které byly: středně těžké mentální postižení, nesměli přesahovat IQ 75. Museli být v zařízení pro mentálně postižené. Probandi museli být muži i ženy. Museli být mobilní a soběstační. A poslední kritérium bylo, že nesměli mít kombinaci CP a využívat invalidní vozík. Nikdo z měřených probandů neměl kombinaci s percepční poruchou. Celkový počet měřených byl 27 mužů a 31 žen. Jejich věk byl v rozmezí 8 – 50 let. Měření jsem rozdělila vždy na srovnávání mužů a žen a na srovnávání zařízení mezi sebou (Mokrošová, 2013).

4.2 Zkoumaná centra sociální péče

Díky tomu, že všichni účastníci šetření (klienti, rodiče i vychovatelé) měli zájem o zpracování výsledků, jsou již zmíněná zařízení v celé diplomové práci (text i grafy) uváděna pod plným skutečným jménem.

4.2.1 Centrum sociálních služeb Klíč

Posláním Klíče je prostřednictvím sociálních služeb poskytovat lidem s mentálním nebo vícenásobným postižením individuální podporu ve spokojeném zvládnání života a nalézání možností osobní realizace. Služby jsou poskytovány ve spolupráci s rodinou či přirozeným sociálním zázemím klienta formou denního stacionáře, týdenního stacionáře, domova pro osoby se zdravotním postižením a chráněného bydlení a podpory samostatného bydlení.

Cílem činnosti Klíče je maximální rozvoj osobnosti, schopností a dovedností klienta a jeho seberealizace při respektování jeho možností a schopností.

Služby Klíče jsou určeny mladším dětem, starším dětem, dorostencům, mladým dospělým a dospělým mentálně postiženým, s vícenásobným postižením v kombinaci postižení mentálního a poruchami autistického spektra.

Klíč je rozdělen do několika pracovišť a ta nabízejí sociálně terapeutické, vzdělávací, pracovní, zájmové a aktivizační činnosti ve vlastním i v běžném společenském životě. Klíč spolupracuje se základní školou praktickou a speciálně pedagogickým centrem (SPC).

Vzájemná spolupráce zmíněných složek poskytuje plnohodnotnější péči o mentálně postižené a zajišťuje maximální propojení všech oblastí. Významným rozvojovým cílem Klíče je samostatné bydlení. Tato služba je určena pro osoby s lehkým až středním mentálním postižením. Osoby nejprve absolvovaly tréninkový program v chráněném bydlení. Mnoho klientů má možnost se samostatně pohybovat po městě, a to díky práci v asistovaných provozech nebo se zájmovým zaměřením ve volném čase.

Klienti Klíče se mohou účastnit aktivit v dřevodílně, keramické dílně, v tělocvičně i na zahradě. V domově působí i taneční skupina Domino, dramatický kroužek, počítačový kroužek, plavání, sportovní klub (v systému Speciálních olympiád) a další ... Klíč je aktivní v pohybových i výtvarných aktivitách. Prezентuje je i na veřejnosti.

4.2.2 Dětské centrum Topolany

Dětské centrum 1990 je nestátní, nezisková organizace, vybudovaná v roce 1990 občanským sdružením rodičů a přátel dětí a mládeže s postižením. Zařízení je především určeno pro osoby s mentálními a kombinovanými vadami, bez ohledu na věk. Má nadregionální působnost s kapacitou 60 klientů.

DC 90 je nestátní, nezisková organizace (občanského sdružení) v Olomouci – Topolanech. Poskytuje komplexní, tj. sociálních, zdravotní a výchovné služby lidem se specifickými potřebami. V denním provozu pracuje bez ohledu na věk a pohlaví tak, aby jejich život byl srovnatelný s životy zdravých spoluobčanů s přihlédnutím na jejich postižení a individuální potřeby.

DC 90 poskytuje zdravotní, sociální a výchovné péče tak, aby došlo ke komplexnímu rozvoji schopností jedince. Péče je zajišťovaná bez ohledu na věk klienta. DC 90 se snaží o zachování úzkého kontaktu s rodinou každého klienta. Pracuje na integraci postižených osob do společnosti a rozvíjí se komunikace mezi klienty.

Nabídka základních služeb DC 90: sociální služba – denní stacionář, zdravotnické služby – rehabilitace, logopedie, dílny DC 90 o.s. – Chráněná dílna keramická, Chráněná dílna zahradnická.

Areál DC 90 zahrnuje "Sad dobré vůle" a sportovní areál, který slouží k rehabilitaci, relaxaci a pracovní výuce postižených. DC 90 je unikátně vybudovaný komplex sloužící všestranné péči o postižené s kombinovanými vadami.

4.2.3 Centrum sociálních služeb Brno

Centrum poskytuje pomoc a podporu založenou na individuálním přístupu, hodnotách demokracie, lidských právech a sociální spravedlnosti osobám v nepříznivé sociální situaci ve městě Brně. Organizace zabezpečuje rozvoj materiálně technické základny zařízení služeb sociální péče, sociální prevence, odborného sociálního poradenství, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a provoz dalších účelových zařízení města Brna.

Cílem Centra je pomáhat uživatelům žít aktivní a důstojný život. Žít ho v zařízeních organizace za podpory jejich soběstačnosti, poskytovat sociální služby ve vysoké kvalitě. Vysoká odborná úroveň v souladu s individuálními potřebami osob v nepříznivé sociální situaci je základním cílem centra. Dosahovat jejich sociálního začlenění, umožnit jim využívat přirozených vazeb s okolím.

Posláním denního stacionáře Domino je všestranný rozvoj uživatelů s kombinovanými vadami a s poruchou autistického spektra. Usilují o co nejvyšší míru samostatnosti, o smysluplné využití volného času a o podporu zájmů uživatele. Podporovat uživatele v rozvíjení praktických dovedností a tím jim umožnit začlenění do společnosti.

Posláním ambulantní sociální služby denního stacionáře v Domově Nojmánek je poskytovat kvalitní naplnění volného času během pracovního dne osobám starším 16 let s mentálním i kombinovaným postižením z Brna a jeho nedalekého okolí. Nabídka volnočasových aktivit vychází z individuálních potřeb uživatelů dle jejich zájmu. Klienti pracují ve skupinách, ve dvojicích nebo samostatně. Ve sportovních kroužcích jsou velmi aktivní, hlavně v rámci systému Speciálních olympiád. V jiných aktivitách se klienti zdokonalují ve znalostech a dovednostech, které vedou k samostatnosti a seberealizaci.

Služba je zaměřena na samostatnost při uplatňování vlastní vůle klienta, k prožití plnohodnotného a kvalitního života v rámci přirozené komunity. Kromě malé tělocvičny, kde se provádí jak tělesná výchova, tak rehabilitace, je k dispozici velká zahrada s vybavením typu "dětské hřiště", uzpůsobené i pro dospělé. Zařízení je aktivní v pořádání akcí pohybového charakteru (např. letní a zimní škola v přírodě, sportovní dny i v kombinaci s prezentací výtvarných výrobků, které jsou přístupné rodičům a veřejnosti).

Posláním pobytové sociální služby týdenního stacionáře v Domově Nojmánek je zabezpečit od pondělí do pátku včetně svátků potřebnou péči a podporu osobám starším 16 let s mentálním i kombinovaným postižením, kteří nemají možnost v průběhu pracovního týdne žít ve svém domácím prostředí. Domov se jim snaží umožnit prožití důstojného

a plnohodnotného způsobu života s důrazem na udržení a využívání přirozených vztahových vazeb s jejich rodinami, příbuznými a přáteli.

4.3 Výzkumné metody a techniky

K zaznamenávání pohybové aktivity klientů z vybraných center sociální péče byl Institutu životního stylu rozdán dotazník IPAQ pro každého probanda. Do dotazníku zaznamenávali údaje z měření rodiče nebo vychovatelé. Dotazník je k nahlédnutí (Příloha 2).

4.4 Organizace a následná realizace výzkumu

Konsensus s rodiči o zapojení obstarali učitele a vychovatelé. Veliká ochota a pomoc byla jak ze strany vychovatelů tak i rodičů nebo pomocného personálu, kteří také projevíli zájem o to se nechat změřit.

Hromadné schůzky se konaly v tělocvičnách nebo upravených třídách, kde tým výzkumníků podal veškeré informace a dokumentaci. Koordinátory, ve spolupráci s IŽS byli Jeff Walkley (Royal Melbourne University – z hlediska sběru dat, která bude použita pro budoucí světovou kooperaci) a Hana Válková (FTK UP z hlediska přínosu pro hnutí Speciálních olympiád). Šetření se uskutečnilo v březnu až květnu 2009. Průběh šetření byl standardní: zajištění etického konsensu a výklad pro rodiče a vychovatele, a to týden až 10 dní před vlastním měřením a aplikací ActiGraphu. Šetření se odehrávalo v samostatné klidné místnosti, probandi byli připraveni ve cvičebním pohodlném oblečení pro měření BMI na přístroji TANITA. Posléze byl nasazen ActiGraph, pro probandy byl výklad modifikován jako „nošení důležité kapsičky, která změří, co všechno budou celý týden dělat“. V kapsičce byl i lístek pro případný kontakt s výzkumníky (Příloha 3). Po týdenním nošení se opět v dané místnosti uskutečnil sběr ActiGraphů i dotazníků IPAQ. Rodiče a vychovatelé vzorně spolupracovali, probandi se na experiment těšili. Bazální informace byly rodičům a centrům předány ještě před prázdninami 2009 (Mokrošová, 2013). Já jako autorka jsem se šetření neúčastnila, zpracovávala jsem pouze data týkající se dotazníků IPAQ kolegyně Mokrošová zpracovala první část výzkumu z ActiGraphů.

4.5 Statistické zpracování dat

Data z dotazníků IPAQ jsem zanesla do tabulek v programu Microsoft Excel 2013, data pročistila a zprůměrovala potřebné údaje. Celkové zpracování je provedeno popisnou statistikou: frekvence údajů, průměrné hodnoty). Ze vzniklých dat jsem vytvořila grafy, taktéž

v programu Microsoft Excel 2013. Všechna data byla měřena ve dvou veličinách a to v minutách a dnech.

Dotazník IPAQ je strukturován do pěti částí (pohybová aktivita v rámci centra, při dopravě, relaxaci a sportu, domácí práci, a čas strávený sezením), z nichž každá má další podotázky. Porovnávala jsem mezi sebou celé části, které jsem zanesla do přehledných grafů. Každý graf je podle barev rozdělen na jednotlivá zařízení, muže a ženy.

Některé otázky mají nulovou hodnotu z důvodu, že danou pohybovou činnost probandi vůbec neprováděli.

Hlediska pro zpracování výsledků:

1. Zjistit celkovou pohybovou aktivitu ve všech ústavech.
2. Porovnat pohybovou aktivitu mezi ústavy.
3. Porovnat rozdíly pohybové aktivity muži a ženami.
4. Analyzovat pohybovou aktivitu v rámci centra u mužů i u žen.
5. Analyzovat pohybovou aktivitu u mužů i žen při dopravě.
6. Analyzovat pohybovou aktivitu při domácích pracích, údržbě domu (bytu) a péči o rodinu u mužů a žen.
7. Analyzovat pohybovou aktivitu při rekreaci, sportu a volném čase u mužů a žen.
8. Analyzovat čas strávený sezením

5 VÝSLEDKY

5.1 Úvod k výsledkům

Pohybová aktivita mentálně postižených probandů byla monitorována 7 dní. Monitorování se vztahovalo na 27 mužů a 31 žen, ze tří zařízení. Centrum sociálních služeb Klíč, Dětské centrum Topolany, Centrum sociálních služeb Brno. Ve výsledcích pracuji s údaji měřených v dnech a minutách.

Dotazník se skládá z 5 částí, z nichž každá je zaměřená na jinou oblast (PA v rámci centra, PA při dopravě, PA při domácích pracích, PA při rekreaci, sportu a volnočasových aktivitách a poslední část dotazníku je zaměřená na čas strávený sezením). Výsledky jsou přehledně seřazeny v grafech.

Výsledky jsem strukturovala dle kritérií:

- A) Muži a ženy pohybová aktivita za týden v 5 částech dotazníku IPAQ (pohybová aktivita v rámci centra, při dopravě, relaxaci a sportu, domácí práci, a čas strávený sezením)
- B) Pohybová aktivita ve srovnání všech zařízení za týden opět v 5 částech dotazníku IPAQ (pohybová aktivita v rámci centra, při dopravě, relaxaci a sportu, domácí práci, a čas strávený sezením)

5.2 Pohybová aktivita v rámci centra vyjádřená v hodinách a dnech – srovnání tří zařízení, srovnání mužů a žen v první části dotazníku IPAQ.

Grafy jsou číslované od čísla 2 z důvodu, že první otázka dotazníku byla u všech probandů zodpovězena kladně. Všichni probandi navštěvují centrum nebo neplacenou práci mimo svůj domov.

Ve druhé otázce jsem z údajů zjistila, že intenzivní PA v rámci centra, která trvala déle než 10 min, je nejvyšší u mužů z Centra sociálních služeb Klíč (dále pouze Klíč) a to 2,5 dne u žen to bylo Dětské centrum Brno (dále pouze Brno) a to 2 dny. Nejnižších výsledků dosáhl Dům Topolany (dále pouze Topolany).

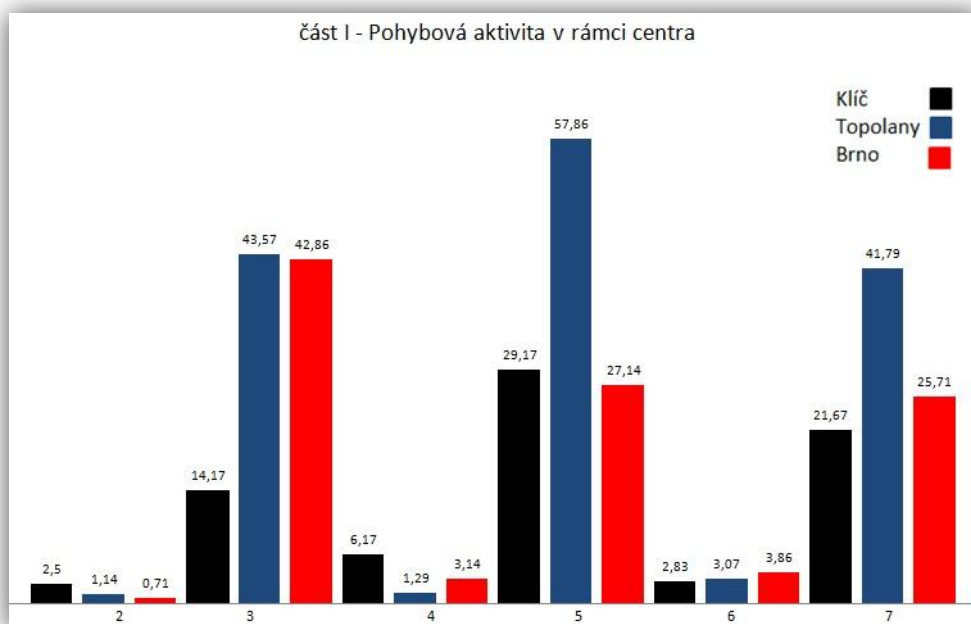
Ve třetí otázce jsem z údajů zjistila, kolik času strávila osoba v jednom z těchto dnů prováděním intenzivní PA v rámci centra. Nejlepších výsledků dosáhly Topolany a to s výsledkem 43,57 min za den u mužů a Brno s 25 min za den u žen. Nejnižších výsledků dosáhl Klíč.

Ve čtvrté otázce jsem zjistila středně zatěžující PA jako součást aktivit centra během 7 dnů. Nejlépe se umístil Klíč muži s výsledkem 6,17 dne a ženy Topolany 2,5 dne. Nejhůře dopadly Topolany muži s 1,29 dne.

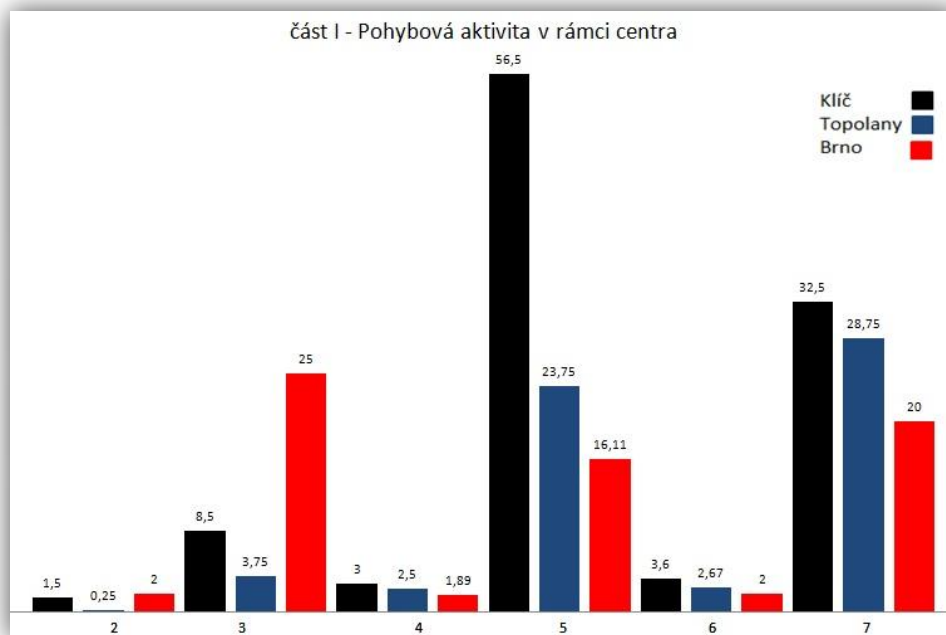
V páté otázce jsem zjišťovala, kolik minut v jednom z dní v týdnu strávili probandi středně zatěžující PA v rámci centra. Nejlépe se umístily Topolany u mužů a to s výsledkem 57,86 min/den a ženy z Klíče 56,5 min/den. nejhůře dopadlo Brno ženy s výsledkem 16,11 min/den.

V šesté otázce jsem zjišťovala, v kolika dnech během posledních 7 dnů chodila osoba nepřetržitě alespoň 10 min v rámci centra. Nejlépe dopadlo Brno muži s 3,86 dny a ženy Klíč s 3,6 dny. Nejhůře dopadlo Brno ženy se 2 dny.

V sedmé otázce jsem zjišťovala, kolik času strávila osoba v jednom z těchto dnů chůzí v rámci aktivit centra v průměru za jeden den. Nejlépe dopadly Topolany muži s výsledkem 41,79 min/den a 32,5 min/den ženy taktéž z Topolan. Nejhůře dopadly ženy z Brna a to s výsledkem 20 min/den.



Graf č. 1 MUŽI: 2 = intenzivní PA (dny), 3 = intenzivní PA (min), 4 = středně zatěžující PA (dny), 5 = středně zatěžující (min), 6 = nepřetržitá chůze alespoň 10 min. (dny), 7 = kolik min. v 1 dni chůze.



Graf č. 2 ŽENY: 2 = intenzivní PA (dny), 3 = intenzivní PA (min), 4 = středně zatěžující PA (dny), 5 = středně zatěžující (min), 6 = nepřetržitá chůze alespoň 10 min. (dny), 7 = kolik min. v 1 dni chůze.

5.3 Pohybová aktivita při dopravě v hodinách a dnech – srovnání tří zařízení, srovnání mužů a žen ve druhé části dotazníku IPAQ.

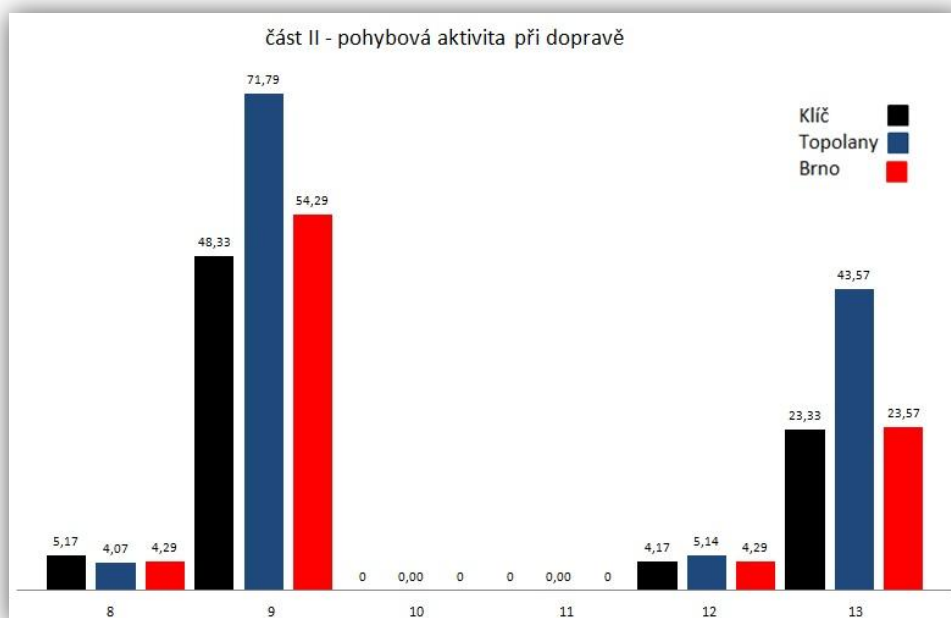
V otázce číslo osm jsem zjišťovala, v kolika dnech během posledních 7 dnů osoba cestovala motorovým dopravním prostředkem. Nejvyšší počet měli muži z Klíče a to 5,17 dní a ženy taktéž z Klíče s počtem 5,1 dní. Nejnižší hodnoty měly jak ženy z Topolan, tak i muži.

V deváté otázce jsem zjišťovala, kolik času strávila osoba v jednom z těchto dnů cestováním v motorovém dopravním prostředku. Nejvyšší hodnotu měly ženy z Topolan a to 89,1 min/den a muži z Topolan 71,79 min/den. Nejnižší čas měl Klíč jak u mužů, tak u žen.

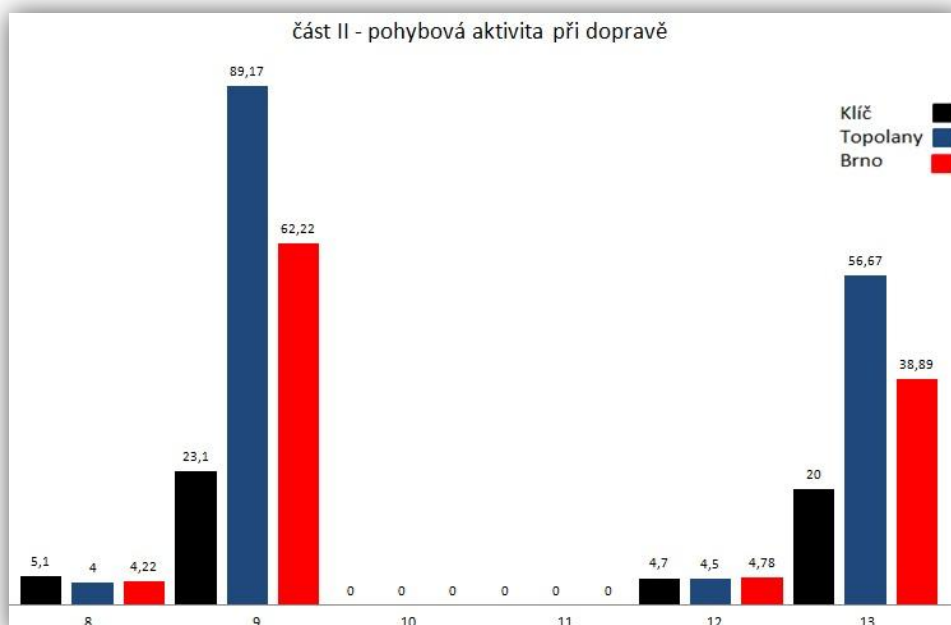
V desáté otázce jsem zjistila, že probandi nejedí na kole, proto byly výsledky i u následující otázky jedenácté nulové.

Ve dvanácté otázce jsem zjišťovala, v kolika dnech během posledních sedmi dnů chodila osoba nepřetržitě alespoň deset minut z místa na místo. Nejlépe dopadli muži z Topolan a to s výsledkem 5,14 dní a ženy z Brna 4,78 dní. Nejnižší počty měli muži z Klíče 4,17 dní.

Ve třinácté otázce jsem zjišťovala, kolik času obvykle strávila osoba v jednom z těchto dní chůzí z místa na místo. Nejvyšší čas dosáhly ženy v Topolanech a to 56,67 min/den a muži z Topolan a to 43,57 min/den. Nejhorší čas měly ženy z Klíče a to 20 min/den.



Graf č. 3 MUŽI: 8 = cestování motorovým dopravním prostředkem (dny), 9 = cestování mot. dopr. prostředkem za 1 den (min), 10 = jízda na kole přesun (dny), 11 = jízda na kole 1 den (min), 12 = nepřetržitá chůze alespoň 10 min. přesun (dny), 13 = kolik min. v 1 dni chůze při přesunu z místa na místo.



Graf č. 4 ŽENY: 8 = cestování motorovým dopravním prostředkem (dny), 9 = cestování mot. dopr. prostředkem za 1 den (min), 10 = jízda na kole přesun (dny), 11 = jízda na kole 1 den (min), 12 = nepřetržitá chůze alespoň 10 min. přesun (dny), 13 = kolik min. v 1 dni chůze při přesunu z místa na místo.

5.4 Pohybová aktivita při domácích pracích, údržbě domu (bytu) a péči o rodinu – srovnání tří zařízení, srovnání mužů a žen ve třetí části dotazníku IPAQ.

Ve čtrnácté otázce jsem zjišťovala, v kolika dnech během posledních sedmi dnů osoba prováděla intenzivní PA na zahradě nebo v okolí domu. Zjistila jsem, že nejvyšší hodnoty měli muži z Topolan 0,64 dne a pouze ženy z Brna prováděly PA na zahradě nebo v okolí domu a to 0,22 dne. V ostatních zařízeních byly hodnoty nulové.

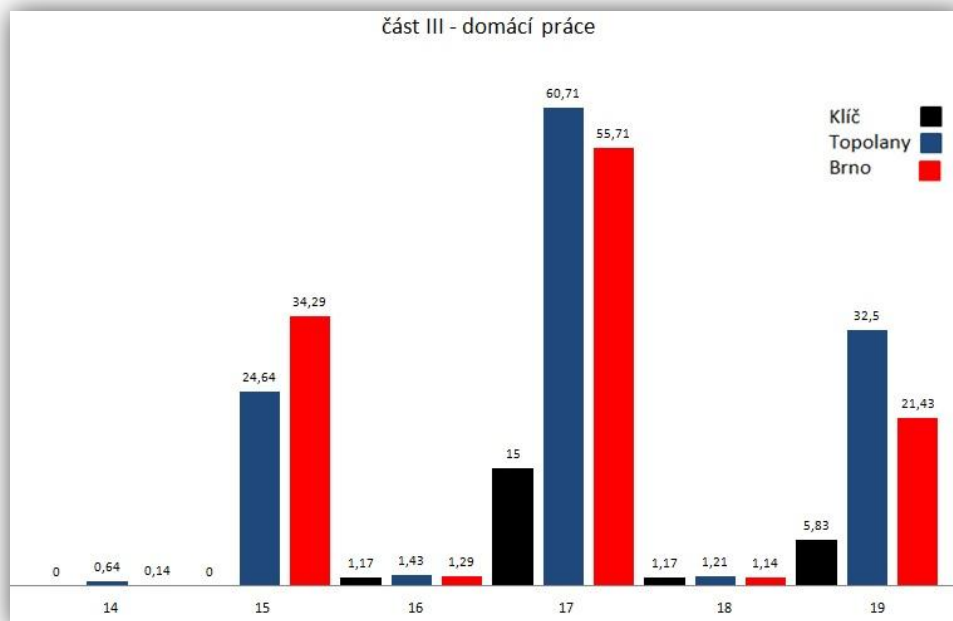
V patnácté otázce jsem zjišťovala, kolik času obvykle strávila osoba v jednom z těchto dnů prováděním intenzivní PA na zahradě nebo v okolí domu. Nejvyšší čas měli muži z Brna a to 34,29 min/den a ženy z Brna a to 23,33 min/den. Další čas byl pouze u Topolan mužů a to 24,64 min/den. Ostatní měli nulové hodnoty.

V šestnácté otázce jsem zjišťovala, v kolika dnech během posledních sedmi dnů osoba prováděla středně zatěžující PA na zahradě nebo v okolí domu. Nejvyšší hodnoty dosahovaly ženy v Brně a to 2 dny v týdnu a muži v Topolanech s 1,43 dní v týdnu. Nejnižší hodnoty měly ženy v Topolanech, pouze 1 den.

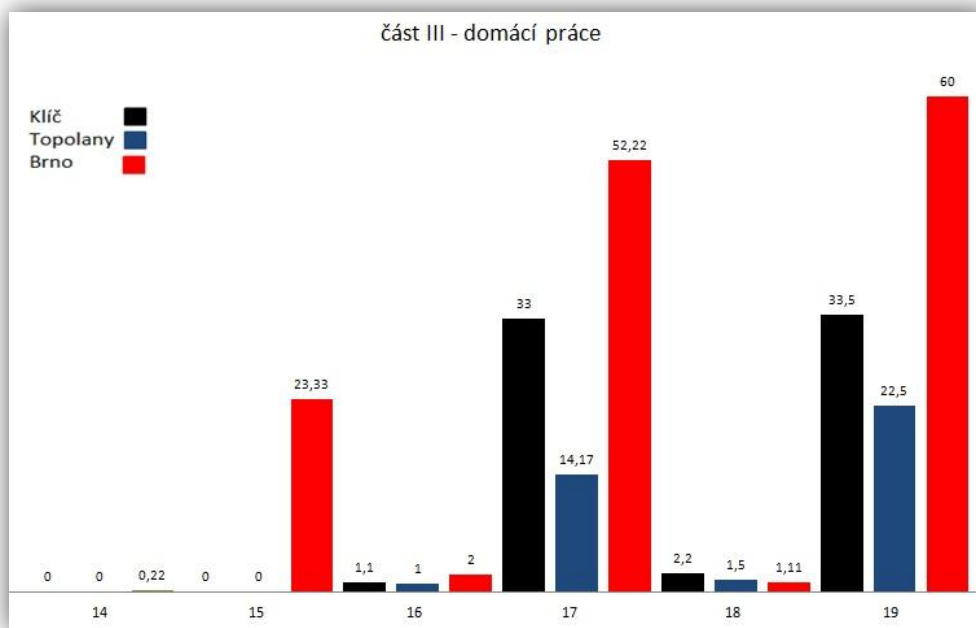
V otázce sedmnácté jsem zjišťovala, kolik času osoba obvykle stráví v jednom z těchto dní středně zatěžující PA na zahradě nebo v okolí domu. Nejvíce minut měli muži z Topolan a to 60,71 min/den a ženy z Brna 52,22 min/den. Nejméně měly ženy z Topolan a to 14,17 min/den.

V osmnácté otázce jsem zjišťovala, v kolika dnech během týdne prováděla osoba středně zatěžující PA nepřetržitě alespoň 10 min u sebe doma. Nejvyšší hodnoty dosahovaly ženy v Klíči a to 2,2 dny a muži v Topolanech 1,21 dne. Nejnižší hodnoty měli muži i ženy z Brna.

V devatenácté otázce jsem zjišťovala, kolik času obvykle tráví osoba v jednom z těchto dní středně zatěžující PA u sebe doma. Nejvyšší hodnoty dosahovaly ženy v Brně a to 60 min/den a muži v Topolanech 32,5 min/den. Nejméně dosáhli muži v Klíči a to 5,83 min/den.



Graf č. 5 MUŽI: 14 = intenzivní PA na zahradě nebo v okolí domu (dny), 15 = intenzivní PA na zahradě nebo v okolí domu za 1 den (min), 16 = středně zatěžující PA na zahradě nebo v okolí domu (dny), 17 = středně zatěžující PA na zahradě nebo v okolí domu za 1 den (min), 18 = středně zatěžující PA doma v bytě nebo domě delší než 10 min (dny), 19 = kolik min. v 1 dni středně zatěžující PA v bytě nebo domě (min).



Graf č. 6 ŽENY: 14 = intenzivní PA na zahradě nebo v okolí domu (dny), 15 = intenzivní PA na zahradě nebo v okolí domu za 1 den (min), 16 = středně zatěžující PA na zahradě nebo v okolí domu (dny), 17 = středně zatěžující PA na zahradě nebo v okolí domu za 1 den (min), 18 = středně zatěžující PA doma v bytě nebo domě delší než 10 min (dny), 19 = kolik min. v 1 dni středně zatěžující PA v bytě nebo domě (min).

5.5 Pohybová aktivita při rekreaci, sportu a volném čase – srovnání tří zařízení, srovnání mužů a žen ve čtvrté části dotazníku IPAQ.

Ve dvacáté otázce jsem zjišťovala, v kolika dnech během posledních 7 dnů chodila osoba nepřetržitě nejméně 10 minut ve svém volném čase. Nejvíce dní chodili muži v Toplanech a to 3,07 dní a ženy v Klíči 2,8 dní. Nejméně ženy v Brně a to 1,67 dní.

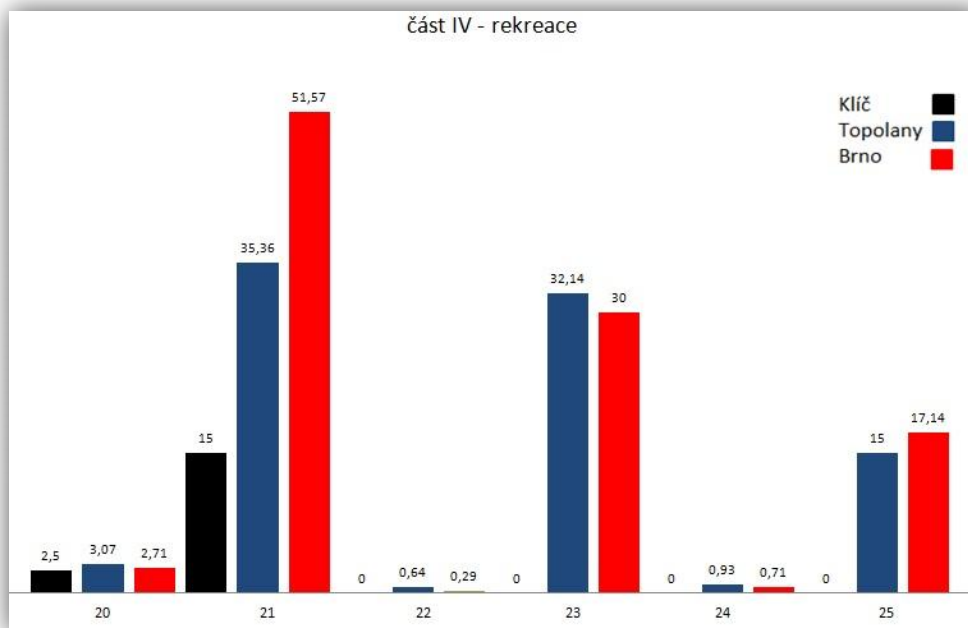
Ve dvacáté první otázce jsem zjišťovala, kolik času strávila osoba chůzí v jednom z těchto dní. Nejvíce minut nachodily ženy v Brně a to 65 min/den a muži v Brně 51,57 min/den.

Ve dvacáté druhé otázce jsem zjišťovala, v kolika dnech během posledních 7 dnů prováděla osoba intenzivní PA, ve svém volném čase nejméně 10 min. Nejvíce měli muži z Topolan a to 0,64 dní a ženy z Topolan. Nejméně ženy a muži z Klíče, kteří měli nulu.

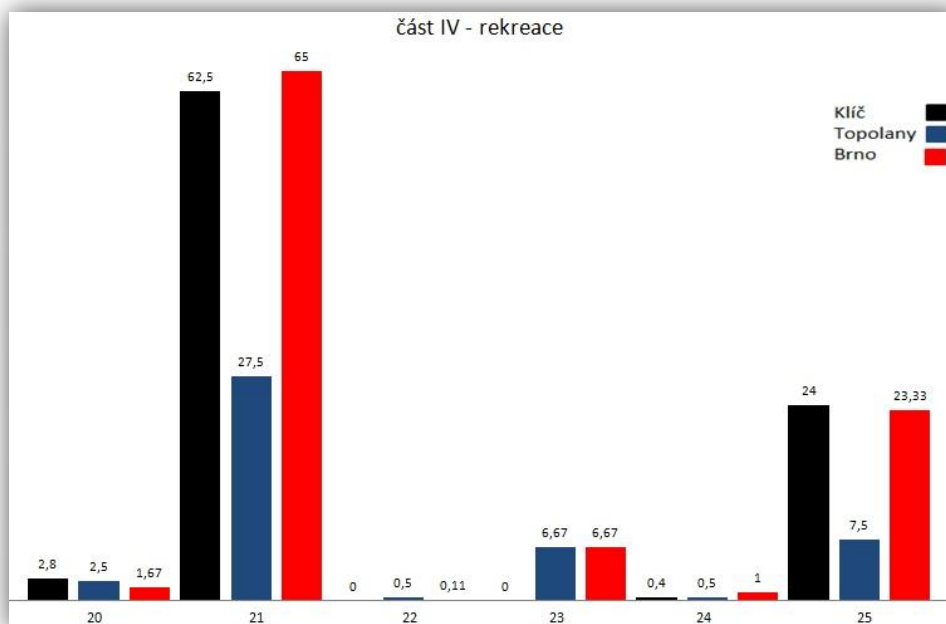
Ve dvacáté třetí otázce jsem zjišťovala, kolik času obvykle trávila osoba v jednom z těchto dní prováděním intenzivní PA ve svém volném čase. Nejvíce minut měli muži z Topolan a to 32,14 min/den a ženy z Topolan a Brna shodně po 6,67 min/den. Nejméně měli muži i ženy z Klíče v obou případech nula.

Ve dvacáté čtvrté otázce jsem zjišťovala, v kolika dnech během posledních 7 dnů prováděla osoba středně zatěžující PA ve svém volném čase alespoň 10 minut. Nejvíce měly ženy v Brně a to 1 den a muži v Toplanech 0,93 dní. Nejméně aktivní byli muži a ženy v Klíči.

Ve dvacáté páté otázce jsem zjišťovala, kolik času osoba v jednom z těchto dní prováděla středně zatěžující PA ve svém volném čase. Nejvíce minut měly ženy z Klíče a to 24 min/den a muži z Brna 17,14 min/den. Nejméně dosáhli muži z Klíče a to nula minut.



Graf č. 7 MUŽI: 20 = nepřetržitá chůze nejméně 10 min ve volném čase (dny), 21 = nepřetržitá chůze ve volném čase za 1 den (min), 22 = intenzivní PA nejméně 10 min ve volném čase (dny), 23 = Intenzivní PA ve volném čase za 1 den (min), 24 = středně zatěžující PA ve volném čase delší než 10 min (dny), 25 = kolik min. v 1 dni středně zatěžující PA ve volném čase (min).

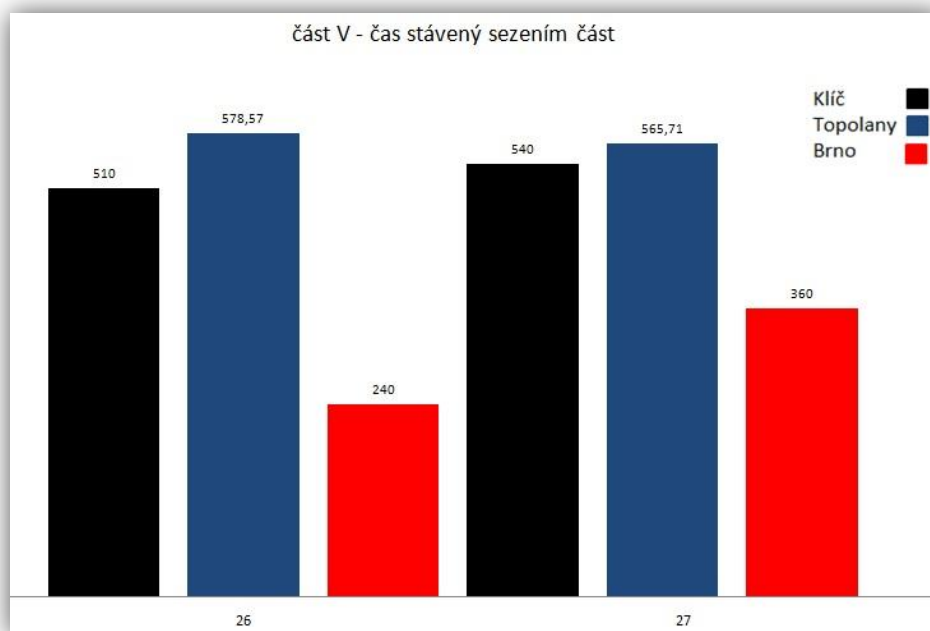


Graf č. 8 ŽENY: 20 = nepřetržitá chůze nejméně 10 min ve volném čase (dny), 21 = nepřetržitá chůze ve volném čase za 1 den (min), 22 = intenzivní PA nejméně 10 min ve volném čase (dny), 23 = Intenzivní PA ve volném čase za 1 den (min), 24 = středně zatěžující PA ve volném čase delší než 10 min (dny), 25 = kolik min. v 1 dni středně zatěžující PA ve volném čase (min).

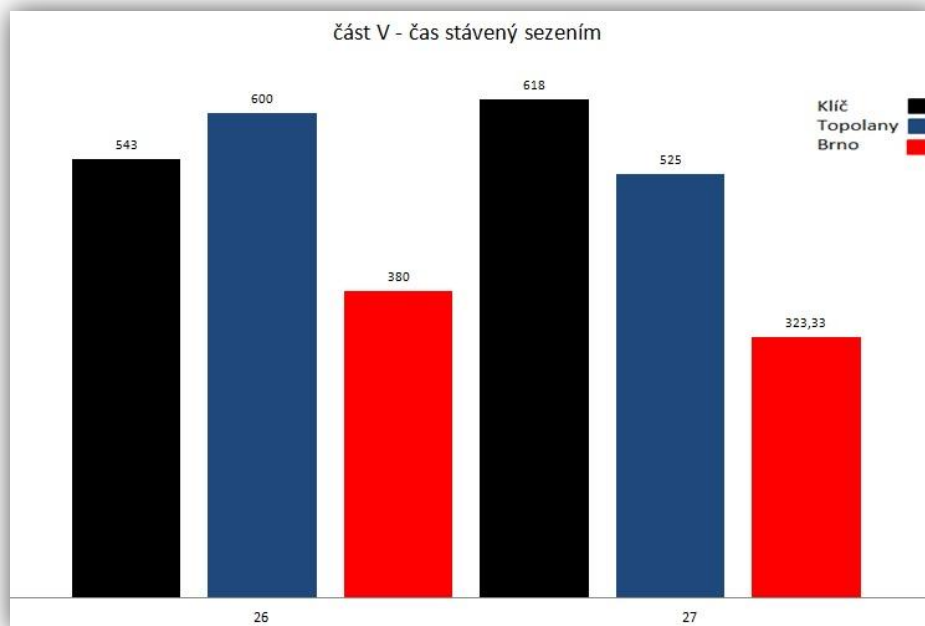
5.6 Čas strávený sezením – srovnání tří zařízení, srovnání mužů a žen v páté části dotazníku IPAQ.

Ve dvacáté šesté otázce jsem zjišťovala, kolik času denně trávila osoba sezením v pracovních dnech během posledního týdne (průměr za jeden den). Nejvíce času seděly ženy v Topolanech 600 minut = 10 hodin a muži v Topolanech 578,57 minut = 9,64 hodin. Nejméně času proseděli muži i ženy v Brně.

Ve dvacáté sedmé otázce jsem zjišťovala, kolik času denně tráví osoba sezením ve víkendových dnech během posledního týdne (průměr za jeden den). Nejvíce času o víkendu prosedí ženy z Klíče a to 618 minut = 10,3 hodiny a muži z Topolan 565,71 minut = 9,43 hodin. Nejméně času o víkendech prosedí muži i ženy z Brna.



Graf č. 9 MUŽI: 26 = čas denně strávený sezením v pracovních dnech (min), 27 = čas denně strávený sezením o víkendu (min).



Graf č. 10 ŽENY: 26 = čas denně strávený sezením v pracovních dnech (min), 27 = čas denně strávený sezením o víkendu (min).

6 DISKUSE

V rámci tohoto výzkumného šetření jsme se zaměřili na měření pohybové aktivity (PA) u mentálně postižených osob z vybraných center sociální péče. Výzkumná data jsme získali pomocí standardizovaného dotazníku IPAQ. Výzkumný soubor byl monitorován po dobu jednoho týdne (pracovní týden a víkend). Při zpracování souboru jsme pracovali s rozdělením na muže a ženy a jednotlivá centra sociální péče.

Při formulování výsledků jsme vycházeli z rozdělení dotazníku na 5 hlavních částí, z nichž každá obsahovala další podotázky. Části byly zaměřeny na PA v rámci celého centra, při dopravě, při práci v domácnosti a na zahradě, při rekreaci a sportu a čas strávený sezením. Výsledky byly hodně různorodé, protože každé centrum má jiné vybavení, jiné podmínky a hlavně jinou polohu, proto výsledky nejsou jednoznačné a v každé části vyšlo aktivnější jiné centrum. Nejvíce času trávili muži i ženy sezením v Topolanech. I přes mnoho času strávených sezením jsou Topolany velmi aktivní, můžeme množství sezení přisuzovat aktivitám tráveným vsedě. Jinak v ostatních výsledcích se pohybovaly nejčastěji Topolany, proto je můžeme považovat za nejaktivnější u mužů i u žen. Mají velkou zahradu, v obsahu jejich činnosti „farmaření“ a pletení košíků a keramika.

Osoby s mentálním postižením nebyli v ČR nikdy dříve monitorováni v takovém rozsahu, proto můžeme tuhle pilotní studii považovat za přínosnou. A mohou se od ní odvíjet další studie.

Já sama jsem se neúčastnila sběru dat, ale dle referencí mé vedoucí práce, mohu tvrdit, že celkový průběh výzkumu v zařízeních může být hodnocen kladně. Všichni zúčastnění projevili velký zájem o naše šetření a plně se na něm podíleli. Vyšli vstříc ve všech požadavcích, které na ně byly kladeny. Také většina klientů se postavila k měření kladně a za pomoci rodičů a svých vychovatelů záznamové archy vyplnili.

7 ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem zjistila, že nejaktivnější v rámci centra u mužů byly Topolany, u kterých byla PA v průměru intenzivního i středního zatížení 40 min a více za 1 den. Z toho vyplývá, že splňují doporučený počet minut pro PA za den. U žen byl nejaktivnější Klíč, nad doporučených 30 minut se dostali ve středně zatěžující PA a při chůzi delší než 10 min. Intenzivní zátěž byla u žen minimální.

V pohybové aktivitě při dopravě jsem zjistila, že ve všech centrech cestovali probandi každý všední den. Rozdíl byl v času, nejdéle času trávili cestováním v dopravních prostředcích a přesunem chůzí z místa na místo muži z Topolan. U žen byly výsledky v počtu dní téměř totožné a opět nejvíce času trávily v dopravních prostředcích a chůzí z místa na místo ženy z Topolan. Výsledky z cestování na kole jsou nulové, protože nikdo z probandů na kole nejezdí.

Muži z Topolan tráví nejvíce času domácími pracemi a péčí o zahradu. Ženy z Brna tráví nejvíce času středně zatěžující PA v bytě nebo domě 60 min/den. Na zahradě tráví středně zatěžující PA 50 min/den. Z toho opět vyplývá, že splňují doporučenou denní dávku PA. Intenzivní pohybovou aktivitu na zahradě nebo v okolí domu tráví 20 min denně.

Nejvíce času ve svém volném čase tráví chůzí muži v Brně a to 52 min/den. Intenzivní pohybovou aktivitu vykonávají pouze muži z Topolan a Brna v necelém 1 dni 30 min. Také splňují 30 min doporučené denní PA. U středně zatěžující pohybové aktivity, kterou vykonávají opět pouze Topolany a Brno okolo 15 min/den. Nejvíce času ve svém volném čase tráví ženy v Brně a to 65 min/den. Intenzivní pohybovou aktivitu provádí pouze ženy v Topolanech a v Brně a to 7 min/den. Středně zatěžující pohybovou aktivitu vykonávají ženy v Klíči a to 24 min/den.

Muži z Topolan trávily sezením 10 hodin v pracovních dnech a o víkendu 9,5 hodin. Ženy nejvíce seděly v týdnu v Topolanech 10 hodin a o víkendech v Klíči 8,75 hodin.

8 SOUHRN

Cílem této diplomové práce bylo za pomoci standardizovaného Mezinárodního dotazníku IPAQ long analyzovat pohybovou aktivitu u klientů s mentálním postižením, kteří navštěvují tři různá zařízení. Centrum sociálních služeb Klíč, Dům Topolany, Dětské centrum Brno. Diplomová práce dále obsahuje problematiku mentálního postižení habituální aktivitu, životní styl, životní styl mentálně postižených jedinců, Speciální olympiády a zařízení pro mentálně postižené.

Výzkumný soubor tvořilo 58 probandů z celkem 3 zařízení. Všichni probandi splňovali podmínky, které byly: středně těžké mentální postižení, nesměli přesahovat IQ 75. Museli být v zařízení pro mentálně postižené. A poslední kritérium bylo, že nesměli mít kombinaci CP a využívat invalidní vozík. Nikdo z probandů neměl kombinaci s percepční poruchou. Jejich věk byl 8 – 50 let. Dotazník vyplňovali rodiče, učitelé nebo vychovatelé a já ho zpracovala do grafů.

Analyzovala jsem počty dní a minut, ve kterých probandi prováděli PA, která byla strukturovaná do pěti částí v dotazníku a dalších celkem dvaceti sedmi podotázek. Pohybová aktivita byla zkoumána z pohledu těchto komponent: intenzivní PA, středně zatěžující PA a chůze.

S ohledem na výše uvedené komponenty byly stanoveny cíle, dílčí cíle a výzkumné otázky diplomové práce. Výsledky výzkumných otázek byly velmi různorodé podle zaměření jednotlivých zařízení a jejich každodenní náplně. Muži z Topolan a ženy z Topolan a Brna byli aktivní, ale i přes vysokou aktivitu trávili mnoho času sezením. Což může být způsobeno jejich bydlením. Muži seděli nejvíce v Topolanech, ve všední den 10 hodin o víkendech 9,5 hodin ženy nejvíce seděly v týdnu v Topolanech 10 hodin a o víkendech v Klíči 8,75 hodin. Některé výsledky byly nulové z důvodu, že probandi dané aktivity vůbec neprovádějí př. jízda na kole.

9 SUMMARY

The aim of this thesis was to analyse physical activity of clients with mental disorder who attend three different units by means of a standardized International questionnaire IPAQ. The three institutions were The Centre for social services Klíč, Dům Topolany and Children's center Brno. The thesis further contains the issue of mental disorder, habitual activity, lifestyle, lifestyle of mentally disabled people, Special Olympics and the issue of units for mentally disabled people.

The research sample consists of 58 probands from three units. All probands fulfilled the conditions which were: moderate mental retardation, which could not exceed IQ 75. They had to stay in a unit for mentally disabled people and the last criterion was that they were not allowed to suffer from combination of CP and use a wheelchair. None of the probands had a combination with perceptual disorder. They were aged 8-50 years and the questionnaire was filled out by their parents, educators or teachers and subsequently processed into charts.

I analyzed the number of days and minutes in which probands performed physical activity, which was structured into five parts of the questionnaire and into other twenty-seven sub-questions. Physical activity was examined in these levels: intensive, moderate and walking.

The goals, sub-goals and research questions of the thesis were defined with regard to the above mentioned components. The results of the research questions were various according to the specialization, orientation and every day activities of individual units. Men and women from Topolany and Brno were active, but in spite of their high activity spent a lot of time sitting. This may be caused due to their accommodation. The men were sitting for 10 hours and women for 10 per a working day. At the weekend, men were sitting for 9,5 hours and women in Klíč for 8,75 hours. Some results were neutral because the probands do not practise some activities e.g. cycling.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

Bláha, L., Frömel, K., Válková, H. (2012). *Vybrané ukazatele pohybové aktivity a inaktivity osob s postižením zraku*. Pedagogická fakulta, Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Ústí nad Labem, Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého, Olomouc.

Bleidick, U. (1989). *Beratung bei Lernbehinderten*. Die Rehabilitation.

Centrum sociálních služeb Klíč (2008). Historie vzniku Klíče v souvislosti s vývojem poskytování sociálních služeb. *Centrum sociálních služeb Klíč*. Retrived 29 .4. 2013 from: <http://www.klic-css.cz/historie/>

Centrum sociálních služeb Klíč (2008). Informace o zařízení. *Centrum sociálních služeb Klíč*. Retrived 27. 4. 2013 from: <http://www.klic-css.cz/o-nas/>

Centrum sociálních služeb Klíč (2008). Zájmové aktivity. *Centrum sociálních služeb Klíč*. Retrived 27. 4. 2013 from: <http://www.klic-css.cz/zajmove-aktivity2/>

Centrum sociálních služeb Brno (2007). Centrum sociálních služeb, příspěvková organizace. *Centrum sociálních služeb, příspěvková organizace Brno*. Retrived 27.4. 2013 from: <http://www.css.brno.cz/index.php?nav01=7925&nav02=8398>

Centrum sociálních služeb Brno (2007). O nás. *Centrum sociálních služeb, příspěvková organizace Brno*. Retrived 27. 4. 2013 from: <http://www.css.brno.cz/index.php?nav01=7925&nav02=8398>

Centrum sociálních služeb Brno (2007). Denní stacionář. *Centrum sociálních služeb, příspěvková organizace Brno*. Retrived 27. 4. 2013 from: <http://www.css.brno.cz/index.php?nav01=7925&nav02=8400&nav03=8406&nav04=10790>

Čeledová, L., & Čevela, R. (2010). *Výchova ke zdraví. Vybrané kapitoly*. Praha: GRADA.

Fromel, K. (2002). *Kompendium psaní a publikování v kinantropologii*. Olomouc. Univerzita Palackého v Olomouci.

Hendl, J., Dobrý, L., et al. (2011). *Zdravotní benefity pohybových aktivit. Monitorování, intervence, evaluace*. Praha: Karolinum.

- IPAQ Research Committe. (2005). *Manuál pro zpracování a analyze dat Mezinárodního dotazníku pohybové aktivity (IPAQ) – krátká a dlouhá verze*. International Physical Activity Questionnaire.
- Jandourek, J. (2001). *Sociologický slovník*. Praha: Portál.
- Ješina, O., Hamřík Z., a kol. (2012). *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času*. Olomouc. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE – institut.
- Karásková, V. (2000). *Zábavná cvičení s mentálně postiženými dětmi*. Olomouc. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Knýřová, P. (2006). *Kvalita života mentálně retardovaných. Diplomová práce*. Brno: Katedra speciální pedagogiky.
- Langer, S. (1996). *Mentální retardace: etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. Hradec Králové: Kotva.
- Mokrošová, M. (2013). *Týdenní pohybový režim osob s mentálním postižením. Diplomová práce bakalářská*. Olomouc: Fakulta tělesné kultury.
- Mysliveček, Z. (1959). *Speciální psychiatrie*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Pipeková, J. (2006). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paideo.
- Řehulka, E., & Reissmannová, J. (2013). *Současné trendy k výchově ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita.
- Sigmund, E., & Sigmundová, D. (2010). *Statistická a věcná významnost a použití koeficientů velikosti účinku při hodnocení dat o pohybové aktivitě*. Olomouc: UPOL.
- Sigmund, E., & Sigmundová, D. (2011). *Pohybová aktivita pro podporu zdraví dětí a mládeže*. Olomouc: UPOL.
- Švarcová, I. (2011). *Mentální retardace*. Praha.

Švarcová, I. (2000). *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál.

Special Olympics (2000). Who we do. *Special Plympics*. From:

<http://www.specialolympics.org/>

Special Olympics (2000). What we are. *Special Plympics*. From:

<http://www.specialolympics.org/>

Special Olympics (2000). Sports & Games. *Special Plympics*. From:

<http://www.specialolympics.org/>

Tilinger, P., Lejčarová, A., a kol. (2012). Sport osob s intelektovým postižením. Karolinum.

Univerzita Karlova v Praze.

Valenta, M., Muller, O. et al. (2013). *Psychopedie*. Praha.

Ward, A., D. (1993). *Nový pohled: právo mentálně retardovaných pro Východní Evropu*.

Praha: Mezinárodní liga společnosti pro osoby s mentálním postižením.

11 PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha 1 Informační leták

Příloha 2 Dotazník IPAQ

Příloha 3 Informační ústřížek

Příloha 1



Olomouc, 25.3.2009

Vážení rodiče či jejich zástupci,

FTK UP je zapojena do mezinárodního projektu sledování objemu a intenzity pohybových aktivit u všech skupin obyvatel. V ČR tyto údaje dosud nebyly snímány, v Evropě se teprve začíná. Proto spolupracujeme s Royal University v Melbourne (Austrálie – prof. Jeff Walkley).

Šetření sestává:

- ze získávání údajů míry a váhy na moderním přístroji (který se, mimochodem klientům velmi líbí). Chytí se madel váhy a nastoupí na plošinu digitální váhy v lehkém běžném denním oblečení bez bot, NESVLÉKAJÍ se do spodního prádla. Zařízení ihned vytiskne lísteček se získanými údaji o váze, o procentu svalové hmoty, tuku v segmentech těla, apod. Lísteček si každý může odnést domů.
- z měření pohybové aktivity po dobu jednoho týdne. Tj. osoba nosí JEDEN TÝDEN malinký měřicí přístroj v kapsičce opasku, tzv. akcelerometr. Opasek se sundává na noc a v případě kontaktu s vodou (sprchování, plavání, apod.). Nošení opasku neobtěžuje. Jeden den při měření váhy se rozdá a přesně za týden zase odevzdá. Do 14 dnů pak lze získat vyhodnocené informace o týdenní srdeční frekvenci, o energetickém výdeji a o celkovém objemu pohybových aktivit.
- z dotazníku týkajícího se popisu pohybových aktivit v daném období. Dotazník neobsahuje žádné citlivé údaje a zabere cca 20 min.
- údaje se pak při zpracování dávají do vzájemného vztahu.

Na oprávněný dotaz, zda Vaše děti, klienti, nebudou JEN „pokusnými králíky“, můžeme odpovědět NE. V krátké době můžete získat výše uvedené informace, které poslouží jako námět pro prevenci obezity, úpravu pohybového režimu, apod. Šetření se můžete osobně zúčastnit jako pozorovatelé, ale i jako osoby, které se nechají přímo vyšetřit a srovnat si Vaše údaje s údaji Vašich dětí.

Ujišťujeme vás také, že šetření a prezentace probíhají anonymně, nebudou zveřejňovány žádné fotografie, žádná jména, bude jen poděkováno zúčastněné instituci jako celku.

Termín šetření bude v případě Vašeho souhlasu stanoven po dohodě s ředitelem zařízení

Děkujeme, že jste porozuměli smyslu projektu a jeho významu pro Vás, ale i pro mezinárodní databanku a prezentaci úrovně ČR. Samozřejmě respektujeme Vaše právo odmítnout. Pro bližší informace připojuji kontakt.

Děkuji.

Prof. Hana Válková, FTK UP Olomouc
Hana.valkova@upol.cz
FTK UP, tř. Míru 115 585 6363 99
771 40 Olomouc-Neředín

Souhlasím s účastí:

Nesouhlasím s účastí:

Klient _____

klient: _____

Podpis rodiče:

Podpis rodiče:

Odevzdejte, prosím, do 1 týdne zpět do centra na Husitské ul.

MEZINÁRODNÍ DOTAZNÍK K POHYBOVÉ AKTIVITĚ

Zajímáme se o pohybovou aktivitu, kterou vykonávají lidé různých skupin populace jako součást jejich každodenního života. Abychom zjistili, jaké druhy pohybové aktivity <vlozte jméno osoby>vykonává, rádi bychom se vás na ně zeptali. V otázkách se vás budeme ptát na čas, který osoba strávila pohybovou aktivitou **v posledních 7 dnech**. Prosíme Vás o zodpovězení všech otázek, i když osobu nepovažujete za pohybově aktivního člověka. Zamyslete se, prosím, nad aktivitami, které osoba provádí v centru/škole (dále jen „centrum“), jako součást jejich domácích prací, na zahradě, při přesunu z místa na místo a v jejím volném čase při rekreaci, cvičení nebo sportu.

Zamyslete se nad **intenzivní** (tělesně náročná) a **středně zatěžující** pohybovou aktivitou, kterou osoba prováděla **během posledních 7 dnů**. **Intenzivní** pohybová aktivita se vyznačuje těžkou tělesnou námahou a zadýcháním. **Středně zatěžující** pohybová aktivita se vyznačuje střední tělesnou námahou, při které člověk dýchá trochu víc než normálně.

1. ČÁST: POHYBOVÁ AKTIVITA V RÁMCI CENTRA

První část se týká aktivit osoby v rámci centra, které navštěvuje. Zahnuje aktivity centra, učební programy a jakoukoliv další neplacenou práci, kterou osoba dělala mimo svůj domov. **Nezahrnujte sem neplacenou práci, kterou dělá doma**, jako např. domácí a zahradní práce, údržbu domu (bytu) a pomáhání ostatním. Na to se ptáme ve 3. části.

1. Navštěvuje osoba v současnosti centrum nebo neplacenou práci mimo svůj domov?
- Ano
- Ne



Přejděte ke 2. části: PŘESUNY

Následující otázky se týkají veškeré pohybové aktivity, kterou osoba prováděla **během posledních 7 dnů** jako součást centra nebo neplacené práce. Není sem zahrnut přesun do centra a z centra.

2. V kolika dnech **během posledních 7 dnů** prováděla osoba **intenzivní** pohybovou aktivitu, např. zvedání těžkých břemen, kopání (rytí), těžké stavební práce, výstup do schodů **v rámci aktivit centra**? Berte v úvahu pouze tu pohybovou aktivitu, která trvala nepřetržitě alespoň 10 minut.

____ dnů v týdnu

- Žádná intenzivní pohybová aktivita spojená s pobytem v centru



Přejděte k otázce č. 4

3. Kolik času obvykle strávila osoba v jednom z těchto dnů prováděním **intenzivní** pohybové aktivity v rámci aktivit centra (v průměru za jeden den)?

____ hodin denně
____ minut denně

4. Opět berte v úvahu pouze tu pohybovou aktivitu, kterou osoba prováděla nepřetržitě alespoň 10 minut. V kolika dnech **během posledních 7 dnů** osoba prováděla **středně zatěžující** pohybovou aktivitu, např. přenášení lehkých břemen, **jako součást aktivit centra**? Nezahrnujte, prosím, chůzi.

____ dnů v týdnu

- Žádná středně zatěžující pohybová aktivita spojená s pobytem v centru



Přejděte k otázce č. 6

5. Kolik času obvykle strávila osoba v jednom z těchto dnů prováděním **středně zatěžující** pohybové aktivity v rámci aktivit centra (v průměru za jeden den)?

____ hodin denně
____ minut denně

6. V kolika dnech **během posledních 7 dnů chodila** osoba nepřetržitě alespoň 10 minut **v rámci aktivit centra**? Nezapočítávejte prosím chůzi do centra a z centra.

____ dnů v týdnu

Žádná chůze spojená se aktivitami centra → **Přejděte ke 2. části: PŘESUNY**

7. Kolik času obvykle strávila osoba v jednom z těchto dnů **chůzí** v rámci aktivit centra (v průměru za jeden den)?

____ hodin denně

____ minut denně

2. ČÁST: PŘESUNY - POHYBOVÁ AKTIVITA PŘI DOPRAVĚ

Následující otázky se vztahují k tomu, jak se osoba dopravuje z místa na místo, včetně míst jako centrum, obchody, kina atd.

8. V kolika dnech **během posledních 7 dnů** osoba **cestovala motorovým dopravním prostředkem**, jako např. vlakem, autobusem, autem nebo tramvají?

____ dnů v týdnu

Žádné cestování motorovým dopravním prostředkem → **Přejděte k otázce č. 10**

9. Kolik času obvykle strávila osoba v jednom z těchto dnů **cestováním** ve vlaku, autobusu, autě, tramvaji nebo jiném motorovém dopravním prostředku (v průměru za jeden den)?

____ hodin denně

____ minut denně

Nyní berte v úvahu pouze **jízdu na kole** a **chůzi** při cestování do centra a z centra, pochůzkách nebo jiném přesunu z místa na místo.

10. V kolika dnech **během posledních 7 dnů** osoba **jezdila na kole** nepřetržitě alespoň 10 minut **při přesunu z místa na místo**?

____ dnů v týdnu

Žádná jízda na kole z místa na místo → **Přejděte k otázce č. 12**

11. Kolik času obvykle strávila osoba v jednom z těchto dnů **jízdu na kole** z místa na místo (v průměru za jeden den)?

____ hodin denně

____ minut denně

12. V kolika dnech **během posledních 7 dnů** osoba **chodila** nepřetržitě alespoň 10 minut **při přesunu z místa na místo**?

____ dnů v týdnu

Žádná chůze z místa na místo → **Přejděte ke 3. části: DOMÁCÍ PRÁCE, ÚDRŽBA DOMÁCNOSTI A PÉČE O RODINU**

13. Kolik času obvykle strávila osoba v jednom z těchto dnů **chůzí** z místa na místo (v průměru za jeden den)?

___ hodin denně
___ minut denně

3. ČÁST: DOMÁCÍ PRÁCE, ÚDRŽBA DOMU (BYTU) A PÉČE O RODINU

Tato část se týká pohybové aktivity, kterou osoba prováděla **během posledních 7 dnů** doma a okolo domu, jako např. domácí práce, zahrádkaření, práce v okolí domu, údržba domu (bytu) a péče o ostatní v rodině.

14. Berte v úvahu pouze tu pohybovou aktivitu, kterou osoba prováděla nepřetržitě alespoň 10 minut. V kolika dnech **během posledních 7 dnů** prováděla osoba **intenzivní** pohybovou aktivitu, jako zvedání těžkých břemen, štípání dříví, odklizení sněhu nebo rytí **na zahradě nebo v okolí domu**?

___ dnů v týdnu

- Žádná intenzivní pohybová aktivita na zahradě nebo v okolí domu



Přejděte k otázce č. 16

15. Kolik času obvykle strávila osoba v jednom z těchto dnů prováděním **intenzivní** pohybové aktivity na zahradě nebo v okolí domu (v průměru za jeden den)?

___ hodin denně
___ minut denně

16. Berte v úvahu pouze tu pohybovou aktivitu, kterou osoba prováděla nepřetržitě alespoň 10 minut. V kolika dnech **během posledních 7 dnů** prováděla osoba **středně zatěžující** pohybovou aktivitu, jako např. přenášení lehkých břemen, zametání, mytí oken a hrabání **na zahradě nebo v okolí domu**?

___ dnů v týdnu

- Žádná středně zatěžující pohybová aktivita na zahradě nebo v okolí domu



Přejděte k otázce č. 18

17. Kolik času obvykle strávila osoba v jednom z těchto dnů prováděním **středně zatěžující** pohybové aktivity na zahradě nebo v okolí domu (v průměru za jeden den)?

___ hodin denně
___ minut denně

18. Ještě jednou berte v úvahu pouze takovou pohybovou aktivitu, kterou osoba prováděla nepřetržitě alespoň 10 minut. V kolika dnech **během posledních 7 dnů** prováděla osoba **středně zatěžující** pohybovou aktivitu, jako např. přenášení lehkých břemen, mytí oken, drhnutí podlahy a zametání **u ní doma**?

___ dnů v týdnu

- Žádná středně zatěžující pohybová aktivita doma → Přejděte ke 4. části: REKREACE...

19. Kolik času obvykle strávila osoba v jednom z těchto dnů prováděním **středně zatěžující** pohybové aktivity u ní doma (v průměru za jeden den)?

___ hodin denně
___ minut denně

4. ČÁST: REKREACE, SPORT A VOLNOČASOVÁ POHYBOVÁ AKTIVITA

Tato část se týká veškeré pohybové aktivity, kterou osoba prováděla **během posledních 7 dnů** pouze při rekreaci, sportu, cvičení nebo ve volném čase. Nezapomínejte prosím ty aktivity, které jste uvedl/a již dříve.

20. Nezapočítávejte chůzi, která byla uvedena již dříve. V kolika dnech **během posledních 7 dnů** chodila osoba nepřetržitě nejméně 10 minut **ve svém volném čase**?

___ dnů v týdnu

Žádná chůze ve volném čase



Přejděte k otázce č. 22

21. Kolik času obvykle strávila osoba v jednom z těchto dnů **chůzí** ve svém volném čase (v průměru za jeden den)?

___ hodin denně

___ minut denně

22. Berte v úvahu pouze takovou pohybovou aktivitu, kterou osoba prováděla nepřetržitě alespoň 10 minut. V kolika dnech **během posledních 7 dnů** prováděla osoba **intenzivní** pohybovou aktivitu, jako např. aerobik, běh, rychlou jízdu na kole nebo rychlé plavání **ve svém volném čase**?

___ dnů v týdnu

Žádná intenzivní pohybová aktivita ve volném čase → Přejděte k otázce č. 24

23. Kolik času obvykle strávila osoba v jednom z těchto dnů prováděním **intenzivní** pohybové aktivity ve svém volném čase (v průměru za jeden den)?

___ hodin denně

___ minut denně

24. Opět berte v úvahu pouze tu pohybovou aktivitu, kterou osoba prováděla nepřetržitě alespoň 10 minut. V kolika dnech **během posledních 7 dnů** osoba **ve svém volném čase** prováděla **středně zatěžující** pohybovou aktivitu, jako např. jízdu na kole běžným tempem, plavání běžným tempem a tenisovou čtyřhru?

___ dnů v týdnu

Žádná středně zatěžující pohybová aktivita ve volném čase



Přejděte k 5. části: ČAS STRÁVENÝ SEZENÍM

25. Kolik času obvykle strávila osoba v jednom z těchto dnů prováděním **středně zatěžující** pohybové aktivity ve svém volném čase (v průměru za jeden den)?

___ hodin denně

___ minut denně

5. ČÁST: ČAS STRÁVENÝ SEZENÍM

Poslední otázky se týkají času, který stráví osoba sezením v centru, ve škole, doma, při studiu a ve volném čase. To může zahrnovat čas, který stráví sezením u stolu, na návštěvě přátel, čtením nebo sezením a ležením při sledování televize. Nezahrnujte čas strávený sezením v motorovém dopravním prostředku, který jste již uvedl/a dříve.

26. Kolik času denně obvykle strávila osoba **sezením** v **pracovních dnech** během **posledních 7 dnů** (v průměru za jeden den)?

____ hodin denně
____ minut denně

27. Kolik času denně obvykle strávila osoba **sezením** ve **víkendových dnech** během **posledních 7 dnů** (v průměru za jeden den)?

____ hodin denně
____ minut denně

DEMOGRAFICKÉ OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE VÁS

1. Jak dlouho znáte osobu, navštěvující centrum, na kterou jsme se v dotazníku ptali?

____ Let
____ Měsíců

2. Pohlaví: _____ Muž
_____ Žena

3. Jaký je váš vztah k osobě, navštěvující centrum, na kterou jsme se v dotazníku ptali?

____ Matka
____ Otec
____ Člen rodiny
____ Učitel – vychovatel – sociální pracovník

4. Kolik vám bylo let při vašich posledních narozeninách?

____ Let
____ Nevím/Nejsem si jistý/á
____ Odmítám odpovědět

Obecné informace

Vyplňte prosím čitelně.

1. Adresa bydliště:

Ulice _____ č. p. _____

Město _____

Stát _____

PSC _____

2. Telefonní číslo: _____

3. Emailová adresa: _____

V případě Vašeho zájmu o zaslání Vašich výsledků z týdenního monitorování uveďte prosím i
Vaše **Jméno a příjmení** _____

Zpětnou informaci si přejete zaslat emailem nebo poštou ? (Zkontrolujte prosím, zda
jste vyplnil/a adresu na předešlé straně.)



Děkujeme za Váš čas a za pečlivé vyplnění dotazníku.

Prof. PhDr. Hana Válková & Assoc. Prof. Jeff Walkley
Katedra Aplikovaných pohybových aktivit
Fakulta tělesné kultury
Univerzita Palackého v Olomouci
e-mail: hana.valkova@upol.cz
tel: +420 585 6363 99

Příloha 3

**V případě nálezů této krabičky, prosím,
kontaktujte následující adresu, či
telefonní číslo:**

Prof. PhDr. Hana Válková
Katedra Aplikovaných pohybových aktivit
Fakulta tělesné kultury
Univerzita Palackého v Olomouci
e-mail: hana.valkova@upol.cz
tel: +420 585 6363 99
