

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Michaela Supová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví

Využití psychomotorických a jiných cvičení u seniorů a jejich vliv na celkové zdraví

Bakalářská práce

Autor: Michaela Supová

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Pospíšilová

České Budějovice, duben 2012

University of South Bohemia in České Budějovice
Faculty of Education
Department of Health Education

**The Usage of psychomotorists and other exercising in the elderly and its
influence on overall health**

Bachelor Thesis

Author: Michaela Supová

Study programme: Specialization in Education

Field of study: Health Education

Supervisor: Mgr. Michaela Pospíšilová

České Budějovice, April 2012

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Michaela Supová

Název bakalářské práce: Využití psychomotorických a jiných cvičení u seniorů a jejich vliv na celkové zdraví

Pracoviště: Katedra Výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Michaela Pospíšilová

Rok obhajoby bakalářské práce: 2012

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá výzkumem vlivu psychomotorických cvičení na fyzické a psychické zdraví seniorů v zařízení pro seniory. Pro můj výzkum bylo vybráno 15 seniorů do experimentální skupiny a 15 seniorů do kontrolní skupiny. K posouzení vlivu byl u experimentální skupiny aplikován intervenční pohybový program psychomotorických cvičení v délce 6 měsíců. Kontrolní skupina se IPP neúčastnila, u této skupiny proběhla pouze měření v měsíci říjnu 2011 a březnu 2012. Program mé bakalářské práce byl zaměřen na zjištění fyzického zdraví pomocí antropometrických metod a stanovení BMI a tlaku krve a jejich následné ovlivnění IPP. Dále byl zaměřen na zjištění a následné pozitivní ovlivnění psychických parametrů, které bylo zkoumáno pomocí dotazníku POP a zpětné vazby. Po ukončení intervenčního pohybového programu byly pomocí statistického měření vyhodnoceny získané výsledky, které prokázaly, že využití psychomotorických cvičení má prokazatelný pozitivní vliv na fyzické a psychické zdraví seniorů, zejména na snížení BMI a psychickou pohodu a zvýšení pozitivního sebehodnocení.

Klíčová slova: psychomotorika, stáří, seniorský věk, zdraví, fyzické zdraví, psychické zdraví

Bibliographic identification

Name and Surname: Michaela Supová

Title of Bachelor Thesis: The Usage of psychomotorists and other exercising in the elderly and its influence on overall health

Department: Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor: Mgr. Michaela Pospíšilová

The year of presentation: 2012

Abstract:

This bachelor thesis mainly deals with the impact of psychomotor training on physical and mental health of seniors in facilities for the elderly. For my research has been identified 15 seniors in the experimental group and 15 seniors in the control group. To assess the influence of the experimental group was applied the intervention motion psychomotor exercise program for 6 months. The control group did not participate in the IPP, in this group was only measurements in October 2011 and March 2012. The program of my thesis was focused on finding health through physical anthropometric methods and determination of BMI and blood pressure and their subsequent effect on IPP. It was also aimed at finding and the subsequent positive effect on psychological parameters were studied using POP questionnaire and feedback. After the intervention motion program were evaluated using statistical measurements obtained results showed that the use of psychomotor exercise has demonstrable positive effect on physical and mental health of seniors, especially to reduce BMI and psychological well-being and increased positive self-esteem.

Keywords: psychomotor, old age, senior age, exercises, health, physical health, mental health

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne: 29. 4. 2012

Michaela Supová

Poděkování:

Děkuji vedoucí bakalářské práce, slečně Mgr. Michaele Pospíšilové, za odborné vedení, cenné rady a pomoc při jejím vypracování. Děkuji také klientům a pracovníkům Střediska Diakonie ČCE – Blanka za ochotu při spolupráci.

Obsah

1	ÚVOD.....	10
2	TEORETICKÁ ČÁST	11
2.1	Stáří jako fenomén dnešní doby.....	11
2.1.1	Definice stárnutí.....	13
2.1.2	Vymezení pojmu stáří.....	13
2.1.3	Kalendářní stáří.....	14
2.1.4	Biologické stáří.....	14
2.2	Tělesné projevy stáří.....	15
2.2.1	Stárnoucí tělo.....	15
2.2.2	Stárnoucí smyslové orgány.....	15
2.2.3	Změny kognitivních funkcí, emocí a vůle, sociální vztahy.....	16
2.2.4	Aktivity vhodné ve stáří.....	17
2.2.5	Rizika seniorského věku.....	17
2.3	Psychomotorika.....	18
2.3.1	Pojem psychomotorika.....	19
2.3.2	Cíle a úkoly psychomotoriky.....	19
2.3.3	Historie vzniku pedagogiky.....	20
2.3.4	Psychomotorické pomůcky.....	20
2.3.5	Zdraví a kvalita života.....	21
2.3.6	Pohybová aktivita.....	22
2.3.7	Výživa.....	23
2.4	Péče o seniory v zařízeních pro seniory.....	24
2.4.1	Domov pro seniory § 49.....	26
2.4.2	Domovy se zvláštním režimem § 50.....	26
3	METODOLOGIE	28
3.1	Cíl práce.....	28
3.2	Úkoly práce.....	28
3.3	Výzkumné předpoklady.....	28
4	METODIKA	29
4.1	Použité metody.....	29
4.2	Charakteristika skupiny.....	29
4.3	Organizace výzkumného šetření.....	30
4.4	Popis aktivizačního programu.....	30
4.4.1	Příprava aktivizačního (edukačního) programu.....	31
4.4.2	Organizace edukačního programu.....	31
4.4.3	Tvorba intervenčního pohybového psychomotorického programu.....	32

4.4.4	Pomůcky	33
4.4.5	Struktura lekcí.....	34
5	VÝSLEDKY	36
5.1	Výsledky antropometrického měření	36
5.2	Analýza BMI a krevního tlaku	36
5.2.1	Analýza BMI u ES a KS a porovnání těchto hodnot	37
5.2.2	Analýza změny BMI u experimentální a kontrolní skupiny a porovnání těchto změn	43
5.2.3	Analýza změn krevního tlaku u experimentální a kontrolní skupiny a porovnání těchto hodnot.	46
5.2.4	Analýza hodnocení edukačního programu – zpětné vazby	52
5.2.5	Vyhodnocení dotazníku POP - Změna psychiky u ES a KS	57
5.2.6	Vyhodnocení dotazníku POP u probanda č. 1 v ES	61
5.2.7	Vyhodnocení dotazníku POP – kontrolní skupina.....	63
6	DISKUZE K IPP.....	65
7	ZÁVĚR A DOPORUČENÍ	68
8	SEZNAM ZKRATEK	69
9	POUŽITÁ LITERATURA	70
10	PŘÍLOHY	72

1 ÚVOD

V úvodu své bakalářské práce bych chtěla zmínit důvod, proč jsem si vybrala téma psychomotorika u seniorů. Myslím si, že jakákoliv činnost s klienty v domovech pro seniory je potřebná a je pro ně také příjemným povyražením. Každé setkání a především dlouhodobé setkávání s ostatními obyvateli domova znamená pro klienta pocit zájmu o vlastní osobu a může přinášet také naplnění potřeby seberealizace, která je důležitá v každém věku, neméně tedy u seniorů. Zařízení pro seniory nabízí velké množství aktivit pro své klienty, většinou se však jedná pouze o aktivity s motorikou jemnou (rukodělné práce atd.) a klasické protahování. Proto jsem rozhodla pro cvičení psychomotorická, která mohou být i pro věkově starší skupiny zajímavá. Podle Adamírové je totiž cílem psychomotoriky harmonická osobnost z hlediska fyzického, psychického i společenského, která je schopna jednat samostatně, cílevědomě, plánovitě, kontrolovaně ale i vstřícně a ohleduplně při zachování své individuality (ADAMÍROVÁ, 1995). Myslím si, že cvičení, při kterých spolupracuje motorická část s částí duševní a emocionální, mohou být pro zdraví velmi přínosná.

Zdraví se skládá ze čtyř složek a to ze složky fyzické, psychické, sociální a duchovní. Na všechny tyto složky psychomotorická cvičení působí. Jejich vliv na podporu kondice, zlepšení psychických stavů, nálad a pocitů, podpoření dobrých a kvalitních mezilidských vztahů a také vliv na duchovno v nás je zřejmý a známý. Psychomotorika se snaží působit na všechny složky zdraví zároveň a tyto složky zharmonizovat.

Všechny čtyři faktory našeho zdraví mohou být, a to především u seniorů, někdy zanedbány, je proto důležité a nutné vzbudit nejen v nich, ale i v lidech z jejich okolí zájem o nápravu a především o prevenci v ochraně svého zdraví a života.

Psychická nepohoda, se kterou má spousta seniorů v institucích zkušenost, má velký vliv na morbiditu jedince a na snášení nemoci. Psychomotorika se tudíž jeví jako správná volba nejen pro děti, nýbrž právě pro jedince vyššího věku.

2 TEORETICKÁ ČÁST

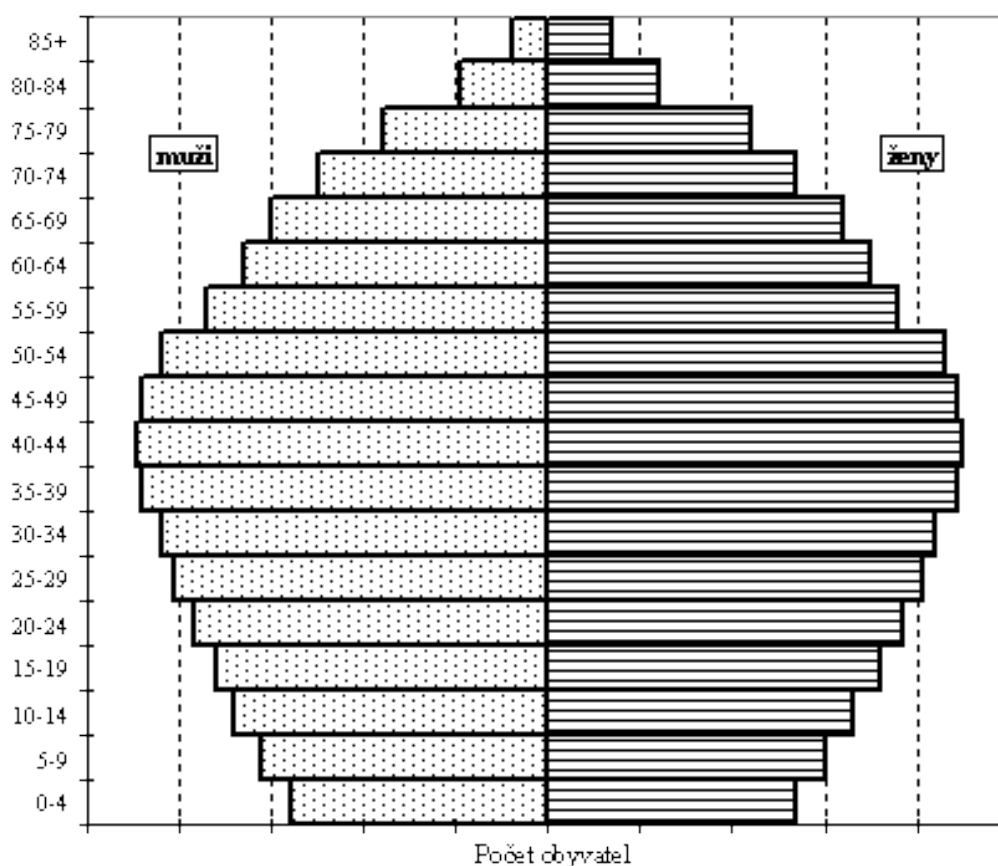
2.1 Stáří jako fenomén dnešní doby

Složení lidské populace se v současné době mění. Na celém světě přibývá starších lidí. S prodlužující se délkou života se stále více lidí dožívá vysokého věku. Podle statistických prognóz má být 21. Století stoletím seniorů, alespoň v prvních padesáti letech. Během 50 let bude poprvé v historii lidstva žít na zemi více lidí starších 60 let než osob mladších 15 let. Již nyní stoupá počet osob ve věku nad 80 let a tato skupina bude narůstat. V roce 2004 bylo v České republice 14% osob nad 65 let a předpokládána dob dožití u žen 78 let a u mužů 71,5 roku (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, 2008). V roce 2011 je podle ukazatele „střední délky života při narození“ předpokládaný věk u žen až 78,5 roku a u mužů 71,2 roku (CZSO, 2011, online).

Jsme na samém začátku třetího tisíciletí a máme příležitost přehodnotit dosavadní způsob života a chápání stáří. Je nutné se zamyslet nad často používanou větou – stáří je konec života. Etapa stáří je stejně důležitá jako každá jiná a zaslouží si stejný důraz jako dospělost a mládí. Připomeňme si, že období stáří trvá 30-40 let a bude stejně dlouhé jako mládí a dospělost. Zaslouží si proto pozornost a zájem nejenom ze strany samotného seniora, ale i ze strany pomáhajících profesí a v neposlední řadě i zájem státní sociální a zdravotní politiky (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, 2008).

Stáří je další vývojová etapa lidského života, ve které je hlavní důraz kladen na uchování pohybových dovedností a psychosociální rozvoj osobnosti. Smrt není konec života, teprve smrt přináší konec života (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ 2008).

Podle Stuarta-Hamiltona byla ještě v roce 1999 tehdejší západní společnost popisována jako obdélníková společnost. V důsledku toho, že v každé věkové dekádě žili přibližně stejné počty lidí (tedy stejné počty lidí ve věku 0-9 let, ve věku 10-19 let), podobal se histogram věkových dekád obdélníku (STUART-HAMILTON, 1999). V nynější době se skladba populace začíná podobat spíše urnovitému tvaru, kde se počet seniorů neustále zvyšuje a pravděpodobně bude zvyšovat k tvaru obráceného trojúhelníku oproti dříve narozeným. Vývoj v posledních letech v oblasti prognózy demografického stárnutí v České republice totiž na základě různých statistických rozborů a studií předznamenává nárůst stárnoucí populace do roku 2050 (PEŠÁK, online).



Obrázek 1. Model věkové struktury stárnoucí populace (PEŠÁK, online)

Obrázek 1. zobrazuje demografické rozdělení populace v České republice v r. 2007

Z tohoto důvodu je potřeba se zdravím seniorů a jejich začleněním do společnosti zabývat více než v předchozích letech. Důležité je zejména udržet fyzickou i psychickou zdatnost seniorů, která působí preventivně ve vztahu k rozvoji fyzických a psychických nemocí. Metodou prevence mohou být právě psychomotorická cvičení. Tato cvičení se provádí ve skupině a právě také skupinová práce má vliv na dobré zdraví seniorů, především to sociální. Walsh uvádí, že práce ve skupině je prevencí z hlediska: uzavřenosti, ztráty kontaktů, paranoiy, úzkosti, negativních účinků hospitalizace, ztráty sebeúcty a dalších (WALSH, 2005). O kladném vlivu psychomotorických cvičení na zdraví člověka se budu ještě dále zmiňovat. Nejprve se budu věnovat pojmům stárnutí a stáří.

2.1.1 Definice stárnutí

Stárnutí je podle Otové a Kalvacha univerzální proces postihující živou hmotu. Probíhá kontinuálně od početí, ale za jeho skutečný projev je považován teprve pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti. Involuce není dosud jednoznačně definována a je převážně popisována jednotlivými vlastnostmi a projevy (OTOVÁ, KALVACH, 2004). Výsledkem je stáří – senium (OTOVÁ, KALVACH, 2005).

Při definování pojmu stáří se můžeme zaměřit na charakteristiky pozorované u starého člověka a ty můžeme dělit na znaky. Těmito znaky jsou například:

- Univerzální znaky stárnutí – znaky, které sdílejí všichni (vrásky)
- Probabilistické znaky – pravděpodobné, ale nikoliv univerzální (artróza), (STUART- HAMILTON, 1999).

Topinková uvádí, že stárnutí je nevratný, univerzální, i když druhově specifický biologický proces, který však stále jen obtížně definujeme. Postihuje s různou rychlostí prakticky všechny orgány, které ztrácejí svou funkční rezervu. Starý organismus se tak stává méně přizpůsobivým k měnícím se podmínkám vnitřního i zevního prostředí, ztrácí adaptační schopnosti a snadno i při mírných podnětech dochází k dekompenzaci jak orgánové funkce, tak organismu jako celku. Involuční změny a současná mnohočetná orgánová patologie charakterizují zvláštnosti chorob ve stáří, které tvoří jedno z rozhodujících specifíků geriatrické medicíny (TOPINKOVÁ, 2005).

2.1.2 Vymezení pojmu stáří

Stáří označují Mikeš a Kalvach jako pozdní fáze přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp.

Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role. Obvykle bývá rozlišováno stáří biologické, kalendářní a sociální (KALVACH, MIKEŠ, 2004).

2.1.3 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří je jednoznačně vymežitelné, ale nepostihuje přesně interindividuální rozdíly. Věková hranice se posouvá z důvodu prodloužení délky života a dochází ke zlepšování zdravotního a funkčního stavu nových generací.

Stuart-Hamilton uvádí, že kalendářní neboli chronologický věk relativně slabě koreluje s tělesnými změnami. Známe šedesátníky, kteří odpovídají stereotypu starého člověka (šedé vlasy, vráscitá kůže. Existují však i „zachovalí“ jedinci, kteří tyto znaky postrádají (STUART-HAMILTON, 1999).

V 60. letech navrhla Neugartenová pojmy „mladí senioři“ pro věk 55 až 74 let a „staří senioři“ pro 75 a více let. Z jejího pojetí je odvozeno i současné orientační členění stáří.

- 65 – 74 let: mladí senioři – problematika penzionování, volného času, aktivit, seberealizace
- 75 – 84 let: staří senioři – problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti
- 85 a více let: velmi staří senioři - problematika soběstačnosti a zabezpečení (KALVACH, MIKEŠ, 2004).

2.1.4 Biologické stáří

Biologické stáří je označení pro určitou míru involučních změn. Při měření biologického věku se většinou hodnotí funkční stav organismu, výkonnost, souhrn involuce, kondice a patologie. Biologické stáří udává funkční stáří našeho těla. Biologický věk se mnohdy může lišit od věku kalendářního, lidé stejného kalendářního věku se od sebe také liší.

Výraz biologický věk poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje či degenerace. Obecně je tento pojem užíván poměrně volně k vyjádření celkového stavu organismu. Někdy se však užívá některých specifitějších určení biologického věku. Patří mezi ně anatomický věk (relativně obecný pojem vyjadřující stav kosterní soustavy, tělesné stavby apod.), karpální věk (stav zápěstních či karpálních kůstek) a fyziologický věk - stav fyziologických procesů organismu, jako je například rychlost metabolismu (STUART-HAMILTON, 1999).

2.2 Tělesné projevy stáří

2.2.1 Stárnoucí tělo

Tělesné tkáně jako např. pokožka a svaly ztrácejí elasticitu, na buněčné úrovni dochází ke zhoršování výkonnosti mitochondrií a na těle se začínají projevovat další viditelné i latentní známky stárnutí. Tyto popisované změny mají podle Stuart-Hamiltona ničivé účinky na funkci orgánových soustav (STUART-HAMILTON, 1999). Kupříkladu trávicí soustava je méně zdatná při vstřebávání živin a vylučovací soustava zpomaluje svou činnost. Dále dochází ke snížení výkonu srdce a dýchací soustavy, snižuje se také tělesná hmotnost a výška postavy, což je důsledkem opotřebovávání meziobratlových plotének. Senioři se potýkají také s řídnutím vlasů, jejich šednutím, snížením množství tuku. Současně s těmito změnami je pro staré lidi typická polymorbidita, kterou trpí podle Topinkové téměř 90% osob nad 75 let, obvyklé je sdružování nemocí bez kauzální souvislosti nebo dochází k příčinnému řetězení chorob, kdy jedna nemoc vyvolává druhou (TOPINKOVÁ, 2005). Častá je také chronicita onemocnění a jejich častější komplikace (KUSÁ, 2011, online). Mezi nejčastější nemoci seniorského věku patří:

- Kardiovaskulární choroby (všechny formy ICHS, hypertenze, ikty)
- Nemoci pohybového aparátu (osteoporóza, artróza)
- Metabolická onemocnění (diabetes mellitus)
- Gastrointestinální a respirační onemocnění (TOPINKOVÁ, 2005)

U seniorů je znám pojem „stařecká křehkost“. Tento pojem nemá dosud v české lékařské terminologii vhodný ekvivalent. Křehkost, respektive rizikovost, je způsobena jak fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů, tak zejména úbytkem svalové hmoty (TOPINKOVÁ, 2005).

2.2.2 Stárnoucí smyslové orgány

Smysly slouží mozku jako nástroj kontaktu s okolním prostředím, z čehož logicky vyplývá, že jakýkoliv úpadek smyslů přímo ovlivňuje funkci mozku.

U zrakového orgánu si lidé často stěžují na zhoršení akomodace (schopnosti zaostřovat na různé vzdálenosti, především na blízko), které vede k presbyopii (vetchozrakosti). To je pravděpodobně způsobeno ztrátou pružnosti oční čočky.

Nejzávažnější zrakovou vadou je pak ztráta zrakové ostrosti, věk má vliv i na vnímání intenzity světla. Zmenšuje se rovněž zorné pole.

Sluch v průběhu dospělosti postupně slábne. Během stárnutí se o několik milimetrů zvětšují ušní boltce. Kosti středního ucha – kladívko, kovádlínka, třmínek postupně v důsledku zvánění či artrózy často ztvrdnou, což má za následek vliv na přenos zvuku. Nejčastějším typem oslabení sluchu je stav zvaný presbyakuze (nedoslýchavost stárnoucích).

Co se týká ostatních smyslů, u chuti badatelé nemají jednotný názor na míru jejího zhoršení. Čich s přibývajícím věkem zásadně neslábne. Lidé staršího věku mají však vyšší práh bolesti, tedy vnímají bolestivé podněty méně a je třeba větší stimulace, aby byl dotyk zaregistrován (STUART-HAMILTON, 1999).

2.2.3 Změny kognitivních funkcí, emocí a vůle, sociální vztahy

Ve stáří dochází ke zhoršení všech kognitivních funkcí, jedním z příkladů je zhoršení paměti, především vstřípivosti a vybavování věcí z blízké minulosti. Senioři si dobře pamatují věci časově vzdálené. U seniorů dochází ke snížení pozornosti, klesá u nich psychomotorická razance a myšlení se stává pomalejším. Adaptace na změny probíhá ve stáří pomaleji a každá nemoc či stres přizpůsobivost velmi výrazně zhoršují, dramatická změna životního způsobu (hospitalizace, přestěhování, smrt partnera) je sama o sobě mnohdy až život ohrožující.

V oblasti emoční a volní se objevuje často menší bezprostřednost a spontánnost, intenzita a oploštělost emocí, neexistence nadšení. V pozdním stáří se lidé mnohem méně zajímají o události okolního světa, jsou soustředěnější na sebe a své problémy, nezajímají se o problémy ostatních. Oslabena je i vůle a snižuje se důslednost ve všedních úkonech.

Ve stáří manželské svazky sílí, proto je ztráta partnera velkou ztrátou a velmi závažnou životní událostí. I ostatní sociální vztahy se sužují, protože ubývá sociálních rolí (odchodem do penze, odrůstáním dětí atd.). Staří lidé často zažívají pocit osamění. Z tohoto důvodu je vhodné je začleňovat do společnosti skupinovými aktivitami (KUSÁ, 2011, online).

Co lze pomocí skupinové práce dokázat? Walsh říká, že především je možné podstatně omezit pocit osamění a izolace. Pravidelná účast na skupinových aktivitách

vytváří v lidech přesvědčení, že někam patří a že jsou součástí přátelského společenství (WALSH, 2005).

Sýkorová tvrdí, že v určitém paradigmatu se rozvinula teorie sociálního selhávání. Zaměřuje se na roli sociálního prostředí ve vytváření a posilování negativního sebepojetí starého člověka. Sociální prostředí má tendenci označovat seniory za závislé v situacích, kdy jsou oslabeni životní krizí, ztrátou sociálních rolí a závažnými zdravotními potížemi. Ageistické postoje a chování druhých lidí srážejí již snížený pocit osobní kompetence (SÝKOROVÁ, 2007).

2.2.4 **Aktivity vhodné ve stáří**

- Pěší turistika
- Plavání a cvičení ve vodě
- Pohybové hry
- Jízda na bicyklovém ergometru, pro zdatnější jízda na kole
- Psychomotorická cvičení
- Jednoduché taneční kroky se zpěvem, říkadly
- Cvičení z oblasti zdravotní TV s využíváním prvků jógy (KOPŘIVOVÁ, GRMELA, JADVIDŽÁK, 2001).

Pravidelné cvičení má podle Kopřivové pozitivní vliv na celkové zdraví cvičících, působí preventivně u řady nemocí a lze konstatovat, že vhodně zvolené aktivity přidávají život k létům a podstatně ulehčují proces stárnutí (KOPŘIVOVÁ, GRMELA, JADVIDŽÁK, 2001).

2.2.5 **Rizika seniorského věku**

Seniorský věk s sebou kromě pozitiv (dostatek času na pěstování koníčků, životní nadhled atd.) také negativa a rizika. Mezi ně patří:

- věková diskriminace, ageismus
- segregace, vytěsňování, nedobrovolný život vně společnosti
- generační intolerance (pracovní příležitosti, vedoucí pozice, atd.)
- předsudky (např. přeceňování nemocnosti a poklesu funkční zdatnosti ve stáří)

- maladaptace na stáří a s ním spojenou změnou sociálních rolí
- vyšší nemocnost
- pokles schopnosti a vůle signalizovat své potřeby a potíže
- manipulování, ztráta rozhodovacích možností (MUHLPACHR, 2005).

2.3 Psychomotorika

Psychomotorika nabízí nepřeborné množství pomůcek a s každou se dá pracovat mnoha různými způsoby. Není nutné se držet nějakého návodu, protože edukátor nebo pedagog může využívat svou fantazii, znalost skupiny, se kterou pracuje, její schopnosti a originalitu a přizpůsobovat jí náročnost a činnost. Lidé ve skupině také mohou zapojit vlastní fantazii a přemýšlet, co se dá s různými pomůckami dělat. Psychomotorika se dá využívat se všemi věkovými skupinami i s lidmi s různými handicap, ať už fyzickými nebo psychickými. Psychomotorikou je možné jedince aktivizovat nebo naopak zklidnit.

Psychomotorická cvičení se seniory jsou pro tuto skupinu velmi přínosná z hlediska toho, že se jedná o skupinovou činnost. Skupinové činnosti jsou důležité z hlediska prevence pocitů osamělosti, úzkosti a také depresivních stavů.

Walsh říká, že skupinová práce má významné místo i při práci s lidmi trpícími funkčními psychiatrickými onemocněními, například depresí. Zde je zapotřebí soustředit se zejména na sociální a interakční dovednosti. U mnoha starých lidí se obecně jejich vztahy často zhoršují a sociální dovednosti se vinou izolace a osamění vytrácejí. Nedostává se jim příležitosti k tomu, aby si tyto dovednosti upevňovali. Jestliže je tato skutečnost ještě umocňována depresivními stavy, může dojít k následujícímu:

- Uzavřenost
- Ztráta kontaktů
- Paranoia
- Úzkost
- Pocit vlastní neschopnosti
- Ztráta sebeúcty a další (WALSH, 2005)

2.3.1 Pojem psychomotorika

Psychomotorika je forma pohybové aktivity, která je zaměřena na prožitek z pohybu. Vede k poznávání vlastního těla, okolního světa i k prožitkům z pohybových aktivit. Ke svému působení využívá jednoduché herní činnosti, činnosti s nářadím i s náčiním, kontaktní prvky a prvky pohybové muzikoterapie včetně relaxačních technik, jak tvrdí Blahutková (BLAHUTKOVÁ, 2008).

Psychomotorika spojuje pohybovou aktivitu s duševními procesy. Díky nepřebornému množství, často velmi dostupných pomůcek a nenáročnosti aktivit, je vhodná pro všechny bez rozdílu věku, fyzické zdatnosti, a při vhodném zvolení, popř. upravení aktivity, i zdravotního stavu.

Podle Adamírové je psychomotorika systém tělesné výchovy, která využívá pohybu jako výchovného prostředku. Hovoří se též o výchově pohybem, která je cílená a odpovědná, ale i hravá a zábavná. Podporuje iniciativu, samostatnost, tvořivost a respektuje individualitu každého cvičence (ADAMÍROVÁ, 2003).

Věkové rozpětí cílové skupiny psychomotoriky je v podstatě od nejujtějšího dětství až po vysoký věk (TÓTHOVÁ, 2005).

Psychomotorické činnosti, jak tvrdí Blahutková, jsou využívány i u cvičení seniorů, zejména v domovech a klubech důchodců. Mají velmi pozitivní vliv na duševní hygienu starších spoluobčanů, rozvíjejí spolupráci a zlepšují komunikaci“ (BLAHUTKOVÁ, 2003).

Dle Hermové psychomotorika neznámá nic víc než to, že poukazuje na úzké spojení psyché (duševních procesů) a motoriky (tělesných procesů). Tuto vzájemnou závislost může každý pozorovat sám na sobě nebo na druhých lidech“ (HERMOVÁ, 1994).

2.3.2 Cíle a úkoly psychomotoriky

Cílem psychomotoriky je harmonická osobnost z hlediska fyzického, psychického i společenského, která je schopná jednat samostatně, cílevědomě, plánovitě, kontrolovaně, ale i vstřícně a ohleduplně při zachování své individuality (ADAMÍROVÁ, 2003).

Hlavními úkoly psychomotoriky je získání zkušeností vnímání a pohybu ze tří oblastí: oblasti těla (vlastního „já“), oblasti materiální (věcí a předmětů), oblasti společenské.

Cílem psychomotoriky podle Blahutkové je bezděčné prožívání radosti z pohybu, ze hry a z tělesných cvičení a vytvoření tzv. bio-psycho-socio-spirituální pohody člověka. Jedná se o vyrovnaní biologických potřeb člověka s duševním klidem, s uspokojivým postavením v kolektivu a ve společnosti a s vírou v životní filosofii ve smyslu naplňování života, která člověku pomáhá v osobním růstu, respektuje individuální rozdíly v cílech a prostředcích života a odpovídá založení člověka. Osobnost musí mít všechny uvedené složky v optimální rovnováze, jedině tak přispívá k celkovému zdraví. (BLAHUTKOVÁ 2003).

2.3.3 Historie vzniku pedagogiky

Psychomotorika vznikla ve dvacátých letech ve Francii v rámci léčebné tělesné výchovy. Vyvinula se z francouzských tradic přirozeného tělocviku, rytmické gymnastiky, různých tanečních směrů a pantomimy za podpory lékařů, terapeutů, ale i psychologů a sociologů, jak tvrdí Adamírová. Hlavním představitelem této doby je Bernhart Acourturier (ADAMÍROVÁ, 2003).

V padesátých letech začala být psychomotorika uplatňovat v Německu (SRN). Od té doby došlo ke značnému vývoji. V současné době má psychomotorika dvě větve a to lékařskou a pedagogickou.

K nám se psychomotorika dostala teprve po roce 1989 jako součást kinantropologie (BLAHUTKOVÁ, 2008).

2.3.4 Psychomotorické pomůcky

V psychomotorice je důležité seznámit se s možnostmi a schopnostmi využitých předmětů a to při činnostech herních, sportovních a pracovních. Využívá se pomůcek mnoha druhů.

Novotná (2009) je rozděluje na:

- Typické – běžné tělocvičné náčiní a náradí (míče, švihadla, lavičky, žebřiny, žíněnky apod.)
- Netypické – předměty denní potřeby (kuchyňské nádobí, koberce, deky, víčka PET lahví, noviny, kelímky od jogurtů apod.)
- Specifické – psychomotorické pomůcky (šlapáky, balóny, chůdy, padák, molitanový míč apod.)

Pomůcky si můžeme také jednoduše vyrobit svépomocí, např. „klapátka“ z víček od PET lahví. Netypické pomůcky jsou velice vhodné např. pro starší osoby a pro osoby se zhoršenými pohybovými schopnostmi a koordinací. Jejich použití je totiž velice variabilní a dá se snadno upravit podle možností skupiny. Jedna a tatáž činnost se tedy může u různých skupin (např. děti x senioři) naprosto lišit, ale pro zúčastněné mít stejný význam.

Adamírová (2003) dělí předměty, které můžeme použít jako psychomotorické pomůcky na:

- Běžné tělocvičné nářadí a náčiní
- Předměty z každodenního života
- Speciální psychomotorické pomůcky

2.3.5 Zdraví a kvalita života

Zdraví je podle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) chápáno jako stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody, a nejenom nepřítomnosti nemoci. (WHO, 2011, online). Křivohlavý uvádí několik teorií. Zdraví je ideální stav člověka, kterému je dobře (wellness). Zdraví ale také může znamenat stav dobrého fungování (fitness), či pouhopouhé zboží na trhu, a v neposlední řadě může být zdraví chápáno jako jakýsi druh síly (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Zdraví rozlišujeme fyzické, psychické, sociální a spirituální, všechny tyto složky by měly být ve stavu harmonie a pohody. Když tomu tak není, přichází nemoc. Abychom tomuto stavu předcházeli, pečujeme o své zdraví ve všech těchto oblastech. Teorie zdraví podle Křivohlavého (2009):

Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly – zde Křivohlavý tvrdí, že zdraví je tak považováno za určitý druh síly, která člověku pomáhá v životě zdolávat přerůzné těžkosti. Této síly člověk může mít více nebo méně. Dobré zdraví je síla vítězit nad nemocí, která člověka momentálně ohrožuje.

Zdraví jako metafyzická síla – řada humanisticky orientovaných teorií zdraví považuje za určitý druh vnitřní síly člověka. Tuto sílu nazývají autoři různými jmény – např. elán, vital, vitalita, v určitém smyslu libido, schopnost adaptace, metafyzická zdravotní síla apod.

Salutogeneze – individuální zdroje zdraví – podle Antonovského (1985) cituje Křivohlavý, že tyto zdroje mají tři aspekty: smysluplnost (meaningfulness), vidění zvládnutelnosti úkolů (manageability), schopnosti chápat dění, v němž se člověk nachází (comprehensibility).

Zdraví jako schopnost adaptace – Adaptací se rozumí schopnost přizpůsobit se prostředí nebo se přizpůsobit nepříznivým podmínkám.

Zdraví jako schopnost dobrého fungování – Zde Křivohlavý říká, že zdraví je stav optimálního fungování člověka (individua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován.

Zdraví jako zboží - v jádru tohoto přístupu k otázkám zdraví jde o pojetí zdraví jako něčeho, co se prodá – jako zboží na trhu – dodat, koupit, ztratit. Dá se koupit v lékárně nebo ve formě lékařského zákroku.

Zdraví jako ideál – nejznámější definici zdraví - jak se zdá – je ta, kterou publikovala Světová zdravotnická organizace. Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci nebo neduživosti (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

2.3.6 Pohybová aktivita

S pohybem a pohybovou a aktivitou se člověk setkává denně, od rána do večera. Otázkou však je, zda je náš celodenní pohyb z hlediska fyzické náročnosti našeho zaměstnání, z hlediska naší váhy a celkově našeho zdraví dostačující.

Člověk dnešní doby trpí hypokinetickým syndromem, nyní je podle Křivohlavého homo sedens nebo homo sedentarius. Hypokinetický syndrom - snížená úroveň aktuální pohybové aktivity a výkonnosti, životní styl preferující receptivní činnosti, též decondice, pohybová indisponovanost, motorická porucha (SLOVNÍK CIZÍCH SLOV, 2011, on-line) s sebou nese i psychická omezení jako je agresivita, podrážděnost, impulzivnost a další. Tomuto lze předcházet vhodně zvolenou fyzickou aktivitou.

Křivohlavý (2009) vymezuje tyto druhy cvičení:

- Izometrické cvičení charakterizované tlakem proti pevné překážce
- Izotonické cvičení, které vyžaduje stahování svalů
- Izokinetické cvičení počítá jak s cvičením síly, tak s pohyby kloubů

- Aerobické cvičení, při němž se vyžaduje zvýšená spotřeba kyslíku
- Anaerobické cvičení vyžaduje krátkodobý výbuch svalové energie.

Být fit, což znamená být v dobré kondici a cvičit, je preventivní opatření k řadě nemocí jako jsou kardiovaskulární onemocnění, zvýšený cholesterolu v krvi, mrtvice, rakovina, diabetes mellitus a jiných, ale také tímto způsobem můžeme bojovat se stresem a úzkostí.

2.3.7 Výživa

Chceme-li dobře vypadat, zachovat si dobrou kondici a cítit se dobře, musíme o sebe pečovat nejen zevnějšku, ale i prostřednictvím potravy.

Haniner a kol. (2011) říkají, že v posledních dvou dekáдах jsme svědky prudkého nárůstu prevalence obezity jak v rozvinutých, tak v rozvojových zemích. Obezita výrazně zvyšuje nemocnost a úmrtnost, zhoršuje kvalitu života a přináší jiné závažné problémy (HAINER a kol., 2011).

Obecně je doporučováno pro zachování zdraví mít dostatek pohybu, který doplňujeme vhodnou stravou. Strava by měla být čerstvá, nutričně hodnotná, ale ne příliš kalorická. Do jídelníčku zařazujeme ve velké míře zeleninu a ovoce, které obsahují pro naše trávení nutnou vlákninu, cukry ve formě polysacharidů, dostatek bílkovin pro zachování svalové síly. Tuky z našeho jídelníčku nevyřazujeme, ale snažíme se jíst tuky nenasycené. Dodržujeme pitný režim, alespoň 1,5l, nejlépe čisté vody, za den.

U seniorů bývá však častým jevem ne obezita, ale malnutrice, čili podvýživa, a to především u těch starších.

Topinková tvrdí, že obecně lze říci, že malnutrice je důsledkem nedostatečné nebo nepřiměřené výživy, která vede k poklesu celkové tělesné hmotnosti, ztrátě tukové tkáně a komplexním metabolickým a somatickým změnám. Až u 20 % seniorů je výživa nedostatečná, ne u všech se rozvine malnutrice. Výskyt malnutrice v nemocnicích je 20 – 40 %, z toho až polovina je těžká (TOPINKOVÁ, 2005).

Mezi klinické důsledky a rizika malnutrice patří: snížení obranyschopnosti (poruchy buněčné i hormonální imunity), úbytek svalové hmoty, tzv. sarkopenie (postihuje kosterní i srdeční sval), vede ke snížení celkové fyzické výkonnosti, zhoršení mobility a soběstačnosti, zvyšuje se riziko pádu, fraktur a poranění, postižení dýchacích svalů zhoršuje ventilaci a dále zvyšuje riziko plicní infekce. Dalším rizikem je zhoršené

hojení ran, tvorba dekubitů, zhoršení probíhajících chronických onemocnění. Při dlouhodobé malnutrici mohou vzniknout edémy, anémie, lymfopenie, poruchy vnitřního prostředí a atrofie střevní sliznice (TOPINKOVÁ, 2005).

2.4 Péče o seniory v zařízeních pro seniory

Péče o seniory v zařízeních pro seniory je organizována a rozčleněna v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v části třetí v Hlavě I., která upravuje druhy sociálních služeb a úhrady za poskytování sociálních služeb. V Dílu I. jsou uvedeny základní druhy a formy sociálních služeb. V jednotlivých paragrafech pak jsou tyto formy rozebrány podrobně.

§ 32 - Sociální služby zahrnují: a) sociální poradenství
b) služby sociální péče
c) služby sociální prevence

§ 33 - Formy poskytování sociálních služeb:

- (1) Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní.
- (2) Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.
- (3) Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.
- (4) Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

§ 34 - Zařízení sociálních služeb

- (1) Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení sociálních služeb:
 - a) centra denních služeb,
 - b) denní stacionáře,
 - c) týdenní stacionáře,
 - d) domovy pro osoby se zdravotním postižením,
 - e) domovy pro seniory,
 - f) domovy se zvláštním režimem,
 - g) chráněné bydlení,
 - h) azylové domy,
 - i) domy na půl cesty,

- j) zařízení pro krizovou pomoc,
- k) nízkoprahová denní centra,
- l) nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- m) noclehárny,
- n) terapeutické komunity,
- o) sociální poradny,
- p) sociálně terapeutické dílny,
- q) centra sociálně rehabilitačních služeb,
- r) pracoviště rané péče.

(2) Kombinací zařízení sociálních služeb lze zřizovat mezigenerační a integrovaná centra.

§ 35 - Základní činnosti při poskytování sociálních služeb

(1) Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
- e) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- f) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- g) sociální poradenství,
- h) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- i) sociálně terapeutické činnosti,
- j) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- k) telefonická krizová pomoc,
- l) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- m) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

(2) Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí právní předpis.

(3) Základní činnosti uvedené u jednotlivých druhů sociálních služeb v § 37, 39 až 52 a § 54 až 70 jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni vždy zajistit.

(4) Fakultativně mohou být při poskytování sociálních služeb zajišťovány další činnosti (www.mvcr.cz, 2007, online).

§ 41 (1) Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

2.4.1 Domov pro seniory § 49

(1) V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (www.mvcr.cz, 2007, online)

2.4.2 Domovy se zvláštním režimem § 50

(1) V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace

vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (www.mvcr.cz, 2007, online)

3 METODOLOGIE

3.1 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce je zjištění vlivu psychomotorických a jiných cvičení na fyzické a psychické zdraví seniorů. Cílem je resocializovat experimentální skupinu seniorů a zlepšit jejich fyzický a psychický stav, dále pak definovat metody a postupy vedoucí ke zlepšení zdraví seniorů a jejich znovuzapojení do společenského života. Vypracování výukového programu a vytvoření společného projektu – plakátu.

3.2 Úkoly práce

- Vyhledání odborných literárních pramenů;
- Obsahová analýza českých i zahraničních publikačních zdrojů (odborné časopisy, knižní literatura, vědecké databáze);
- Na základě obsahové analýzy stanovení cíle a úkolů odborných otázek bakalářské práce;
- Vytvoření kontrolní a experimentální skupiny seniorů,
- Vytvoření edukačního programu psychomotorických cvičení pro experimentální skupinu seniorů,
- Utřídění a vyhodnocení dat zjištěných u kontrolní a experimentální skupiny;
- Diskuse;
- Stanovení závěrů;
- Doporučení do praxe.

3.3 Výzkumné předpoklady

Předpokládám, že níže uvedené otázky budou zodpovězeny na základě vyhodnocení získaných dat.

Výzkumné předpoklady:

- Předpokládám, že psychomotorická cvičení budou mít pozitivní vliv na fyzické zdraví seniorů v experimentální skupině.
- Předpokládám, že BMI u experimentální skupiny se bude spíše snižovat, na rozdíl od kontrolní skupiny, kde očekávám v zimních měsících zvýšení BMI.
- Předpokládám, že psychomotorické cvičení bude mít vliv na zlepšení psychického stavu seniorů v experimentální skupině.

4 METODIKA

4.1 Použité metody

Moje bakalářská práce je složena z teoretické a z praktické části. V teoretické části jsem použila především metodu obsahové analýzy a následné syntézy odborných publikačních zdrojů. Pracovala jsem s publikacemi, které byly zaměřeny na období stárnutí a stáří, psychomotorická a jiná cvičení, a na zdraví člověka.

V praktické části jsem pro získání relevantních dat vytvořila nejdříve kontrolní a experimentální skupinu. Pro získání fyziologických dat jsem použila metodu vstupního antropometrického měření, kdy jsem u probandů z obou skupin zjistila pohlaví a věk, změřila výšku, zjistila hmotnost a z těchto parametrů poté spočítala BMI. Dále jsem s pomocí zdravotnického personálu změřila krevní tlak. Pro získání dat pro psychosociální zdraví probandů jsem použila vstupní měření pomocí standardizovaného dotazníku POP, který seskládá z 24 otázek, kdy se proband přiklání k jedné z odpovědí, která je uvedena na křivce a obodována čísly na stupnici od 1 do 7. Obě tato měření jsem použila i jako výstupní měření, která jsem opakovala po uplynutí 6 měsíců u probandů z kontrolní skupiny, kteří se aktivizačních programů, jak se moje působení v domově pro seniory nazývalo, nezúčastňovali a u probandů z experimentální skupiny, kteří se podíleli na mém výzkumu praktickým cvičením. U probandů z experimentální skupiny jsem po uplynutí intervenčního programu použila i dotaz na zpětnou vazbu.

Tyto metody jsou pro mě nejefektivnějším a nejrychlejším způsobem pro získání důležitých dat pro mé další šetření.

4.2 Charakteristika skupiny

Výzkumným souborem pro moji bakalářskou práci jsou senioři ve věku od 75 do 90 let věku, kteří jsou klienty Střediska Diakonie ČCE – Blanka v Písku, kde jsou umístěni v Domově pro seniory a v Domově s terénní pečovatelskou službou. Z těchto klientů jsem sestavila 2 skupiny a to kontrolní a experimentální. Nejmladšímu členovi skupiny je 75 let a nejstaršímu 90 let. Nikdo ze skupiny není zcela zdrav, každého trápí určitá nemoc, která bývá spojena s vysokým věkem. Aktivizační programy, které pro seniory připravuj, navštěvují i seniorky z Domova se zvláštním režimem – Vážka, kde jsou klienti s Alzheimerovou chorobou nebo jinými typy demence. Programy jsou pro

ně také přínosné, avšak v rámci zařazení klientů do určité sourodé skupiny, tyto ze šetření vylučuji. Je tomu tak i pro náročnost zjišťování relevantních dat.

4.3 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo u seniorů ve věku 75 až 90 let a to v celkovém počtu 30 součtem kontrolní a experimentální skupiny, která každá čítala 15 probandů. Z celkového počtu třiceti rozdaných dotazníků byl navrácen plný počet, tedy 100%. Výzkum probíhal ve Středisku Diakonie ČCE – Blanka, které se nachází na Jiráskově nábřeží 2443 v Písku. Jedná se o nestátní neziskovou, veřejně prospěšnou organizaci, jejímž zřizovatelem je Českobratrská církev evangelická. Tato organizace poskytuje služby podle zákona o sociálních službách a jsou to tyto: Domov pro seniory Domovinka, Domov se zvláštním režimem Vážka a terénní pečovatelská služba, kterou provozuje v bytech města Písku, které náleží k areálu střediska a jejíž klienti také pravidelně docházeli na cvičení.

S výzkumem bakalářské práce jsem začala v říjnu roku 2011, protože se jednalo o dlouhodobější výzkum v délce trvání 6 měsíců a skončila v březnu roku 2012. S šetřením jsem začala po studování odborné literatury, kterou jsem podrobila obsahové analýze a syntéze.

Respondenty mého budoucího výzkumu jsem oslovila prostřednictvím sociální pracovnice Mgr. Ivety Veselé, kterou po oslovení organizace můj připravený projekt zaujal, a která mi dala možnost s klienty střediska pracovat.

Pro seniory v zařízení jsem připravila edukační aktivizační program, který byl sestaven z psychomotorických a jiných cvičení a který jsem aplikovala 1krát týdně v

S analýzou získaných dat a jejich následným vyhodnocením jsem začala v březnu 2012 po ukončení aktivizačního edukačního programu pro seniory.

K vyhodnocení práce jsem použila grafů a tabulek. Výsledky dotazníkového i antropometrického šetření jsem vyjádřila v procentech.

4.4 Popis aktivizačního programu

V této kapitole rozeberu organizaci, strukturu a popis aktivizačního programu, jeho přípravu. Zmíním se také o projektu Týdne zdraví, který jsem do své bakalářské práce začlenila. Budu se také zabývat podrobným popisem lekcí aktivizačního programu

4.4.1 Příprava aktivizačního (edukačního) programu

S přípravou mého edukačního programu psychomotorických cvičení pro seniory jsem začala už v září 2011. Protože jsem nevěděla, s jakými seniory se setkám, respektive s jakou věkovou skupinou, připravila jsem si program pro psychomotorická a jiná cvičení z knihy především z knihy Dannyho Walshe a z jiných odborných publikací zaměřující se na seniory bez věkového omezení.

Abych mohla s odborným výzkumem začít od října 2011, oslovila jsem tři instituce zabývající se péčí o seniory, zda bych v jejich středisku mohla svou bakalářskou práci realizovat. Oslovovala jsem se je formou emailu s příloženou přípravou pro edukační program k bakalářské práci a telefonáty. Instituci Střediska Diakonie ČCE – Blanka v Písku jsem zřejmě svým programem oslovila, a tak jsme se se sociální pracovnící Domovinky Mgr. Ivetou Veselou domluvily na projednání mého návrhu osobně, přičemž mi bylo působení ve středisku schváleno. Paní Mgr. Veselá mi ochotně sdělila rady týkající se práce s klienty střediska, totéž i zdravotní sestry a pečovatelé v zařízení.

Během praxe jsem poté sestavila i rozpočet na psychomotorické pomůcky pro seniory, na jejichž zakoupení by mohlo středisko získat dotaci od města Písku a s nimiž bych i po ukončení výzkumu mohla s klienty pracovat, protože mi byla nabídnuta i další spolupráce.

4.4.2 Organizace edukačního programu

Na začátku jsme si s paní Mgr. Ivetou Veselou stanovily harmonogram edukačního programu. Edukační program probíhal v délce 6 měsíců v rámci 1 až 2 setkání týdně. Během těchto 6i měsíců jsme s klienty realizovali 36 aktivizačních programů. Aktivizační program probíhal vždy 2 vyučovací hodiny dopoledne a 2 vyučovací hodiny odpoledne (tedy 2krát 90 minut), vybrané dny pro toto mé působení byly sobota a neděle, kdy klienti střediska nemají jiný program (př. „Bručouni“-hudební seskupení nebo návštěva sester Boromejek z kostela v Lomci u Vodňan). První edukační hodina proběhla v rámci jiného programu s paní Petrádesovou, zaměstnankyní střediska, a byla to hodina seznamovací. Během ní jsem se skupinou alespoň trochu seznámila a vytipovala jsem si klienty, které bych mohla zařadit do experimentální skupiny. V domově pro seniory v bytech města Písku, kde se o klienty stará terénní

pečovatelská služba jsem poprosila o spolupráci dalších 15 klientů, kteří tvořili mou kontrolní skupinu, a tedy nechodili na aktivizační programy, které jsem vedla. Při další edukační lekci jsem klientům rozdala dotazníky a změřila je pomocí antropometrické metody měření.

Cílem edukačních programů bylo především resocializovat experimentální skupinu seniorů a zlepšit jejich fyzický a psychický stav, vytvořit tedy takový program, který vede ke znovuzapojení seniorů do společenského života a zároveň pomáhá ke zlepšení psychického stavu a kondice. Mezi konkrétní cíle, na které se psychomotorická cvičení zaměřují, patří bezesporu rozvoj tvořivosti, rozvoj jemné i hrubé motoriky, rozvoj intelektu a zlepšení kognitivních procesů, zlepšení paměti, což je velmi důležité u seniorů (např. při práci s lidmi nemocnými Alzheimerovou chorobou), zlepšení kondice, změna postoje k sobě samému i k okolí, rozvoj pohybových a sociálních dovedností a umění relaxovat své tělo i mysl.

Edukační programy psychomotorických cvičení byly rozděleny na několik částí z hlediska vlivu na naše zdraví a z hlediska zacílení. Jednotlivé části byly zaměřeny vždy na jednu oblast, kterou rozvíjely. Každý měsíc jsme s klienty prováděli psychomotorická cvičení, která měla jeden cíl, tato cvičení byla tedy celkem zaměřena na 6 cílů. Postupně jsme se zabývali cvičeními podporujícími rozvoj jemné motoriky, kdy jsme se zabývali různými cviky na procvičení prstů, cvičeními zaměřujícími se na akustické vnímání (použití hudebních nástrojů, pantomima, poslouchání zvuků ve městě, u řeky atd.), dále pak cvičeními zacílenými na tělesné schéma (malba na tělo, kresba postavy, povídání si o zdravém životním stylu, o gastronomii, cvičení proti bolesti zad, jóga prstů atd.), cvičeními zaměřenými na rozvoj hrubé motoriky (hry s míčem, s psychomotorickým padákem, smyslový chodník aj.), relaxačními cvičeními (arteterapie, masáže, relaxace s hudbou, meditace aj.) a cvičení, které zlepšuje reaktivitu těla seniorů (sure catchball, reaction ball, atd.).

Jako závěrečný společný projekt jsme s klienty vytvořili plakát s názvem Pohyb je dar. Tímto dílem jsme uzavřeli naše společná setkávání.

4.4.3 Tvorba intervenčního pohybového psychomotorického programu

Při tvorbě lekcí jsem vycházela ze svých zkušeností z odborného předmětu, který jsme na katedře výchovy ke zdraví absolvovali ve druhém ročníku. Zkušenosti

také plynou ze cvičení s lidmi s postižením, s nimiž jsme psychomotorická cvičení také realizovali. Senioři pro mě byli novou budoucí zkušeností, a tak jsem vycházela i z odborné literatury, která se k psychomotorickým cvičením a k seniorům vztahovala. Takto jsem tedy postupovala při vytváření úvodní lekce pro seniory, kterou ještě dále popíšu.

Dále jsem si stanovila časovou dotaci na jednu lekci a na jednotlivé činnosti v ní. Chtěla jsem mít pevnou kostru, která bude neměnná a dosáhnout s ní jakési ritualizace. Čímž jsem chtěla působit na stmelení skupiny. Myslím si také, že určitá neměnnost v programu je pro cvičící klienty přínosem, protože se v situaci lépe orientují. Zároveň ale v této pomyslné kostře byl prostor pro věci nové a to především v hlavní části hodiny. To byly aktivity, které se nikdy neopakovaly. Vkládání nových činností do činností stále se opakujících měl udržet účastníky v očekávání, co další lekce přinese a zároveň je motivovat na další hodinu.

4.4.4 **Pomůcky**

Zde je seznam použitých psychomotorických pomůcek, které jsem ve svém edukačním programu použila.

Jemná motorika – papír, kuličky, maňásci, prstové loutky, korálky, prstové barvy, sirky, fazole, hrách, těstoviny, čočka, písek, hlína, kaštiny, žaludy, kamínky, mušle, jeřabiny, suché listy, provázky, zipy, provlékadla, tkaničky, bábovky a jiné hračky na písek, papírové krabičky, ubrousky, pastelky, barvy, štětce, křídly, fixy, molitanové a pingpongové míčky.

Akustické vnímání - budík, zvoneček, dětské hudební nástroje, svazek klíčů, nádobí, houkačky, pískací hračky, reprodukováná hudba.

Tělesné schéma - Výtvarný materiál na obkreslování postavy, rukou, nohou, prstové barvy na otiskování částí těla, víčka od PET lahví (knoflíky, kamínky aj.) na sestavování obrysu těla, toaletní papír na omotávání těla.

Hrubá motorika - židle, stůl, míče, lano, padák, obruče, látkové a papírové stuhy.

Relaxační hry - duchna, žíněnka, papír, kreslicí potřeby, míč, stuhy, šátek, reprodukováná hudba.

4.4.5 Struktura lekcí

Nyní tedy k tomu, co měly všechny lekce společné a to je rozdělení edukační jednotky:

Délka lekce 90 minut - Tuto délku jsem uznala jako nejvhodnější po zvážení náplně hodin, zřetel jsem také musela brát na skutečnost, že všichni klienti při hodinách sedí, někteří dokonce na invalidním vozících, tak aby to pro ně nebylo nepříjemné a cítili se pohodlně. Každému prvku ve struktuře lekce jsem pak přidělila vhodnou časovou dotaci. Samozřejmě ne vždy jsem se jí přesně dodržela, protože v některých případech, například při úvodu hodiny a přivítání záleželo také na účastnících a na tom, co nám ostatním chtěli povyprávět.

Privítání na edukační hodině - Tento prvek je do lekce zařazen i přesto, že jsem se s každým klientem přivítala zvlášť před začátkem lekce, než se všichni klienti sešli. Myslím si, že je vhodné přivítat se s celou skupinou najednou, protože to oficiálně ohlašuje začátek hodiny a všichni vědí, že od této chvíle se musí soustředit.

Aktivizace v kolečku (seznamovací hra) – V této části lekce skupina volně přechází od přivítání k aktivnější části hodiny a to aktivizací v kolečku, kdy si skupina v kolečku posílá malý míč a každý z klientů odpovídá na otázku, kterou na začátku „kolečka“ zadám. Otázku jsem položila vždy, než jsem klubičko vyslala, kvůli sluchovým problémům klientů jsem ji každému ještě zopakovala, když na něho přišla řada. Také odpovědi klientů jsem hlasitě tlumočila ostatním klientům. Mnou pokládané otázky se většinou týkaly příjemných vzpomínek z minulého týdne, oblíbených nebo zajímavých nebo činností, kterých se klienti účastnili nebo naopak něčeho na co se těší do budoucna. Pokud chtěl klient říct něco zajímavého, co se netýkalo odpovědi na otázku, měl samozřejmě možnost. Někdy se i stalo, že se rozproudila diskuse k nějakému tématu, což mě těšilo. Následovalo vždy lehké protažení těla, které nás připravilo na další činnost.

Hlavní část – po aktivizaci následovala nejdelší část programu a to hlavní část, kdy jsme s klienty praktikovali již přímo psychomotorickou část – cvičení. Tato část se každou hodinu zcela měnila. Pod téma hlavní části programu jsme často sjednotili i předchozí fáze programu a závěrečnou relaxaci.

Závěr – relaxace, zklidnění a zhodnocení hodiny – Na závěr bychom měli klienty zklidnit, k tomu můžeme použít různé formy a techniky relaxace (relaxace s hudbou, barvami, s imaginací atd.), abychom mohli převést pozornost na jinou

respektive obvyklou činnost. Je dobré mít zpětnou vazbu, a tak na konci hodiny provedeme reflexi hodiny, kdy nám klienti řeknou, zda se jim hodina líbila, co bylo dobré a co se jim naopak nelíbilo a já jako vedoucí hodiny tuto také zhodnotím, ocením snahu klientů a jejich činnost. Tato relaxace a zhodnocení hodiny je také jasným signálem, že edukační hodina oficiálně končí.

Rozloučení – Rozloučením se se skupinou nastíním téma další hodiny, což bude působit jako motivace pro další činnost.

5 VÝSLEDKY

5.1 Výsledky antropometrického měření

Antropometrie je jedna ze základních výzkumných metod antropologie, tedy věda o člověku, jeho vývoji v čase, kultuře, atd. Antropometrie je systém měření a pozorování lidského těla a jeho částí. Podkladem pro měření je soustava antropometrických bodů na hlavě, trupu a končetinách (slovník cizích slov online).

Pomocí antropometrického měření jsem zjistila základní antropometrické rozměry u klientů experimentální i kontrolní skupiny a znázornila jsem je v následující tabulce.

Základní rozměry klinické antropometrie:

Tělesná výška – je vertikální vzdálenost nejvyššího bodu na temeni hlavy (vertex) od podložky. Předepsaný postoj - nutný je vzpřímený postoj u stěny, přičemž hlava probanda musí být v takové úrovni jako by se díval do dálky. Měřený jedinec musí být bez bot. Měří se s přesností na 0,5 cm. Pomůcky - antropometr, posuvné měřidlo připevněné ke stěně nebo pásový metr připevněný na stěnu nebo krejčovský metr.

Tělesná hmotnost – pro zjištění hmotnosti by měl být proband ve spodním prádle. Pomůcky – páková váha, Měří se s přesností měření 0,1 kg

Body - Mass Index (BMI) - poměr mezi tělesnou hmotností v kg a druhou mocninou výšky v m, jednotka kg/m^2

Krevní tlak – je tlak, který je vyvíjen na stěnu cév při transportu krve oběhovým systémem, jeho hodnota se měří v mm rtuťového sloupce na tlakoměru – v torrech (HAINER a kol., 2011).

5.2 Analýza BMI a krevního tlaku

U experimentální a kontrolní skupiny byla provedena vstupní a výstupní měření výšky a váhy. Z těchto hodnot jsem vypočítala podle vzorce pro výpočet BMI tuto hodnotu. Pro stanovení váhové kategorie jsem použila tabulku Státního zdravotnického ústavu. U probandů jsem také změřila krevní tlak a každého z nich jsem zařadila podle výsledků do kategorie. U obou skupin jsem zjišťovala změnu BMI a tlaku krve v čase 6 měsíců a hodnoty jsem zapsala do následujících tabulek a grafů.

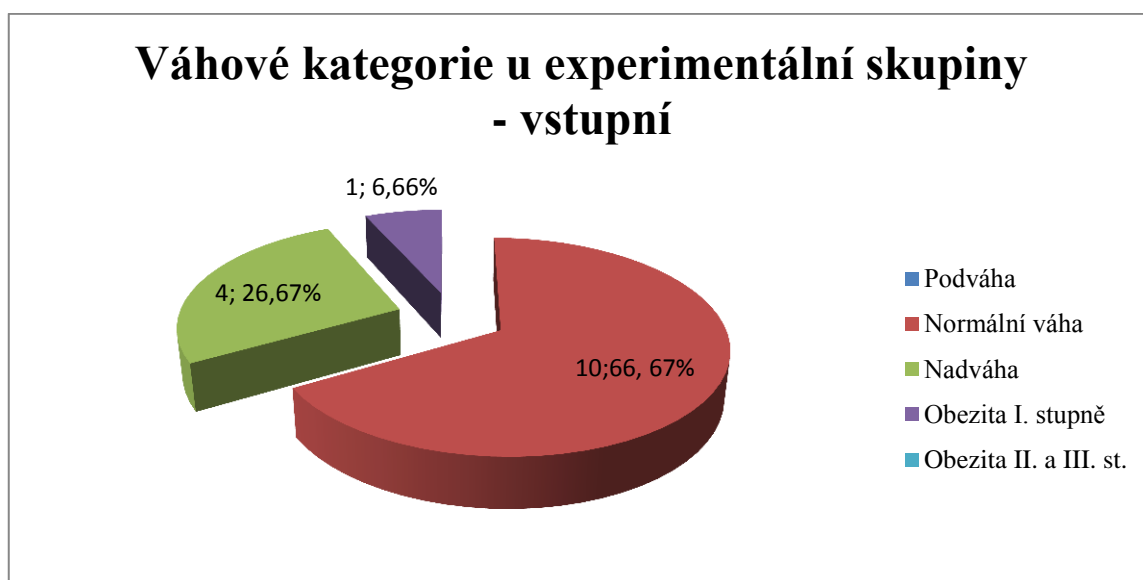
5.2.1 Analýza BMI u ES a KS a porovnání těchto hodnot

Tabulka 1. Hodnota BMI a zařazení probandů do jednotlivých váhových kategorií- experimentální skupina, vstupní šetření

BMI	Počet	%
Podváha	0	0
Normální váha	10	66,67
Nadváha	4	26,67
Obezita I. stupně	1	6,66
Obezita II. a III. stupně	0	0

Tabulka 1. a obrázek 2. zobrazují zařazení experimentální skupiny do váhových kategorií podle BMI dle vstupního šetření v absolutních číslech a v %. Z celkového počtu probandů 15 tvoří počet 10 v absolutních číslech a 66,67% kategorií s „ normální váhou“, 4 tvoří počet v absolutních číslech a 26,67% v kategorii „nadváhy“ a 1 tvoří počet v absolutních číslech a 6,66% v kategorii „obezita I. stupně“

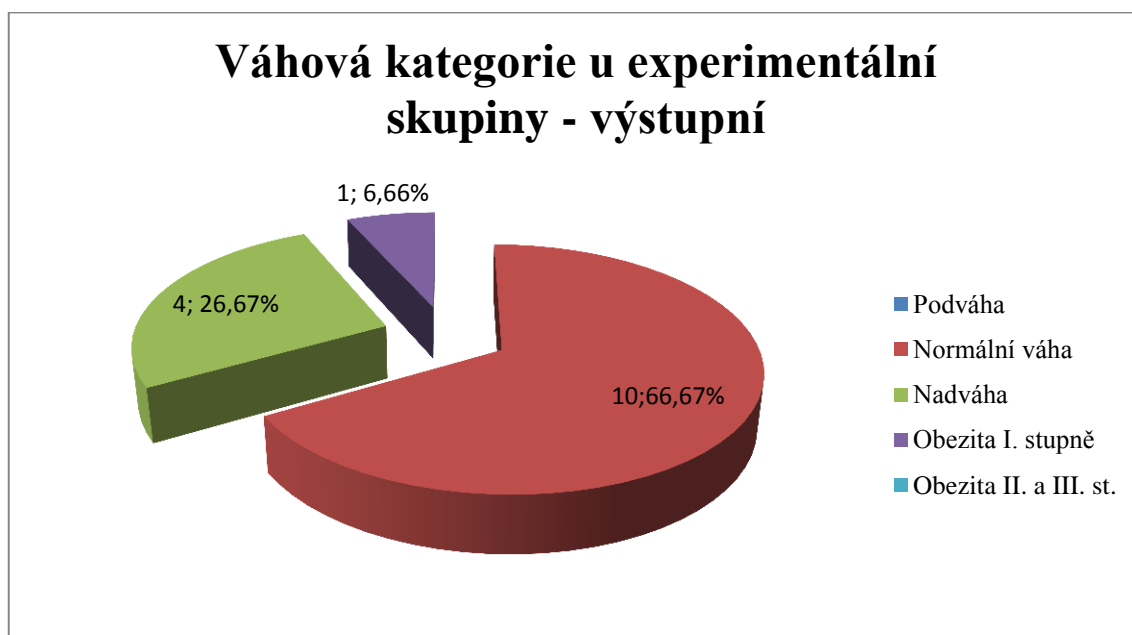
Obrázek 2. Hodnota BMI a zařazení probandů do jednotlivých váhových kategorií- experimentální skupina, vstupní šetření



Tabulka 2. Hodnota BMI a zařazení probandů do jednotlivých váhových kategorií- experimentální skupina, výstupní šetření

BMI	Počet	%
Podváha	0	0
Normální váha	10	66,67
Nadváha	4	26,67
Obezita I. stupně	1	6,66
Obezita II. a III. stupně	0	0

Tabulka 2. a obrázek 3. zobrazují zařazení experimentální skupiny do váhových kategorií podle BMI dle výstupního šetření. Z celkového počtu probandů 15 tvoří počet 10 v absolutních číslech a 66,67% kategorií s BMI v normě, tedy normální váhou, 4 tvoří počet v absolutních číslech a 26,67% v kategorii nadváhy a 1 tvoří počet v absolutních číslech a 6,66% v kategorii obezita I. stupně.



Obrázek 3. Hodnota BMI a zařazení probandů do jednotlivých váhových kategorií- experimentální skupina, výstupní šetření

Tabulka 3. Hodnota BMI a zařazení probandů do jednotlivých váhových kategorií- kontrolní skupina, vstupní šetření

BMI	Počet	%
Podváha	1	6,67
Normální váha	12	80
Nadváha	2	13,33
Obezita I. stupně	0	0
Obezita II. a III. st.	0	0

Tabulka 3. a obrázek 4. zobrazují zařazení experimentální skupiny do váhových kategorií podle BMI dle výstupního šetření. Z celkového počtu probandů 15 tvoří počet 12 v absolutních číslech a 80% kategorií s BMI v normě, tedy normální váhou, 2 tvoří počet v absolutních číslech a 13,33% v kategorii nadváhy a 1 tvoří počet v absolutních číslech a 6,67% v kategorii podváha.



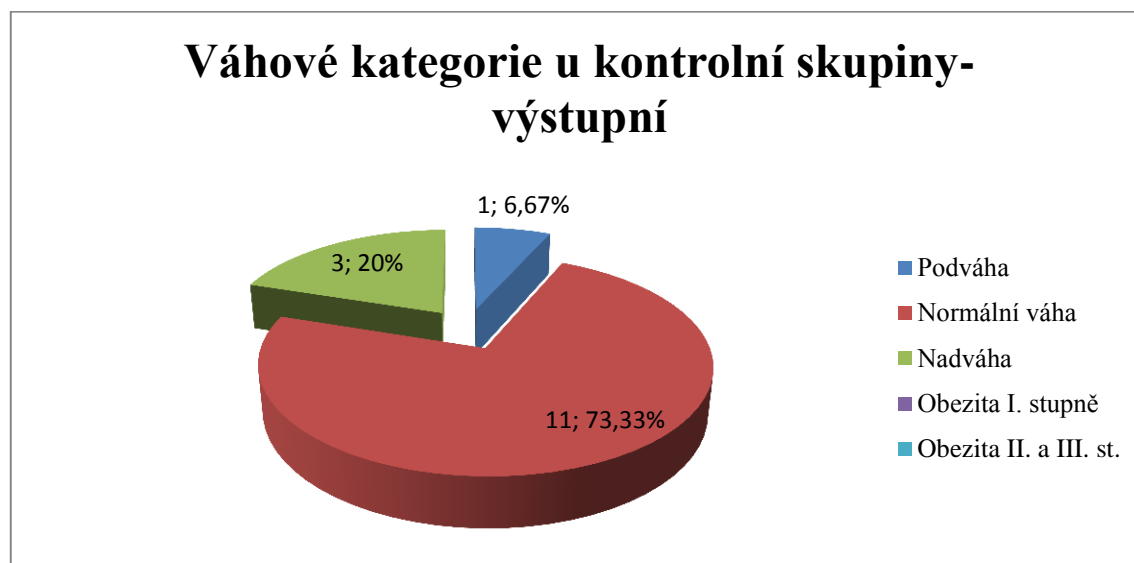
Obrázek 4. Hodnota BMI a zařazení probandů do jednotlivých váhových kategorií- kontrolní skupina, vstupní šetření

Obrázek 4. zobrazuje hodnoty a zařazení probandů do jednotlivých váhových kategorií podle BMI u kontrolní skupiny při vstupním šetření.

Tabulka 4. Hodnota BMI a zařazení probandů do jednotlivých váhových kategorií- kontrolní skupina, výstupní šetření

BMI	Počet	%
Podváha	1	6,67
Normální váha	11	73,33
Nadváha	3	20
Obezita I. stupně	0	0
Obezita II. a III. st.	0	0

Tabulka 4. a obrázek 5. zobrazují zařazení experimentální skupiny do váhových kategorií podle BMI dle výstupního šetření. Z celkového počtu probandů 15 tvoří počet 11 v absolutních číslech a 73,3% kategorií s BMI v normě, tedy normální váhou, 3 tvoří počet v absolutních číslech a 20% v kategorii nadváhy a 1 tvoří počet v absolutních číslech a 6,67% v kategorii podváha.



Obrázek 5. Hodnota BMI a zařazení probandů do jednotlivých váhových kategorií- kontrolní skupina, výstupní šetření

Tabulka 5. Tabulka BMI podle WHO, 2005 (www.szu.cz, 2005, online)

Podváha	<18,5
Norma	18,5-24,9
Nadváha	25,0-29,9
Obezita I. stupně	30,0-34,9
Obezita II. stupně	35,0-39,9
Obezita III. stupně	>40,0

Tabulka 5. znázorňuje tabulku platnou podle WHO k rozřídění BMI do kategorií podváha, norma, nadváha, obezita I. stupně, obezita II. stupně a obezita III. stupně.

Tabulka 6. Experimentální skupina - antropometrické hodnoty

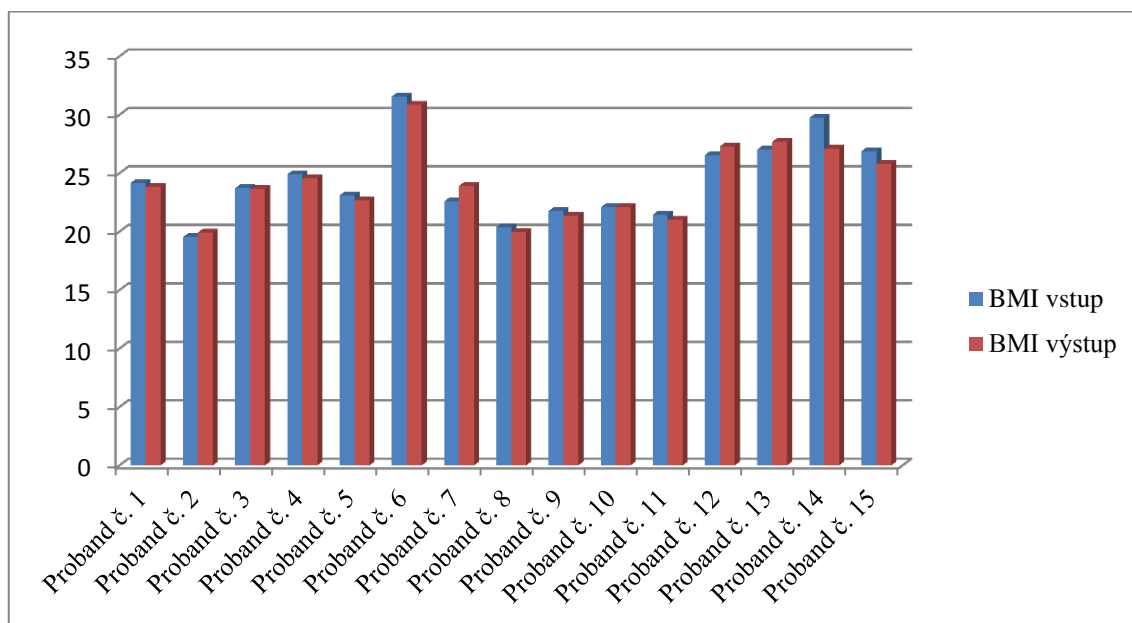
Proband číslo	Výška vstup	Výška výstup	Váha vstup	Váha výstup	Tlak vstup	Tlak výstup	BMI vstup	BMI výstup
1.	164 cm	164 cm	65 kg	64 kg	130/70	140/80	24,17	23,8
2.	160 cm	160 cm	50 kg	50,5 kg	130/75	130/70	19,53	19,92
3.	173 cm	172 cm	71 kg	70 kg	135/80	130/75	23,72	23,66
4.	170 cm	170 cm	72 kg	70,5 kg	140/90	135/80	24,91	24,57
5.	150 cm	150 cm	52 kg	51,5 kg	140/90	140/85	23,11	22,67
6.	166 cm	166 cm	87 kg	85 kg	135/75	140/80	31,57	30,85
7.	162 cm	161 cm	60 kg	62 kg	125/70	125/75	22,58	23,92
8.	155 cm	154 cm	49 kg	48 kg	130/70	130/80	20,4	19,98
9.	159 cm	159 cm	55kg	54 kg	130/70	130/70	21,76	21,36
10.	152 cm	152cm	51 kg	51 kg	130/80	130/75	22,07	22,07
11.	148 cm	147 cm	47 kg	46 kg	140/80	140/80	21,46	21
12.	160 cm	159 cm	68 kg	68.5 kg	130/80	135/75	26,56	27,29
13.	171 cm	170 cm	79 kg	76 kg	140/80	140/80	27,02	27,68
14.	174 cm	174 cm	90 kg	82 kg	140/85	140/90	29,73	27,08
15.	167 cm	167 cm	75 kg	72 kg	130/75	130/70	26,89	25,82

Tabulka 7. Kontrolní skupina - antropometrické hodnoty

Proband	Vstup výška	Výstup výška	Vstup váha	Výstup váha	Vstup tlak	Výstup tlak	Vstup BMI	Výstup BMI
1.	160 cm	160 cm	60 kg	62 kg	140/90	145/90	23,44	24,22
2.	168 cm	168 cm	63kg	63 kg	130/70	130/70	22,32	22,32
3.	155 cm	155 cm	51 kg	50 kg	130/80	135/85	21,23	22,89
4.	148 cm	148 cm	47 kg	48 kg	130/70	130/80	21,23	21,91
5.	170 cm	170 cm	75 kg	77 kg	140/80	145/85	25,95	26,64
6.	171 cm	171 cm	86 kg	87 kg	145/90	150/90	29,66	29,75
7.	163 cm	163 cm	55 kg	58 kg	130/80	130/80	20,7	21,83
8.	149 cm	149 cm	49 kg	51 kg	130/70	135/75	22,07	22,97
9.	165 cm	165 cm	50 kg	50 kg	130/70	120/80	18,37	18,37
10.	148 cm	148 cm	47 kg	57 kg	140/80	140/80	21,46	21,46
11.	153 cm	153 cm	50 kg	48 kg	140/80	140/90	21,36	20,5
12.	157cm	157 cm	60 kg	62 kg	140/80	140/70	24,34	25,15
13.	160 cm	160 cm	58 kg	62 kg	130/70	130/80	22,66	24,22
14.	161 cm	161 cm	49 kg	52 kg	130/80	130/80	18,9	20,06
15.	158 cm	158 cm	50kg	53 kg	130/80	140/90	20,03	21,23

Tabulky 6. a 7. zobrazují počáteční stav u obou měřených skupin (experimentální a kontrolní) při vstupním měření, a stav konečný při měření výstupním, obsahují fyziologická data všech probandů, která byla měřena pomocí antropometrické metody měření.

5.2.2 Analýza změny BMI u experimentální a kontrolní skupiny a porovnání těchto změn



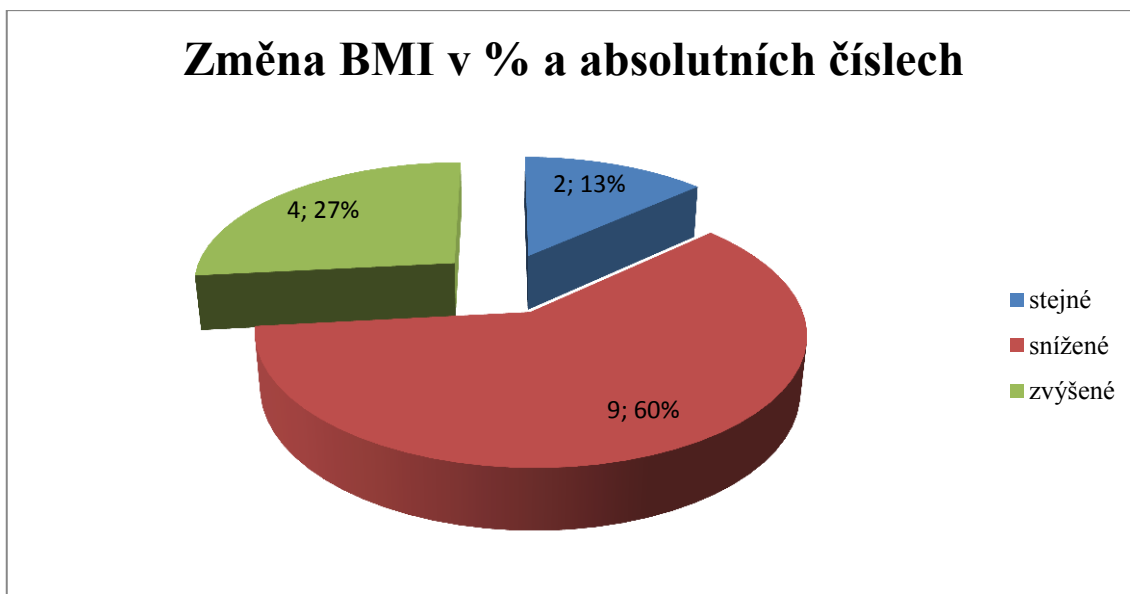
Obrázek 6. Porovnání BMI u experimentální skupiny vstupní vs. kontrolní

Na obrázku 6. jsou zobrazeny změny BMI u experimentální skupiny za dobu 6 měsíců aplikace edukačního programu. Z celkového počtu probandů tvoří počet 2 v absolutních číslech a 13% kategorii stejného BMI, 9 tvoří počet v absolutních číslech a 60% kategorii sníženého BMI a s 4 tvoří počet v absolutních číslech a 27% kategorii zvýšeného BMI.

Tabulka 8. Změna BMI v % a absolutních číslech u experimentální skupiny

BMI	počet	%
Stejně	2	13
Snížené	9	60
Zvýšené	4	27

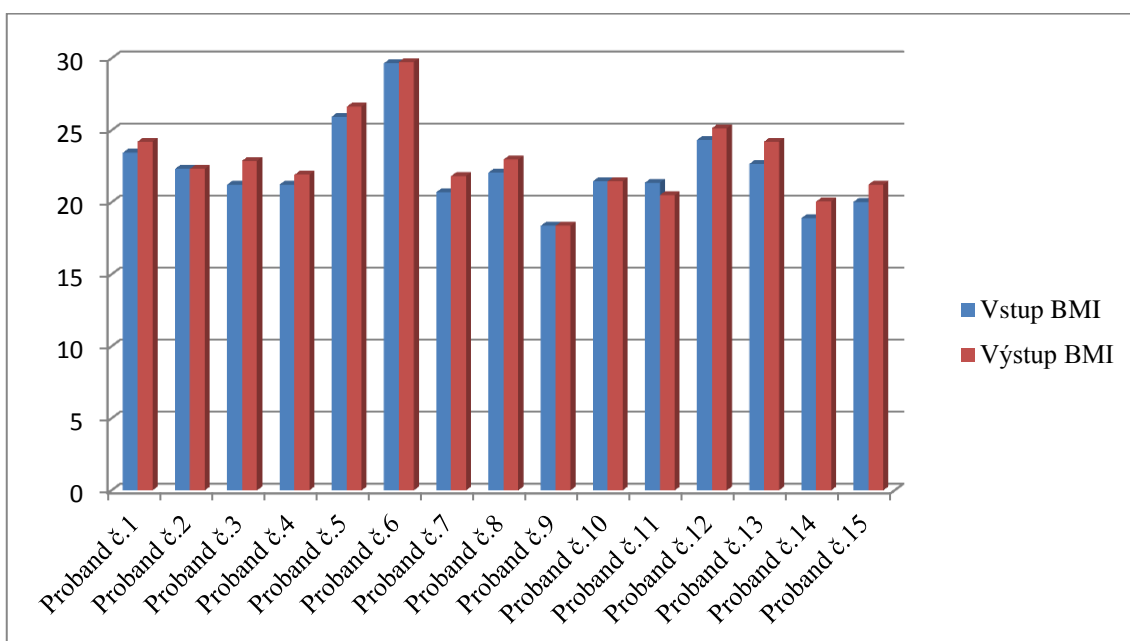
Tabulka 8. zobrazuje změnu BMI u experimentální skupiny po aplikaci edukačního programu v procentech a absolutních číslech. Kategorii „stejně“ tvoří počet 2 v absolutních číslech a 13%. Kategorii „snížené“ tvoří počet 9 v absolutních číslech a 60%. Kategorii „zvýšené“ tvoří počet 4 v absolutních číslech a 27%.



Obrázek 7. Změna BMI u experimentální skupiny v % a absolutních číslech

Obrázek 7. zobrazuje změnu BMI u experimentální skupiny v % a absolutních číslech názorně ve výsečovém znázornění.

Obrázek 8. Porovnání BMI u kontrolní skupiny vstupní vs. kontrolní



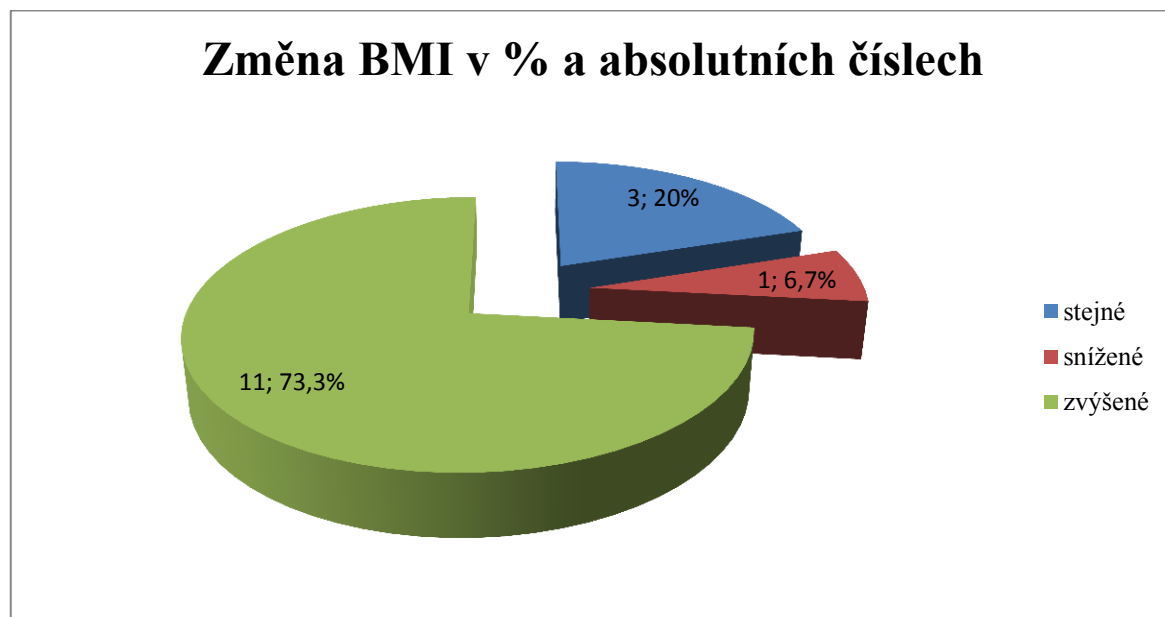
Na obrázku 8. vidíme změnu BMI u kontrolní skupiny za 6 měsíců. Kontrolní skupina se neúčastnila edukačních programů. Kategorii stejné BMI tvoří počet 3 v absolutních

číslech a 20%, kategorii snížené BMI tvoří počet 1 v absolutních číslech a 6,7% a kategorii zvýšené BMI tvoří počet 11 v absolutních číslech a 73,3%.

Tabulka 9. Změna BMI v % a absolutních číslech u kontrolní skupiny

BMI	počet	%
stejně	3	20
snížené	1	6,7
zvýšené	11	73,3

Tabulka 9. zobrazuje změnu BMI u kontrolní skupiny bez aplikace edukačního programu v absolutních číslech a v procentech. Kategorii „stejně“ tvoří počet 3 v absolutních číslech a 20%. Kategorii „snížené“ tvoří počet 1 v absolutních číslech a 6,7%. Kategorii „zvýšené“ tvoří počet 11 v absolutních číslech a 73,3%.



Obrázek 9. Změna BMI v % a absolutních číslech

Obrázek 9. zobrazuje změnu BMI u experimentální skupiny v % a absolutních číslech názorně ve výsečovém znázornění.

5.2.3 Analýza změn krevního tlaku u experimentální a kontrolní skupiny a porovnání těchto hodnot.

Tabulka 10. Hodnoty TK u experimentální skupiny v absolutních číslech a % - vstupní měření

TK	Počet	%
Hypotenze	0	0
Normotenze	13	86,67
Mírná hypertenze	2	13,33
Střední a těžká hypertenze	0	0

Tabulka 10. zobrazuje rozdělení probandů do kategorií podle hodnot tlaku krve naměřených při vstupním měření v absolutních číslech a v procentech. Kategorii „hypotenze“ tvoří počet 0 v absolutních číslech a 0%. Kategorii „normotenze“ tvoří počet 13 v absolutních číslech a 86,67%. Kategorii „mírná hypertenze“ tvoří počet 2 v absolutních číslech a 13,33%. Kategorii „střední a těžká hypertenze“ tvoří počet 0 v absolutních číslech a 0%.



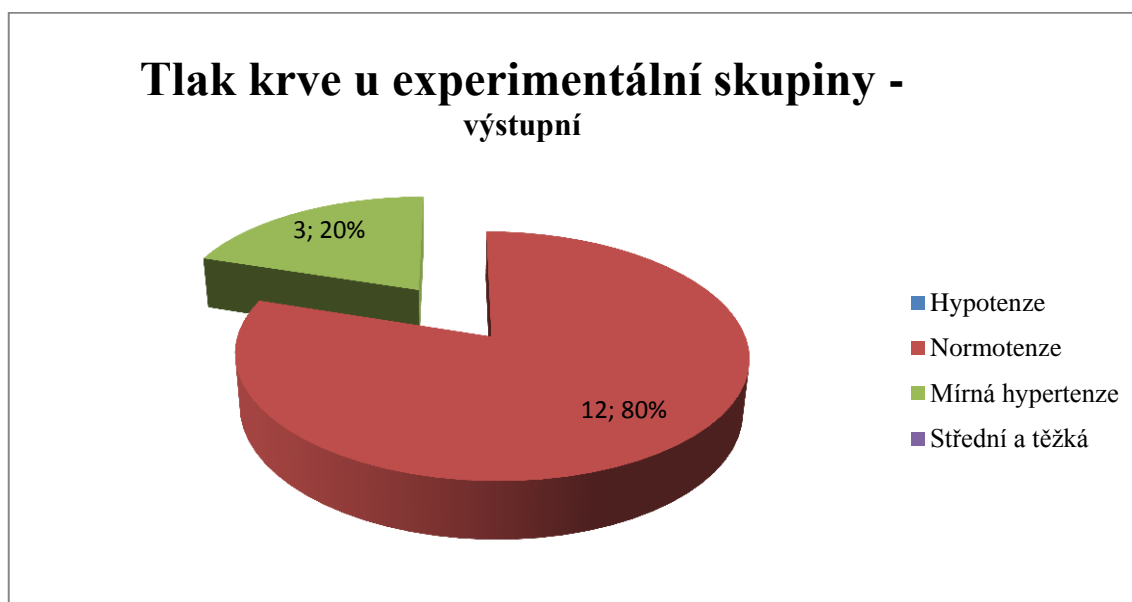
Obrázek 10. Tlak krve a rozdělení probandů do kategorií TK u experimentální skupiny vstupní

Obrázek 10. zobrazuje rozdělení ES do kategorií dle hodnot Tk u experimentální v % a absolutních číslech při vstupním měření.

Tabulka 11. Hodnoty TK u experimentální skupiny v absolutních číslech a % - výstupní měření

TK	Počet	%
Hypotenze	0	0
Normotenze	12	80
Mírná hypertenze	3	20
Střední a těžká	0	0

Tabulka 11. zobrazuje rozdělení probandů do kategorií podle hodnot tlaku krve naměřených při vstupním měření v absolutních číslech a v procentech. Kategorii „hypotenze“ tvoří počet 0 v absolutních číslech a 0%. Kategorii „normotenze“ tvoří počet 12 v absolutních číslech a 80%. Kategorii „mírná hypertenze“ tvoří počet 3 v absolutních číslech a 20%. Kategorii „střední a těžká hypertenze“ tvoří počet 0 v absolutních číslech a 0%.



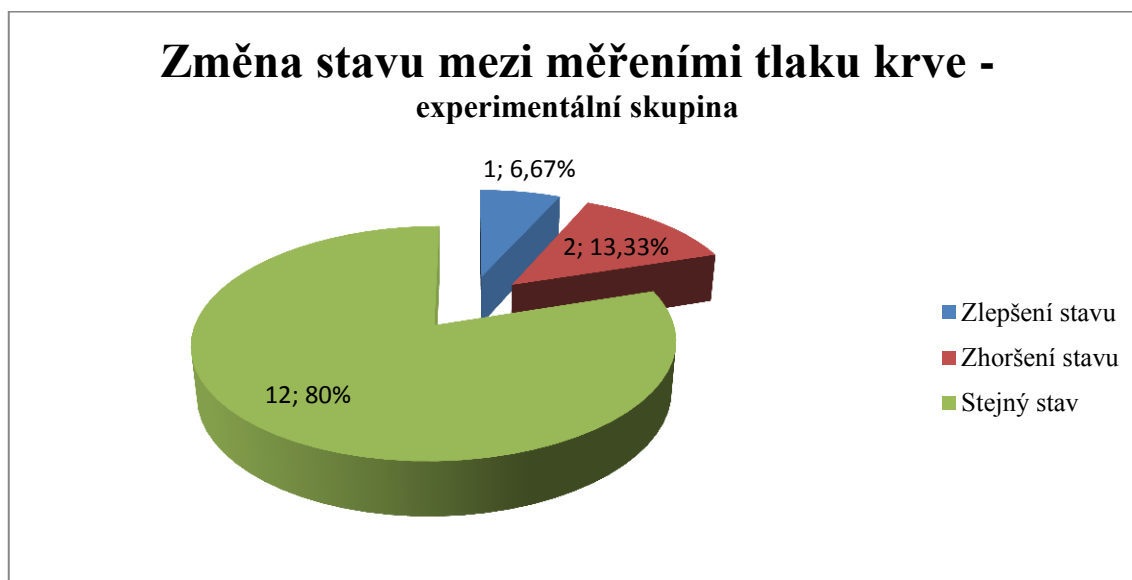
Obrázek 11. Tlak krve a rozdělení probandů do kategorií TK u experimentální skupiny - výstupní

Obrázek 11. zobrazuje rozdělení do kategorií dle hodnot tlaku krve u experimentální v % a absolutních číslech při výstupním měření.

Tabulka 12. Změna stavu při mezi vstupním a výstupním měřením tlaku krve u experimentální skupiny

Stav	Počet	%
Zlepšení stavu	1	6,67
Zhoršení stavu	2	13,33
Stejný stav	12	80

Tabulka 12. zobrazuje změnu stavu u experimentální skupiny mezi vstupním a výstupním měřením- změnu k ideálnímu tlaku, který se udává jako tlak 120/80 (podle szú) v absolutních číslech a v procentech. Kategorii „zlepšení stavu“ tvoří počet 1 v absolutních číslech a 6,67%. Kategorii „ zhoršení stavu“ tvoří počet 2 v absolutních číslech a 13,33% ,kategorii „stejný stav“ tvoří počet 12 v absolutních číslech a 80%.



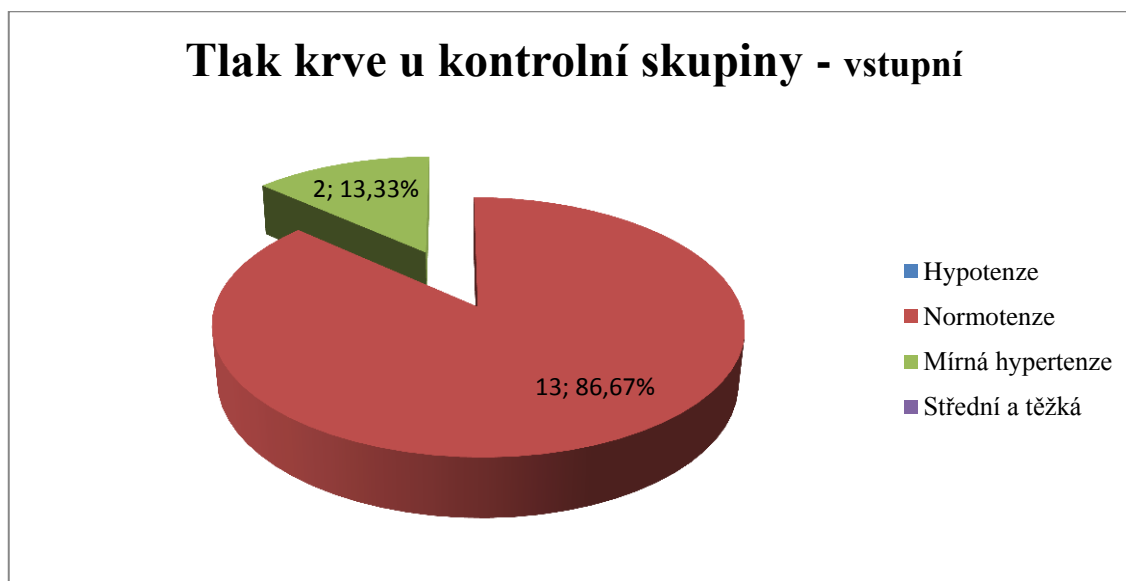
Obrázek 12. Změna stavu mezi vstupním a výstupním měření tlaku krve u experimentální skupiny

Obrázek 12. zobrazuje rozdělení probandů do skupin podle změny krevního tlaku za období mezi vstupním a výstupním měřením u experimentální skupiny.

Tabulka 13. Hodnoty TK u kontrolní skupiny v absolutních číslech a % - vstupní měření

TK	Počet	%
Hypotenze	0	0
Normotenze	13	86,67
Mírná hypertenze	2	13,33
Střední a těžká	0	0

Tabulka 13. zobrazuje rozdělení probandů do kategorií podle hodnot tlaku krve naměřených při vstupním měření v absolutních číslech a v procentech. Kategorii „hypotenze“ tvoří počet 0 v absolutních číslech a 0%. Kategorii „normotenze“ tvoří počet 13 v absolutních číslech a 86,67%. Kategorii „mírná hypertenze“ tvoří počet 2 v absolutních číslech a 13,33%. Kategorii „střední a těžká hypertenze“ tvoří počet 0 v absolutních číslech a 0%.



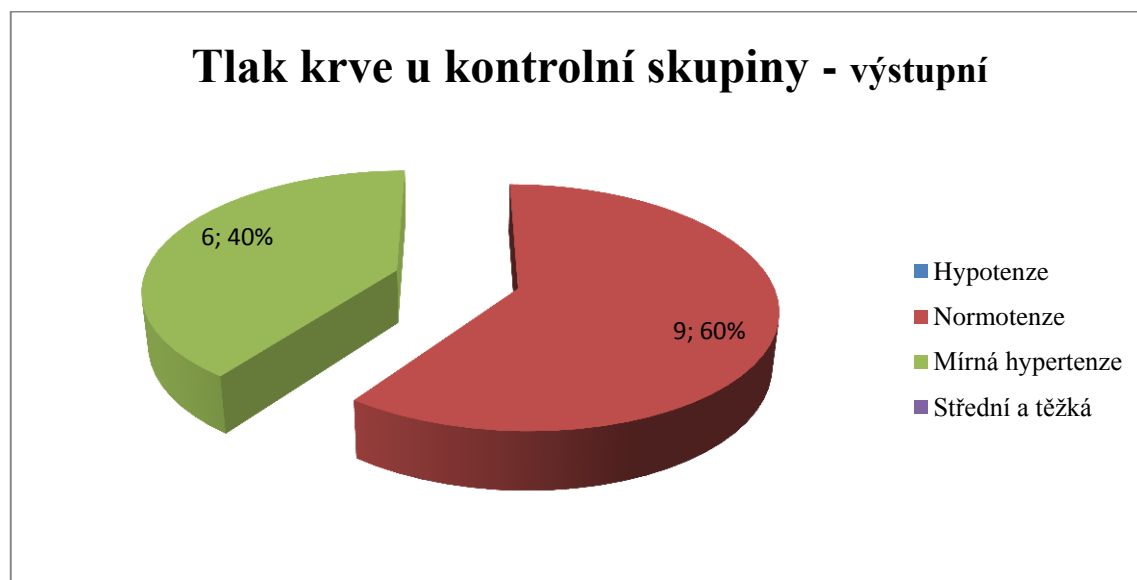
Obrázek 13. Tlak krve a rozdělení probandů do kategorií TK u experimentální skupiny - vstupní

Obrázek 13. zobrazuje rozdělení do kategorií dle hodnot Tk u kontrolní skupiny v % a absolutních číslech při vstupním měření.

Tabulka 14. Hodnoty TK u kontrolní skupiny v absolutních číslech a % - výstupní měření

TK	Počet	%
Hypotenze	0	0
Normotenze	9	60
Mírná hypertenze	6	40
Střední a těžká	0	0

Tabulka 14. zobrazuje rozdělení probandů do kategorií podle hodnot tlaku krve naměřených při vstupním měření v absolutních číslech a v procentech. Kategorii „hypotenze“ tvoří počet 0 v absolutních číslech a 0%. Kategorii „normotenze“ tvoří počet 9 v absolutních číslech a 60%. Kategorii „mírná hypertenze“ tvoří počet 6 v absolutních číslech a 40%. Kategorii „střední a těžká hypertenze“ tvoří počet 0 v absolutních číslech a 0%.



Obrázek 14. Tlak krve a rozdělení probandů do kategorií TK u experimentální skupiny - výstupní

Obrázek 14. zobrazuje rozdělení kontrolní skupiny do kategorií dle hodnot tlaku krve v % a absolutních číslech při výstupním měření.

Tabulka 15. Změna stavu při mezi vstupním a výstupním měřením tlaku krve u experimentální skupiny

Stav	Počet	%
Zlepšení stavu	0	0
Zhoršení stavu	4	26,67
Stejný stav	11	73,33

Tabulka 15. zobrazuje změnu stavu u experimentální skupiny mezi vstupním a výstupním měřením- změnu k ideálnímu tlaku, který se udává jako tlak 120/80 (podle Státního zdravotního ústavu) v absolutních číslech a v procentech. Kategorii „zlepšení stavu“ tvoří počet 0 v absolutních číslech a 0%. Kategorii „zhoršení stavu“ tvoří počet 4 v absolutních číslech a 26,67% ,kategorii „stejný stav“ tvoří počet 11 v absolutních číslech a 73,33%.



Obrázek 15. Změna stavu mezi vstupním a výstupním měření tlaku krve u experimentální skupiny

Obrázek 15. zobrazuje rozdělení probandů do skupin podle změny krevního tlaku za období mezi vstupním a výstupním měřením u kontrolní skupiny.

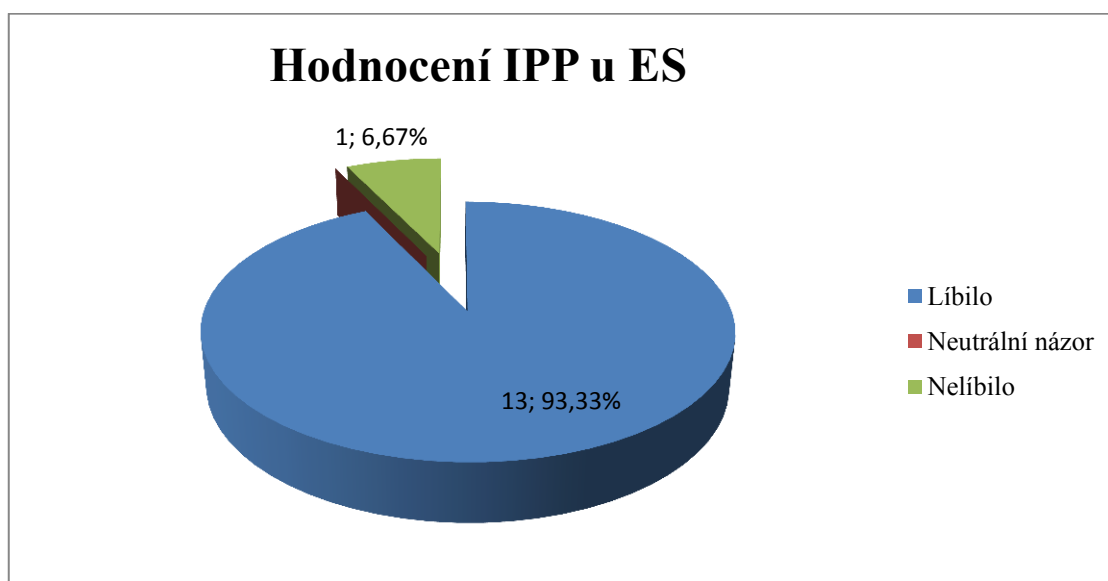
5.2.4 Analýza hodnocení edukačního programu – zpětné vazby

Ke zhodnocení edukačního programu a vlivu psychomotorických cvičení na fyzické a psychické zdraví seniorů jsem použila také zpětnou vazbu od probandů v experimentální skupině a jejich subjektivní hodnocení edukačního programu.

Tabulka 16. Zhodnocení edukačního programu seniory v experimentální skupině

Hodnocení programu	Počet	%
Kladné	14	93,33
Neutrální	0	0
Záporné	1	6,67

Tabulka 16. zobrazuje rozdělení probandů do kategorií podle hodnocení edukačního programu v absolutních číslech a v procentech. Kategorii hodnocení „kladné“ tvoří počet 13 v absolutních číslech a 86,67%. Kategorii hodnocení „neutrální“ tvoří počet 1 v absolutních číslech a 6,67%. Kategorii hodnocení „záporné“ tvoří počet 1 v absolutních číslech a 6,67%.



Obrázek 16. Hodnocení edukačního programu v absolutních číslech a % u experimentální skupiny

Tabulka 17. Zhodnocení vlivu edukačního programu na fyzickou složku zdraví u experimentální skupiny

Vliv na fyzické zdraví:	Počet	%
Ano	14	93,33
Ne	1	6,67

Tabulka 17. zobrazuje subjektivní zhodnocení vlivu edukačního programu na fyzické zdraví u experimentální skupiny a rozdělení probandů do kategorií v absolutních číslech a v procentech. Kategorii hodnocení vlivu „ano“ tvoří počet 14 v absolutních číslech a 93,33%. Kategorii hodnocení vlivu „ne“ tvoří počet 1 v absolutních číslech a 6,67%.



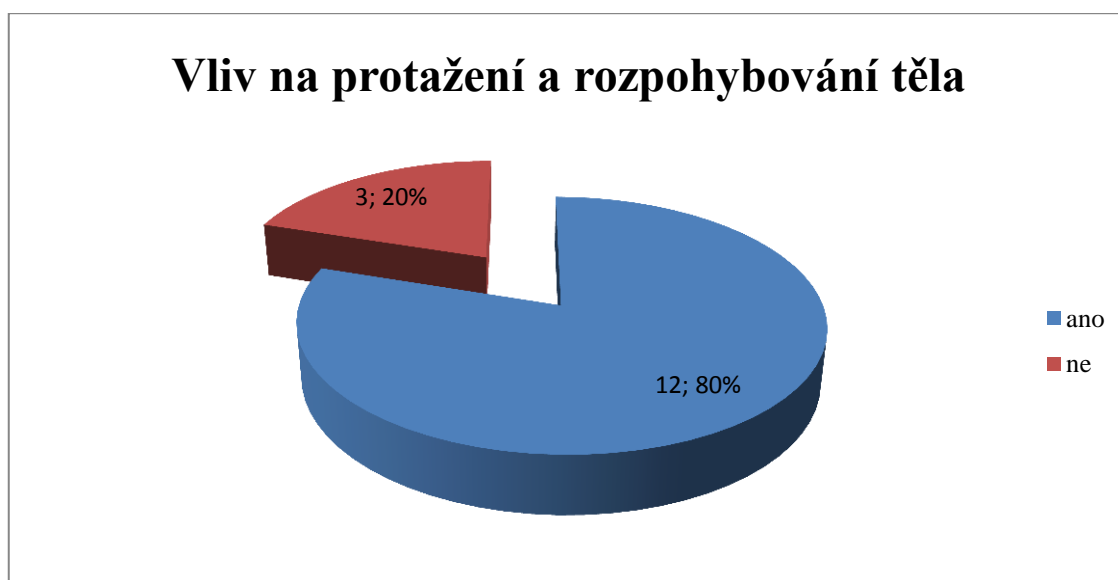
Obrázek 17. Subjektivní hodnocení vlivu edukačního programu na fyzické zdraví u experimentální skupiny

Obrázek 17. zobrazuje subjektivní hodnocení vlivu edukačního programu na fyzické zdraví u experimentální skupiny v absolutních číslech a v %.

Tabulka č. 18: Zhodnocení vlivu edukačního programu na fyzické zdraví u experimentální skupiny – vliv na protažení svalů a těla jako celku

Vliv na protažení těla a svalů	Počet	%
Ano	12	80
Ne	3	20

Tabulka 18. zobrazuje rozdělení probandů do kategorií podle subjektivního hodnocení vlivu edukačního programu na protažení svalů a těla jako celku v absolutních číslech a v procentech. Kategorii hodnocení „ano“ tvoří počet 12 v absolutních číslech a 80% a kategorii hodnocení „ne“ tvoří počet 3 v absolutních číslech a 20%.



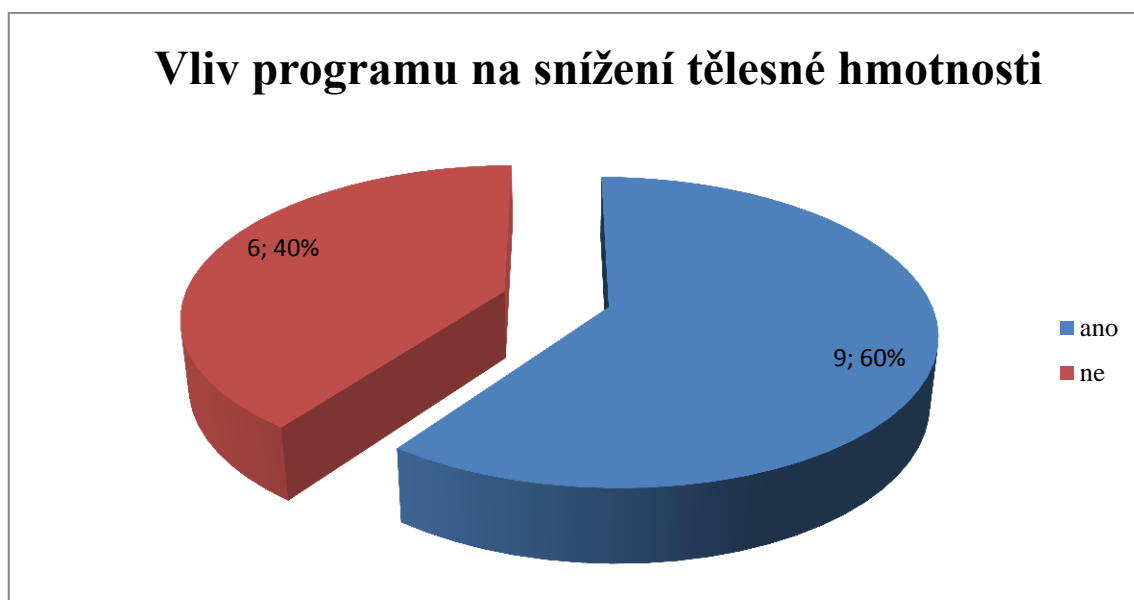
Obrázek 18. Zhodnocení vlivu edukačního programu na fyzické zdraví u experimentální skupiny – vliv na protažení svalů a těla jako celku

Obrázek 18. zobrazuje subjektivní hodnocení vlivu edukačního programu na fyzické zdraví u experimentální skupiny -vliv na protažení svalů a těla jako celku v absolutních číslech a v %.

Tabulka 19. Zhodnocení vlivu edukačního programu na fyzické zdraví u experimentální skupiny – vliv na snížení tělesné hmotnosti

Vliv na tělesnou váhu	Počet	%
Ano	9	60
Ne	6	40

Tabulka 19. zobrazuje rozdělení probandů do kategorií podle subjektivního hodnocení vlivu edukačního programu na snížení tělesné hmotnosti v absolutních číslech a v procentech. Kategorii hodnocení „ano“ tvoří počet 9 v absolutních číslech a 60%, kategorii hodnocení „ne“ tvoří počet 6 v absolutních číslech a 40%.



Obrázek 19. Zhodnocení vlivu edukačního programu na fyzické zdraví u experimentální skupiny – vliv na snížení tělesné hmotnosti

Obrázek 19. zobrazuje subjektivní hodnocení vlivu edukačního programu na fyzické zdraví u experimentální skupiny - vliv snížení tělesné hmotnosti v absolutních číslech a v %.

Tabulka 20. Zhodnocení vlivu edukačního programu na psychické zdraví seniorů – zlepšení nálady u experimentální skupiny

Pozitivní vliv	Počet	%
Ano	13	86,67
Ne	2	13,33

Tabulka 20. zobrazuje rozdělení probandů do kategorií podle subjektivního hodnocení vlivu edukačního programu na psychické zdraví – konkrétně zlepšení nálady v absolutních číslech a v procentech. Kategorii hodnocení „ano“ tvoří počet 13 v absolutních číslech a 86,67%, kategorii hodnocení „ne“ tvoří počet 2 v absolutních číslech a 13,33%.



Obrázek 20. Zhodnocení vlivu edukačního programu na psychické zdraví seniorů – zlepšení nálady u experimentální skupiny

Obrázek 20. zobrazuje subjektivní hodnocení pozitivního vlivu edukačního programu na psychické zdraví u experimentální v absolutních číslech a v %.

5.2.5 Vyhodnocení dotazníku POP - Změna psychiky u ES a KS

- **Změna psychických parametrů u ES**

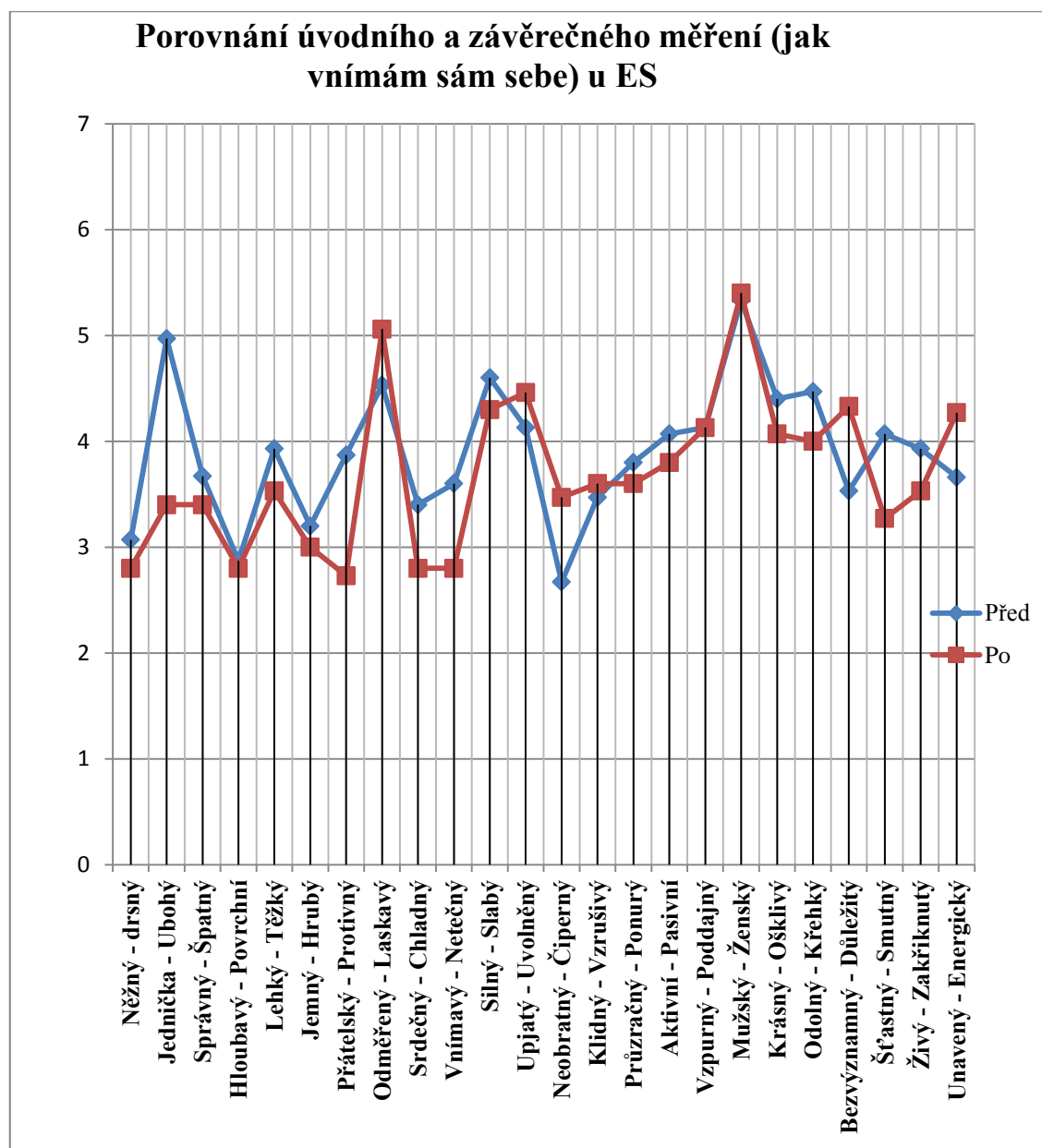
Dotazník POP obsahuje 24 dvojic opozitních adjektiv a proband se vyjadřuje k dané dvojici v sedmibodové škále od plného souhlasu s položkou vlevo přes 4 body uprostřed k položce vpravo. Dotazník byl aplikován ve formě reálné (Jak právě vnímám sám sebe) a efekt účinnosti byl sledován po statistickém vyhodnocení ve zjištěných výsledných změnách. Dotazník vyplňovali probandi ES před aplikací IPP a po 6 měsících aplikace IPP. Cílem bylo zjistit pocity probandů ES před IPP a IPP.

Tabulka 21. Průměrné bodové ohodnocení před IPP a po IPP u ES

Znění otázky:	Průměrné body před IPP	Průměrné body po IPP
Něžný - drsný	3,07	2,8
Jednička - Ubohý	4,97	3,4
Správný - Špatný	3,67	3,4
Hlubavý - Povrchní	2,87	2,8
Lehký - Těžký	3,93	3,53
Jemný - Hrubý	3,2	3
Přátelský - Protivný	3,87	2,73
Odměřený - Laskavý	4,53	5,06
Srdečný - Chladný	3,4	2,8
Vnímavý - Netečný	3,6	2,8
Silný - Slabý	4,6	4,3
Upjatý - Uvolněný	4,13	4,46
Neobratný - Čiperný	2,67	3,47
Klidný - Vzrušivý	3,47	3,6
Průzračný - Ponurý	3,8	3,6
Aktivní - Pasivní	4,07	3,8
Vzporný - Poddajný	4,13	4,13
Mužský - Ženský	5,33	5,4
Krásný - Ošklivý	4,4	4,07
Odolný - Křehký	4,47	4
Bezvýznamný - Důležitý	3,53	4,33
Šťastný - Smutný	4,07	3,27
Živý - Zakřiknutý	3,93	3,53
Unavený - Energický	3,66	4,27

Tabulka 21. zobrazuje průměrné hodnoty bodování v ES u každé otázky dotazníku POP. Je zde uvedeno bodové ohodnocení před a po aplikaci IPP.

Výsledky byly vyhodnoceny individuálně a poté sumárně pro celou experimentální skupinu na základě průměrných hodnot. Pro přehlednost jsem zvolila vyhodnocení odpovědí sumárně a dosadila výsledky do grafu. Obrázek 19. tedy zobrazuje průměr z odpovědí celé ES před zahájením IPP (modře) a po absolvování IPP (červeně).



Obrázek 21. Porovnání odpovědí před a po IPP v průměru pro celou ES

Z obrázku 21. je patrné, že u jedinců v ES měla jednotka IPP pozitivní vliv na pocity jedinců. Rozdíly v pocitech před intervenčním programem a po něm jsou u každého probanda individuální. Celkově lze ale říci, že se jedinci v ES cítili po IPP lépe. Na

některé působila cvičební jednotka jako zdroj energie, pro jiné se stala naopak příjemnou relaxací. Po cvičení jednotce se všichni na mentální úrovni cítili lépe. Před IPP se většina jedinců cítila spíše drsný, ubohý, hrubý, těžký, protivný, chladný, smutný, ošklivý, neobratný, po IPP se cítili více něžně, více jako „jedničky“, srdečněji, jemněji, důležitěji, živěji a také šťastněji.

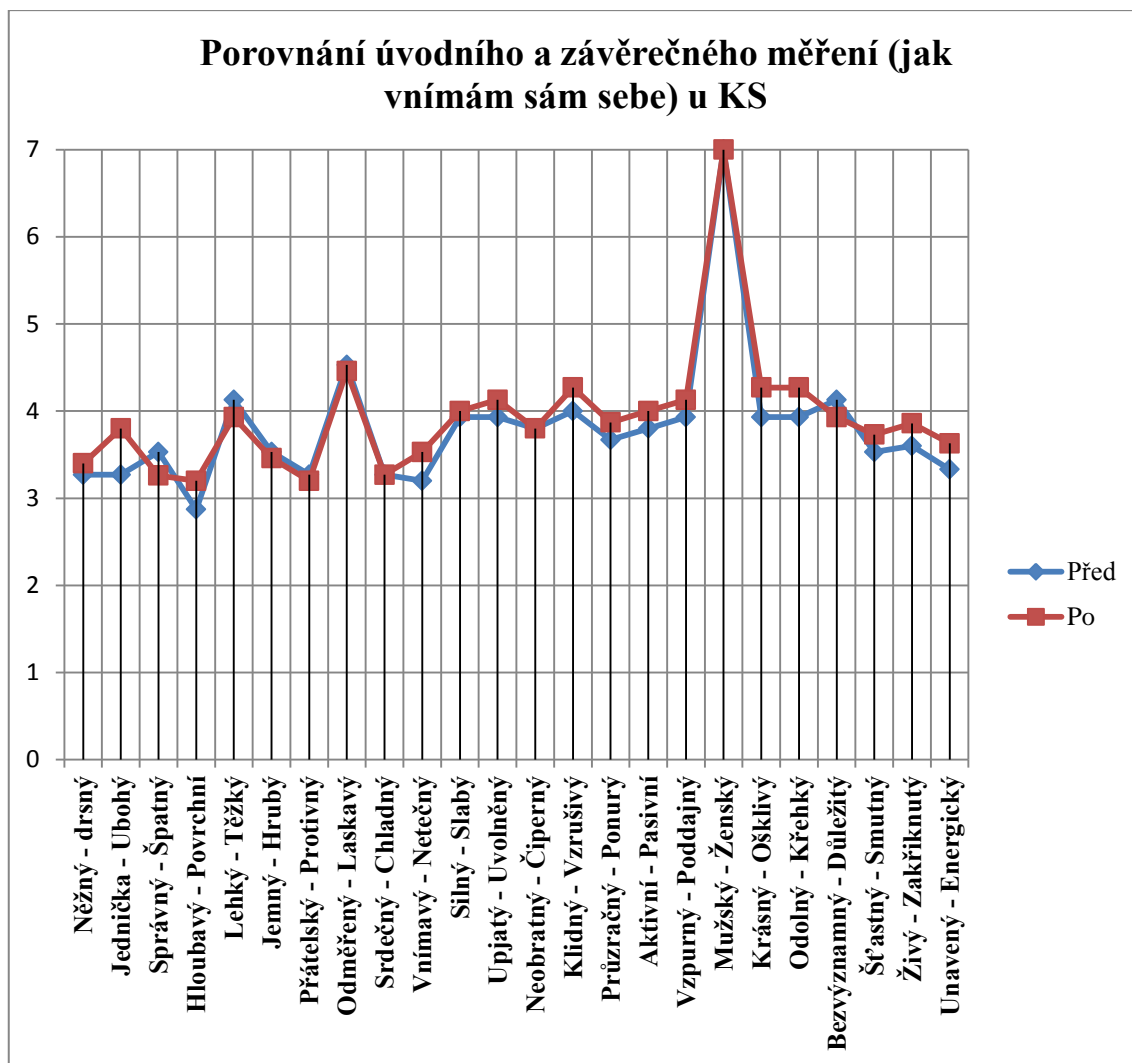
- **Změna psychických parametrů u KS**

Tento dotazník byl předložen rovněž kontrolní skupině, aby bylo možné porovnat změny psychických parametrů také u necvičící skupiny.

Tabulka 22. Průměrné bodové ohodnocení v říjnu 2011 a v březnu 2012 u KS

Znění	Průměrné body říjen 2011	Průměrné body březen 2012
Něžný - drsný	3,27	3,4
Jednička - Ubohý	3,27	3,8
Správný - Špatný	3,53	3,26
Hloubavý - Povrchní	2,87	3,2
Lehký - Těžký	4,13	3,93
Jemný - Hrubý	3,53	3,46
Přátelský - Protivný	3,27	3,2
Odměřený - Laskavý	4,53	4,46
Srdečný - Chladný	3,27	3,27
Vnímavý - Netečný	3,2	3,53
Silný - Slabý	3,93	4
Upjatý - Uvolněný	3,93	4,13
Neobratný - Čiperný	3,8	3,8
Klidný - Vzrušivý	4	4,27
Průzračný - Ponurý	3,67	3,87
Aktivní - Pasivní	3,8	4
Vzpurný - Poddajný	3,93	4,13
Mužský - Ženský	7	7
Krásný - Ošklivý	3,93	4,27
Odolný - Křehký	3,93	4,27
Bezvýznamný - Důležitý	4,13	3,93
Šťastný - Smutný	3,53	3,73
Živý - Zakřiknutý	3,6	3,86
Unavený - Energický	3,33	3,63

Tabulka 22. zobrazuje průměrné hodnoty bodování v KS u každé otázky dotazníku POP. Je zde uvedeno bodové ohodnocení v říjnu 2011 a v březnu 2012. KS se neúčastnila IPP.



Obrázek 22. Porovnání odpovědí v říjnu 2011 a v březnu 2012 u KS

Z obrázku 22. je patrné, že k velkým změnám v psychických parametrech a ve vnímání sama sebe mezi úvodním a závěrečným měření nedošlo.

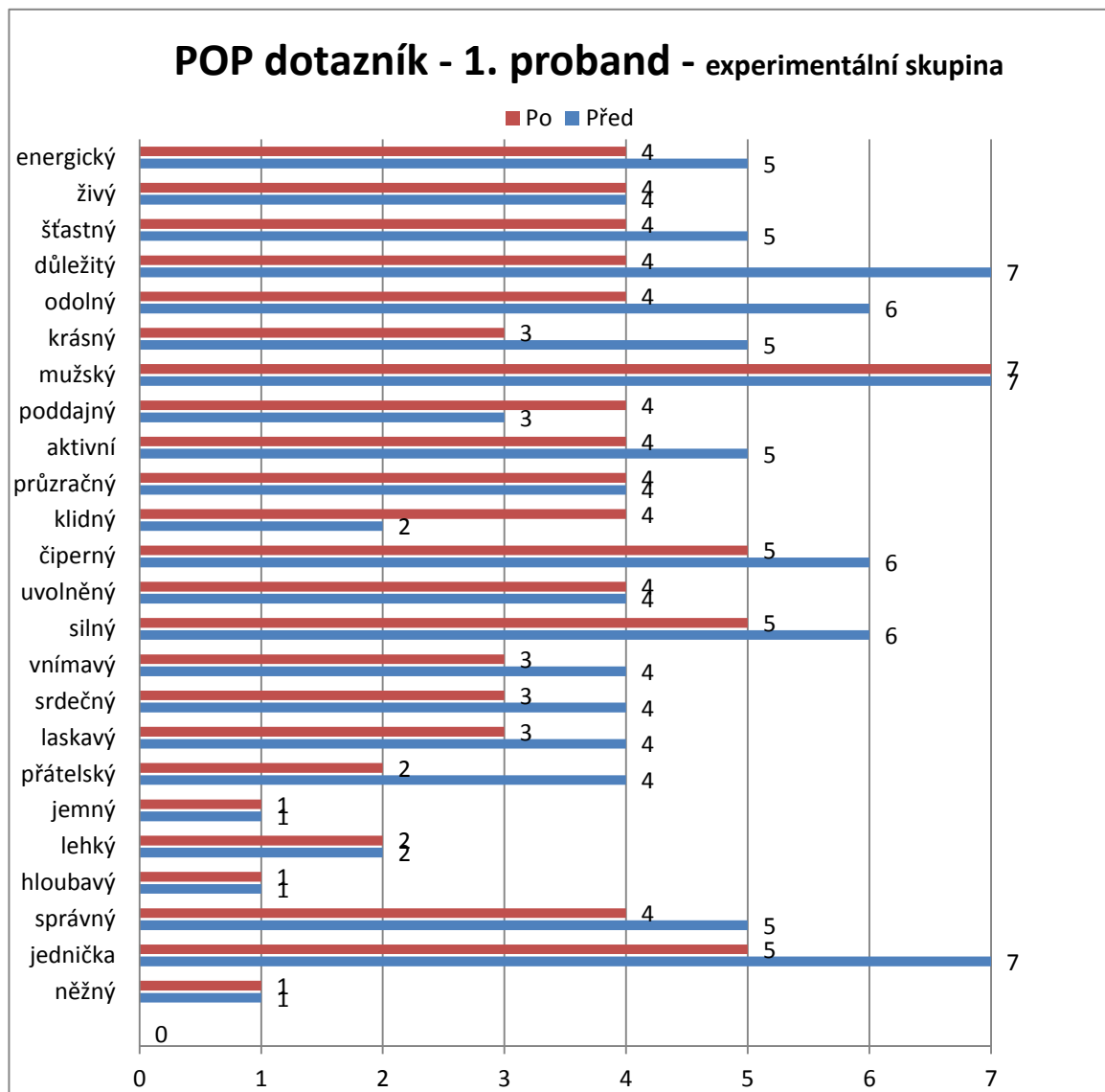
5.2.6 Vyhodnocení dotazníku POP u probanda č. 1 v ES

Tabulka 23. Vyhodnocení dotazníku POP u probanda č. 1 u experimentální skupiny

Otázka:	Body před edukací	Body po edukaci
něžný	1	1
jednička	7	5
správný	5	4
hloubavý	1	1
lehký	2	2
jemný	1	1
přátelský	4	2
laskavý	4	3
srdečný	4	3
vnímavý	4	3
silný	6	5
uvolněný	4	4
čiperný	6	5
klidný	2	4
průzračný	4	4
aktivní	5	4
poddajný	3	4
mužský	7	7
krásný	5	3
odolný	6	4
důležitý	7	4
šťastný	5	4
živý	4	4
energický	5	4
Celkem:	102	85

Tabulka 23. zobrazuje vyhodnocení dotazníku POP u probanda č. 1. Počet bodů před a po edukaci se snížil, proband se cítí psychicky lépe.

Modrý pruh v grafu znázorňuje odpovědi před aplikací edukačního programu a červený pruh zobrazuje odpovědi po aplikaci edukačního programu.



Obrázek 23. Vyhodnocení dotazníku POP u probanda č. 1 u experimentální skupiny

Obrázek 23. porovnává odpovědi probanda č. 1 před a po aplikaci edukačního programu. U probanda pozorujeme následující změny v jeho pocitech, proband se cítí více energický, více aktivní, je také více přátelský, laskavý a srdečný. Změnilo se i jeho nahlížení na vlastní vzhled a pocit důležitosti a to k pozitivnímu.

5.2.7 Vyhodnocení dotazníku POP – kontrolní skupina

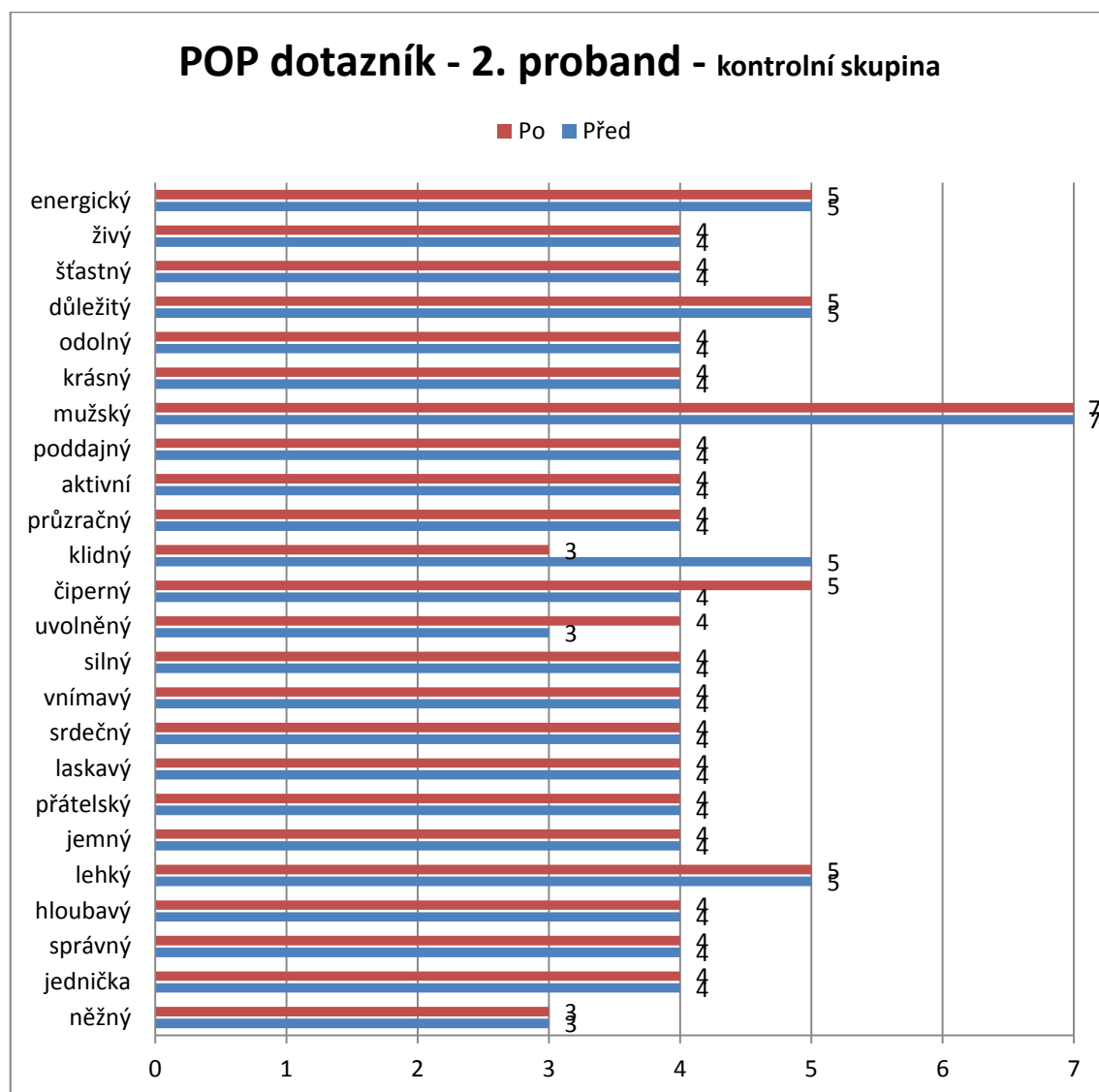
Níže je zobrazeno vyhodnocení dotazníku POP u kontrolní skupiny. Kontrolní skupina se neúčastnila edukačního programu.

Tabulka 24. Vyhodnocení dotazníku POP u probanda č. 2 u kontrolní skupiny

Otázka:	Body před edukací	Body po edukaci
něžný	3	3
jednička	4	4
správný	3	3
hloubavý	4	4
lehký	4	5
jemný	4	4
přátelský	3	3
laskavý	3	3
srdečný	3	3
vnímavý	3	3
silný	4	4
uvolněný	2	2
čiperný	5	4
klidný	4	4
průzračný	3	3
aktivní	3	4
poddajný	6	6
mužský	7	7
krásný	3	3
odolný	4	4
důležitý	3	3
šťastný	3	4
živý	4	5
energický	4	3
Celkem:	89	91

Tabulka 24. zobrazuje vyhodnocení dotazníku POP u probanda č. 2 v kontrolní skupině. Počet bodů před a po edukaci se navýšil, proband se cítí psychicky mírně hůře.

Modrý pruh v grafu znázorňuje odpovědi před aplikací edukačního programu a červený pruh zobrazuje odpovědi po aplikaci edukačního programu.



Obrázek 24. Vyhodnocení dotazníku POP u probanda č. 1 u experimentální skupiny

Obrázek 24. porovnává odpovědi probanda č. 2 v říjnu 2011 a v březnu 2012. u probanda pozorujeme následující změny v jeho pocitech, proband se cítí víceméně stejně v říjnu i v březnu, pozorujeme změnu pouze u otázky „klidný“, kdy se proband cítí více vzrušivý (nervózní). Nastala u něho mírná změna od pozitivního pólu k zápornému v této otázce.

6 DISKUZE K IPP

Senioři ve středisku Diakonie ČCE – Domovinka mají skvělý personál, který se o své klienty perfektně stará. Proto jsou tu také klienti zvyklí na aktivizační personál, který zde několikrát v týdnu působí a tráví s klienty spoustu času, klienti proto vědí, že se každé dopoledne i odpoledne bude něco dít a těší se na tato setkání. I já jsem se mohla na nějakou dobu stát aktivizačním pracovníkem díky ochotě vedení Domovinky. Z důvodu, že senioři na různé programy chodí a baví je to, neměla jsem problém s vyhledáváním experimentální skupiny, ta se mi naskytla sama, na programy docházejí totiž většinou totožní lidé. Jedince kontrolní skupiny jsem vyhledávala v bytech města, které náleží do areálu Domovinky, a o které se stará taktéž personál Domovinky. Přestože jsou klienti aktivní a s aktivizačními pracovníky dělají různé rukodělné práce a cvičení, byla jsem pro ně snad přínosem, protože psychomotorická cvičení, která byla náplní mé práce, jsou originální, netradiční formou cvičení i zábavy a u klientů měla úspěch. Zpočátku však nebylo vše úplně jednoduché, některé cvičební jednotky a hry, které jsem měla připravené, nešlo použít z důvodu nepochopení pokynů nebo nezvládnutí, ale postupem času, jak jsem klienty poznávala, jsem již věděla, jaké cviky používat a co senioři zvládnou.

Cvičení a celkově veškeré fyzické úkony mají pozitivní vliv na fyzické i psychické zdraví seniorů. U obou skupin jsem pomocí antropometrických metod měřila BMI a jeho změny před a po aplikaci IPP u experimentální skupiny a BMI v čase před a po uplynutí 6 měsíců u kontrolní skupiny.

Předpoklad, že psychomotorická cvičení budou mít vliv na fyzické zdraví seniorů, se potvrdil společně s předpokladem druhým, že BMI u experimentální skupiny se bude spíše snižovat, na rozdíl od kontrolní skupiny, kde se BMI bude zvyšovat. U experimentální skupiny se BMI snížilo u 9 z 15 probandů v absolutních číslech a u 60%. 2 jedinci v absolutních číslech a 13,33% měli BMI stejné a u 4 probandů v absolutních číslech a 26,67 se BMI zhoršilo, což je po zimních měsících, kdy se BMI spíše zvyšuje, dobrý výsledek. Naproti tomu u KS měli 3 probandi v absolutních číslech BMI stejné a tvořili 20%, pouze u 1 probanda v absolutních číslech a 6,67 % došlo ke snížení BMI a u 11 probandů v absolutních číslech a 73,33% se BMI zvýšilo.

U experimentální skupiny jsem také zjišťovala vliv cvičení a IPP na krevní tlak a výsledky poté porovnávala s výsledky kontrolní skupiny bez IPP. Tyto výsledky však mohou být poměrně zkreslující z hlediska medikamentózní léčby mírné i vyšší

hypertenze u obou skupin. Výsledky jsou následující. U experimentální skupiny mělo stejný tlak krve 12 probandů v absolutních číslech, kteří tvoří 80%, ke zvýšení tlaku došlo u 2 probandů v absolutních číslech a 13,33%, ke snížení tlaku krve došlo u 1 probanda v absolutních číslech a 6,67%. V kontrolní skupině má stejnou hodnotu tlaku krve 11 probandů v absolutních číslech, kteří tvoří 73,33%, u 4 probandů v absolutních číslech a 26,67%, zlepšení prokazovalo 0 probandů v absolutních číslech a 0%.

Ve zpětné vazbě jsem také zjistila, jaký subjektivní vliv pocítovali probandi v experimentální skupině po IPP, jak IPP hodnotili, mohli vyjádřit svůj názor a připomínky. Z důvodu zrychlení získání dat a toho, že někteří probandi mají problém s jemnou motorikou a držením pera, a také proto, že při psaní samotnými probandy by mohla verze zpětné vazby kratší a neúplná zvolila jsem variantu vypisování zpětné vazby pomocí pracovnice personálu během jejího běžného pracovního dne, tímto jí za její přispění děkuji. Intervenční pohybový program psychomotorických cvičení se podle výsledků hodnocení zpětné vazby poměrně většinou líbil, 14 probandů v absolutních číslech a 93,33% ho hodnotilo zcela kladně a 1 probanda v absolutních číslech a 6,67 v % nezaujal, líbila by se mu jiná činnost (podle jeho slov např. čtení, vyprávění příběhů atd.). Vliv na fyzické zdraví pocítovalo 14 probandů v absolutních číslech a 93,33 v %, 1 z probandů v absolutních hodnotách a 6,67 v % nepocítil. Psychomotorická cvičení měla vliv i na rozpočívání těla a protažení svalů. Tento vliv pocítovalo 12 probandů v absolutních číslech a 80%, 3 probandi v absolutních číslech a 20% tento vliv nepocítili. Dále 9 probandů zapsalo do zpětné vazby subjektivní pocit snížené tělesné hmotnosti a ti činili 60%, 6 probandů v absolutních číslech a 40% tuto změnu neuvvedlo.

Potvrzen byl i předpoklad třetí, a to ten, že psychomotorické cvičení bude mít vliv na zlepšení psychického stavu seniorů a to ve zpětné vazbě i vyhodnocením dotazníku POP u obou skupin. Ve zpětné vazbě se objevilo u 13i probandů subjektivní pocit pozitivní změny psychického stavu v absolutních číslech 86,67 v %, 2 z probandů v absolutních číslech a 13,33 v % tuto změnu nepocítovali.

Z vyhodnocení dotazníku POP je patrné, že IPP psychomotorických cvičení měl vliv na subjektivní vnímání sama sebe u jedinců v experimentální skupině. Jedinci v experimentální skupině změnili nahlížení na sebe sama, nyní se vidí pozitivněji a dá se říci, že IPP přispěl i k jejich optimismu. Zatímco před zahájením IPP hodnotili jedinci ES sami sebe jako více hrubé, drsné, smutné, více ošklivé, protivné, unavené a těžší, po aplikaci IPP se výsledky dokazují, že senioři se nyní cítí živěji, jemněji, šťastněji, přátelštěji, něžněji a více jako „jedničky“. Oproti tomu u skupiny kontrolní

velké změny zjištěny nebyly. Na kladné sebehodnocení a zvýšení pocitu sebedůvěry má jistě i vliv snížení váhy u 60i% jedinců v experimentální skupině.

7 ZÁVĚR A DOPORUČENÍ

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaký vliv má psychomotorické a jiné cvičení na fyzické a psychické zdraví seniorů, a resocializovat tuto skupinu, definovat postupy, které ke zlepšení zdraví seniorů a k jejich znovuzapojení do společenského života vedou. K dosažení těchto cílů jsem zvolila výukový (intervenční) pohybový program psychomotorických cvičení v délce trvání 6 měsíců.

Prostřednictvím tohoto IPP došlo u seniorů experimentální skupiny v zařízení pro seniory Domovinka k pozitivním změnám v oblasti zdraví a to jak fyzické složky zdraví, tak i v psychických a sociálních parametrech života seniorů. Psychomotorické hry a cvičení zábavnou a originální formou, která nechává velký prostor fantazii edukátora, vedou ke zvýšení sebedůvěry a posílení pozitivního smýšlení o sobě samém, k životnímu optimismu i díky tomu, že si opět můžeme hrát jako malé děti. Učí seniory, jak se hravě znovuzapojit do společenského dění, jak vytvářet nová přátelství a komunikovat s okolím. Dává seniorům nadhled nad životními těžkostmi a nutí je hledat pozitiva. Vedle složky psychické rozvíjí také složku fyzickou, rozvíjí jemnou motoriku, která je u nás hlavně u seniorů snížena, rozvíjí motoriku hrubou, pomáhá seniorům rozpohybovat tělo a protáhnout svaly, dalším příjemným pozitivem je také snížení tělesné hmotnosti. V neposlední řadě rozvíjí také paměť a veškeré kognitivní funkce.

Podobný program, jakým byl program psychomotorických a jiných cvičení, bych doporučila všem organizacím, které se péčí o seniory věnují a které chtějí mít vlídné a spokojené klienty, nejen proto, že seniorů bude v populaci dále přibývat, ale i z důvodu, že to má smysl a jsou prokazatelné pozitivní účinky. I senioři mají potřebu seberealizace a tu, plus mnoho jiných pozitiv, jim mohou psychomotorická cvičení nabídnout.

8 SEZNAM ZKRATEK

BMI – Body Mass Index – index tělesné hmotnosti

IPP – intervenční pohybový program

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

ES – experimentální skupina

KS – kontrolní skupina

Tk- tlak krve

9 POUŽITÁ LITERATURA

- ADAMÍROVÁ, J. *Hravá a zábavná výchova pohybem*. Praha: ČASPV, 2003, 68 s.
- BLAHUTKOVÁ, M. a kol., *Psychomotorická terapie*, Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií 2008, 1. vydání, 32 stran, ISBN 978-80-210-4789-1.
- BLAHUTKOVÁ, M. *Psychomotorika*, Brno: Masarykova univerzita, pedagogická fakulta 2003, 1. vydání, 92 stran, ISBN 80-210-3067-4.
- DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vydání. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
- HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 422 s. ISBN 978-802-4732-527.
- HERMOVÁ, S. *Psychomotorické hry*. Praha: Portál 1994, ISBN 80-7178-139-8. ISBN 80-7262-365-6
- KALVACH, Z.; MIKEŠ, Z. *Základní pojmy – stáří, gerontologie a geriatricie*, In KALVACH, Z.; ZADÁK, Z.; JIRÁK R.; ZAVÁZALOVÁ, H.; SUCHARDA, P. a kolektiv *Geriatricie a gerontologie*, Praha: Grada 2004, 1. vydání, str. 47-50, ISBN 80-247-0548-6.
- KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KOPŘIVOVÁ, J.; GRMELA, R.; JADVIDŽÁK, I., *Cvičení pro zlepšení fyzického, ale i psychického stavu seniorů*, Městská hygienická stanice Brno 2001, 23 stran.
- MUHLPACHR, P. *Gerontologie – sociální nutnost postmoderní společnosti*, In MÜHLPACHR, P. (ed) *Schola gerontologica*, Brno: MU 2005, 1. vydání, 314 stran, ISBN 80-210-3838-1.
- STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: SLON, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.
- TOPINKOVÁ, E. *Geriatricie pro praxi*. Praha: Galén, 2005. 1. vydání, 270 stran,
- TÓTHOVÁ, D. „*Psychomotorika*“ a jej využitie v športe pre všetkých, In LABUDOVIČ, J. a kol. *Charakteristika pohybových činností športu pre všetkých*, Bratislava: Univerzita komenského, Fakulta telesnej výchovy a športu 2005, 1. vydání, 15-22 stran, ISBN 80-89197-34-5.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*, Praha: Portál, 2000, 1. vydání, 522 stran, ISBN 80-7178-308-0.

WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7178-970-4.

BOLDIŠ, Petr. *ČSN ISO 690* [online]. 2004. vyd. 2004 [cit. 2012-05-03]. Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace>

FRÖMEL, Karel. *Kompendium psaní a publikování v kinantropologii*. [online]. 2002. vyd. Olomouc, 2002 [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: <http://www.ftk.upol.cz>

KUSÁ, Michaela. *Pro sestry: Studijní materiály* [online]. [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: <http://www.prosestry.cz>

PEŠÁK, Mgr. Alexandr. *Observatoř bezpečnosti silničního provozu*. Centrum dopravního výzkumu. [online]. [cit. 2012-04-21]. Dostupné z: <http://www.czrso.cz>

Státní zdravotní ústav [online]. 2006 [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: <http://www.szu.cz>

World Health Organization: Kancelář v České republice. [online]. 2007 [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: <http://www.who.cz>

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění zákona č. 29/2007 Sb., [Cit. 14-04-2011], Dostupné na [www](http://www.mvcr.cz): <http://www.mvcr.cz>

10 PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha č. 1 – Zpětná vazba

Příloha č. 2 – Návrh edukační jednotky IPP

Příloha č. 3 – Seznam obrázků

Příloha č. 1 - Zpětná vazba

V Písku dne 20. 3. 2012

Michaela Supová

Hodnocení edukačního programu – zpětná vazba:

Zde prosím o vyplnění zpětné vazby k aktivizačním programům: hodnocení aktivizačního programu, jaké nové dovednosti jsem získal/a, mělo cvičení vliv na mou psychiku a na moje fyzické zdraví, popř. jaký vliv (vysvětlete):

orientace se mi líbila, cítím se nyní po těch měsících lépe, lehce a klavně jsem se protáhla. Když běhnu i po orientaci jsem měla lepší náladu.

V Písku dne 20. 3. 2012

Michaela Supová

Hodnocení edukačního programu – zpětná vazba:

Zde prosím o vyplnění zpětné vazby k aktivizačním programům: hodnocení aktivizačního programu, jaké nové dovednosti jsem získal/a, mělo cvičení vliv na mou psychiku a na moje fyzické zdraví, popř. jaký vliv (vysvětlete):

Kauč orientaci zlepšovalo náladu mám jsem i když někdy byla orientace těžší, ztratili jsme ho a měli pak dobrý pocit, že jsme to dokázali. Je dobré tělo rozhybat a orient.

V Písku dne 20. 3. 2012

Michaela Supová

Hodnocení edukačního programu – zpětná vazba:

Zde prosím o vyplnění zpětné vazby k aktivizačním programům: hodnocení aktivizačního programu, jaké nové dovednosti jsem získal/a, mělo cvičení vliv na mou psychiku a na moje fyzické zdraví, popř. jaký vliv (vysvětlete):

Orientace pro dobrou náladu, i u rozhybání těla. Byla jít na nás moc hodná. Cvičení má pak hned lepší náladu.

PSYCHOMOTORICKÁ CVIČENÍ – AKUSTICKÉ

- **ranní blok:**
- hra seznamovací - se zvuky- z přinesených nástrojů si každý vybere ten, který se mu líbí (triangl, dřívka, papíry, čočka ve skleničce) a s jeho pomocí hláskuje své jméno
- hra orchestr - pustíme hudbu a skupina se po vypnutí hudby pokusí napodobit zvuky a náladu písně
- pantomima se zvuky - každý si vytáhne kartičku, kde jsou napsány různé emoce, nálady, zvuky zvířat atd. a pomocí pantomimy a zvukového projevu je předvede ostatním, kteří hádají, o co se jedná
- arteterapeutická hodinka - kresbou vyjadřujeme různé styly hudby, zvuky atd., následuje debata o oblíbené hudbě
- taneční hodinka – tančíme se zavřenýma očima, na začátku se ujistíme, že máme kolem sebe dost prostoru, každý zkusí tanečně předvést určitá nástroj, následuje debata o tanci, tanečních atd.
- **odpolední blok:**
- vycházka do přírody - vycházka se skupinou a pečovatelkou, skupina se snaží vnímat všechny zvuky a zapamatovat si je
- zvuky přírody - každý se pokusí napsat, jaké zvuky venku slyšel
- závěrečná hra - na karton, na kterém je nakreslené ucho každý nalepí nebo namaluje zvuk, který slyšel venku nejvíce (následuje debata), pořídíme fotografii
- závěrečná relaxace - stejná jako předchozí den, do relaxace zapojíme imaginární přenos na oblíbené místo

PSYCHOMOTORICKÉ HRY – HRUBÁ MOTORIKA

ranní blok:

- hra rozechřivací intelektová – „Znáte Českou republiku?“ kvíz viz tabulka (Walsh, 2005)

Tabulka 1. Hra: Znáte Českou republiku? (Walsh, 2005)

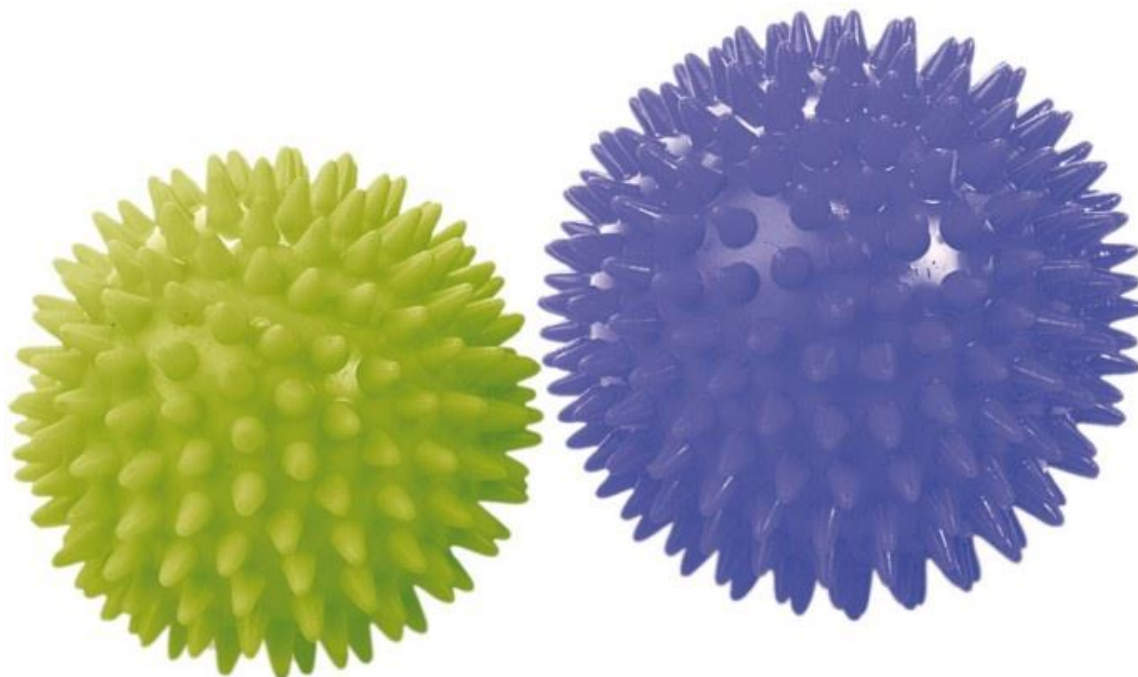
1. Na jakou horu vystoupil praotec Čech?	Říp
2. Kde byl r. 1634 zavražděn Albrecht z Valdštejna?	Cheb
3. Stověžatá matka měst...	Praha
4. Kde byla v roce 1805 bitva tří císařů	Slavkov u Brna
5. Odkud pocházejí syrečky	Olomouc
6. U kterého města je Rumcajzův les Řáholec?	Jičín
7. Lázeňské měst, kde se narodil český král Jiří...	Poděbrady
8. Na kterém místě nesměla přespát žena?	Karlštejn
9. Město perníku a dostihových závodů...	Pardubice
10. Kde se narodil Bedřich Smetana?	Litomyšl
11. Město kamenné krásy a sladkých trubiček z oplatek...	Hořice
12. Které město založili husité?	Tábor
13. Odkud pochází Švanda Dudák?	Strakonice
14. Které město je známé výrobou ručního papíru?	Velké Losiny
15. Kde se můžete potkat se šalinou?	Brno
16. Kde je nejstarší český kamenný most?	Písek
17. Město, u kterého špatně dopadli sedláci...	Chlumecko
18. Kde se narodil Leoš Janáček?	Hukvaldy
19. Chcete ochutnat kyselé okurky, musíte do...	Znojmo
20. Odkud pocházel koudelníkův syn?	Kutná Hora
21. Město známé výrobou automobilů...	Mladá Boleslav
22. Město na soutoku Labe s Vltavou...	

- hra „opičí dráha“ – v místnosti jsou rozmístěny různá stanoviště, na kterých se plní úkoly: židle pro jednoduchá cvičení, žíněny na „válení sudů“, míče na kutálení, provázky na namotávání – hra je velmi energická, dobrá pro spalování tuků, energetická spotřeba je vyšší
- relaxace – krátká relaxace před obědem

odpolední blok:

- hry s míčem - jedná se o hry jednoduché - kutálení, házení, přehazování, posílání
- hry s psychomotorickým padákem - různé výměny, cvičení: cvičenci sedí na židlích a drží padák za kraje - nahoru a dolů švihát či mávat, nejdříve pomalé pohyby, napínat a povolovat padák, posouvat padák, různé poskoky atd.
- cvičení s koberečky - nejdříve poznáváme kobereček pohmatem, zkoumáme velikost, vlas, barvu, tvar, poté přikládáme sousedovi na záda a jiné části těla, zkoumáme přitom svoje pocity
- cvičení na bolavá záda – vedené podle knihy Nové cvičení na bolavá záda (Froböse, 2010)
- závěrečné cvičení s relaxací – jógové cvičení vedené podle knihy Systém Jóga v denním životě (Mahéšvaránanda, 2000), vyfotografování

Příloha č. 3 – Seznam obrázků



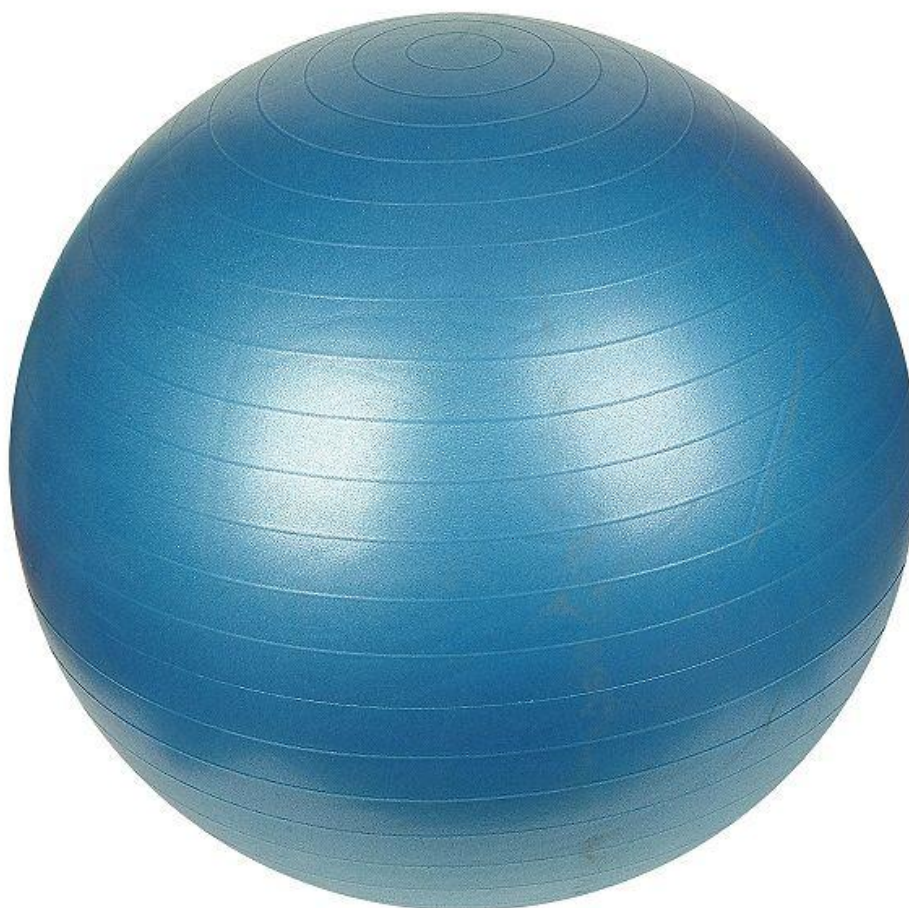
Obrázek č. 1 – Masážní míček (zdroj: www.eFitness.cz, 2010, online)



Obrázek č. 2 – Sure Katchbal (zdroj: www.digiprofi.cz, 2006, online)



Obrázek č. 3 – Psychomotorický padák (zdroj: www.cvicebni-pomucky.cz,2005, online)



Obrázek č. 4 – Relaxační míč (zdroj: internetový obchod www.mall.cz, 2007, online)



Obrázek č. 5 – Malování pastelem (zdroj: vlastní)



Obrázek č. 6 – Setkání s čertem a Mikulášem (zdroj: vlastní)



Obrázek č. 7 – Maškarní hry (zdroj: vlastní)



Obrázek č. 8 – Kosmetický salon

Obrázek č. 9 – Obraz „Ruce“ a pan Šedivý (zdroj: vlastní)



Obrázek č. 10 – p. Kalinová, klientka „Vážky“ – Domova se zvláštním režimem, jejíž členové se také účastnili programu (zdroj: vlastní)

