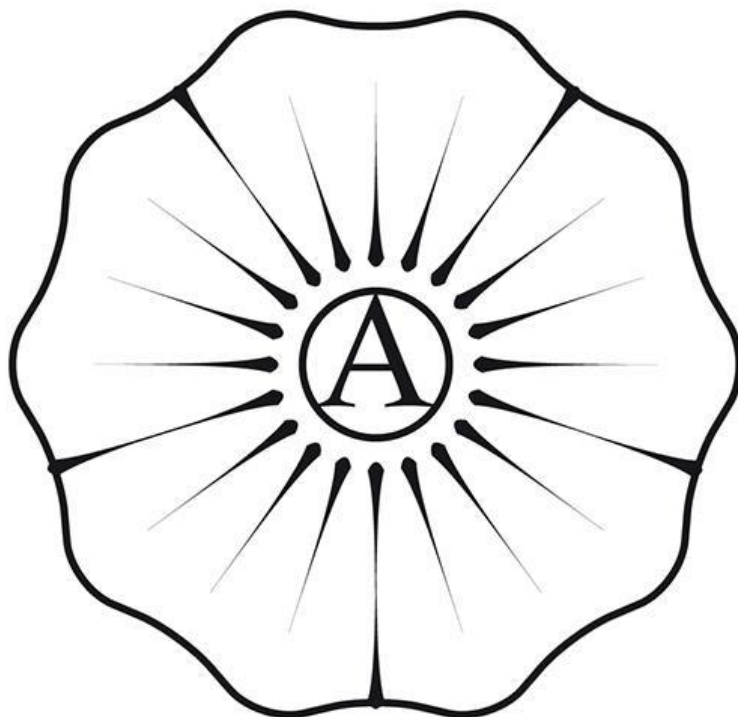


AKADEMIA ALTERNATIVA s.r.o.

Studijní obor: Taneční a pohybová terapie



Využití taneční a pohybové terapie u seniorů ke zlepšení paměti

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Marie Blahutková, Ph.D.

Olomouc 2021

Anděla Kubátová

Prohlašuji, že jsem tuto práci psala sama pouze za použití zmíněných zdrojů. Souhlasím, aby byla práce zpřístupněna ke studijním a dalším účelům.

V Praze

Anděla Kubátová

Abstrakt

Tato práce se zabývá vlivem taneční a pohybové terapie na zlepšení paměti u seniorů s diagnostikovanými poruchami paměti.

Teoretickou část tvoří definice základních pojmů, jako je taneční a pohybová terapie, kognitivní funkce, poruchy paměti a konkrétní degenerativní onemocnění. Také se zabývá popisem seniorské populace a aktuálního pohledu na ní.

Praktická část popisuje použité testové metody MMSE, POBAV a ALBA, což jsou screeningové testy paměti používané např. v ordinaci prof. MUDr. Aleše Bartoše. Další je popis základních hypotéz a cílů terapie a následuje popis jednotlivých setkání v Gerontologickém centru v Praze, kterých bylo celkem deset.

Klíčová slova

Senioři, seniorský věk, taneční a pohybová terapie, koordinační cvičení

Abstract

This thesis describes the impact of dance and movement therapy on the memory loss during senior age, especially with persons with Alzheimer disease and other dementias.

Theoretical part of the thesis consist of definitions of basic concepts – such us dance and movement therapy, cognitive functions, memory disorders and degenerative diseases. It also descirbes senior population and actual approaches to it.

Practical part describes screening tests methods MMSE, ALBA and POBAV. These are screenening tests used by neurologists specializing on cognitive disorders, such us prof. MUDr. Aleš Bartoš Ph.D. Also there is description of basic hypothesis and goals of the therapy followed by description of each of ten session in Gerontologické centrum Praha.

Keywords: Seniors, seniors age, dance and movement therapy, coordination exercises

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat vedoucí mé práce, doc. PaedDr. Marii Blahutkové, Ph.D. za vedení práce, cenné rady a věcné komentáře, podporu a průběžné konzultace. Také děkuji za všechny společné praktické hodiny na Akademii Alternativa, které mi byly zdrojem neustálé inspirace pro praxi.

Zároveň bych chtěla také poděkovat Gerontologickému centru Praha a všem sestřičkám ze zařízení, které mi daly možnost a prostor pohybovou terapii v tomto zařízení praktikovat. Děkuji jim za jejich vstřícný a přátelský přístup, za vytvoření milého a příjemného prostředí a za jejich pomoc s přípravou prostoru pro terapii. Také děkuji za jejich pomoc s klienty.

Obsah

Abstrakt	3
Abstract	3
Poděkování	4
1. Taneční a pohybové terapie	7
1.1 Definice taneční a pohybové terapie.....	7
1.2 Druhy taneční a pohybové terapie	8
2. Člověk a jeho vývoj	10
3. Aspekty stáří, seniorská populace a poruchy paměti	12
3.1 Seniorská populace	12
3.2 Stáří dnes – vnímání a aktivní stáří	13
3.3 Kognitivní funkce a jejich poruchy	15
3.4 Paměti a druhy paměti	16
3.5 Poruchy paměti a jejich dělení.....	18
3.6 Konkrétní poruchy paměti a onemocnění.....	19
3.7 Specifika taneční a pohybové terapie u seniorské populace.....	21
3.7 Sociální dopad poruch paměti	22
4 Výzkumný projekt	23
4.1 Výzkumný problém a cíle.....	23
4.2 Výzkumné otázky	23
4.3 Popis zkoumaného souboru	23
5 Použité metody.....	24
5.1 Pozorování	24
5.2 Test MMSE.....	24
5.3 Test POBAV	24
5.4 Test ALBA	25
6 Tanečně-pohybově terapeutický proces.....	25
6.1 Preterapie	25
6.1.1 Vyhodnocení testové baterie	25
6.1.2 Terapeutické cíle	26
6.1.3 Struktura terapeutického setkání	27
6.2 Terapie	28
6.2.1 První setkání.....	28
6.2.2 Druhé setkání.....	29
6.2.3 Třetí setkání.....	30

6.2.4	Čtvrté setkání.....	31
6.2.5	Páté setkání.....	32
6.2.6	Šesté setkání	33
6.2.7	Sedmé setkání.....	34
6.2.8	Osmé setkání	34
6.2.9	Deváté sezení.....	35
6.2.10	Desáté sezení	36
6.3	Postterapie	38
6.3.1	Vyhodnocení testových baterií.....	38
6.3.2	Vyhodnocení cílů terapie	40
7	Diskuze	41
8	Závěr	42

Teoretická část

1. Taneční a pohybové terapie

1.1 Definice taneční a pohybové terapie

Taneční a pohybová terapie využívá tanec a pohyb jako terapeutický prostředek. Zaměřuje se na komplexní integraci osobnosti v bio-psycho-sociálně-spirituální rovině. Evropská asociace tanečně-pohybové terapie (EADMT) definuje taneční a pohybovou terapii jako „*terapeutické využití pohybu za účelem rozšíření emoční, kognitivní, fyzické, spirituální a sociální integrace jednotlivce.*“ (Beníčková, 2017, s. 37)

Taneční a pohybová terapie je zaměřena na celkové tělesné schéma, na možnosti pohybu jednotlivce, a zároveň i na jeho konkrétní pohybová omezení. Cílem je prožít vnitřních emocí a témat klienta skrze pohyb. V průběhu procesu taneční a pohybové terapie dochází ke zvýšenému uvědomění vlastního těla (Beníčková, 2017, s.35).

Klient své tělo v průběhu terapie lépe poznává, ale zároveň poznává a objevuje i svůj prostor, stejně jako souvislosti, které panují mezi aktuálním emočním stavem, osobnostními rysy a pohybem. (Beníčková, 2017, s.37)

Během taneční a pohybové terapie mohou být vyvolány nevědomé pohybové reakce, které mohou vést k asociacím různých životních událostí a k jejich opětovnému prožití. Tím, že jsou tyto situace vyvolány a znovu prožity, většinou ještě intenzivněji, je možné si je spolu s jejich detaily znovu uvědomit a zároveň objevit a pojmenovat nové souvislosti (Payne, 1999).

Taneční terapie se dělí na několik různých přístupů a kategorií. A to na:

- **Receptivní** – zde jde pouze o vjem uměleckého díla a o jeho sledování. Klient není aktivní součástí, pouze vnímá. I pouhé sledování díla ale může vyvolat konkrétní prožitky.
- **Produktivní** – zde je již klient aktivním účastníkem v uměleckém procesu. Tento tvůrčí proces je zaměřený na samotné vyjádření klienta a na vnitřní prožitky.

Můžeme ji také dělit podle počtu klientů:

- **Individuální** – během individuální terapie se terapeut věnuje pouze jednomu klientovi. Výhodou je hlubší kontakt s klientem a vzbuzení pocitu důležitosti a jedinečnosti v klientovi. Zde je pro terapeuta nutné mít dobře vybudovaný terapeutický vztah a klient musí mít k terapeutovi důvěru.
- **Skupinová** – ve skupině je již více klientů. Ideální skupina čítá 10–15 lidí. Skupinová terapie přináší nové koncepty a možnosti a pro klienta nové výzvy. Dá se zde využít tzv. princip „kruh nese“, který přináší podporu a pocit sounáležitosti během sdílení témat v terapeutickém kruhu. Ve skupinové terapii je možné pracovat na socializaci, empatii, komunikaci a je možné sledovat interakce mezi jednotlivými členy. (Dosedlová, 2012)

Taneční a pohybovou terapii je možné využít v mnoha oborech. Je vhodná pro resort sociální i školní, nebo třeba jako rozšíření speciální pedagogiky.

Cílem taneční a pohybové terapie je tvořivost a spontaneita, relaxace, uvolnění, rozvoj komunikace, zvyšování životní motivace, vyjádření pocitů, emocí a vnitřních konfliktů. Velkým cílem je také uvědomění vnitřních pochodů a sebe samých. Dalším důležitým obecným cílem je zlepšení kvality života klienta.

1.2 Druhy taneční a pohybové terapie

Existuje mnoho různých přístupů taneční a pohybové terapie. Každý využívá své vlastní svébytné principy a metody, kterými směřuje k cíli.

Řadíme mezi ně třeba:

1. Autentický pohyb

Autentický pohyb je jedna z forem taneční a pohybové terapie, která se zaměřuje především na taneční / pohybovou improvizaci. Jedná se o tzv. sebe-narativní metodu, což znamená, že klient se poznává skrze pohyb. Pomocí autentického pohybu ztělesňuje pocity a impulzy těla. Člověk se ponoří do sebe, do svého nitra, a následně čeká, zda se vynoří impuls k pohybu. Ten musí přijít sám. Pohyb by neměl být vedený. (Dosedlová, 2012, s.86)

Autentický pohyb může být zaměřený na tělesné pravidelné zvuky a pochody (jako třeba na tlukot srdce, nebo třeba na dech), nebo může být zaměřený na emoce a jejich vyjádření. Další z možností zaměření je imaginace – představy, které se zobrazují při zavřených očích.

Autorkou této metody je Mary Starks Whitehouse, která se především inspirovala Jungovou technikou imaginace. Whitehouse mluvila o dvou formách pohybu – hýbat se (tedy pohyb vědomě provádět) a být hýbán (prožívat nevědomý pohyb, vedený impulzem). A přesně tyto své myšlenky promítla i do autentického pohybu. (Dosedlová, 2012, s.86)

2. Labanova analýza pohybu

Rudolf Laban se narodil v roce 1879 v Bratislavě a již od mladého věku byl fascinovaný tancem. Rudolf Laban ale již od samého počátku své kariéry hledal cesty, jak osvobodit tanec od hudebních omezení. (Newloveová, 2016, s.12)

Laban nabízí prostředky jak k tvorbě pohybu, tak k jeho analýze. Dal základ principu zvanému kinesféra. Kinesféra je prostor, ve kterém utváříme pohyb. Jedná se o osobní prostor, kterým jsme obklopeni a který se rozprostírá do všech směrů kolem našeho těla. (Newloveová, 2016, s.16)

Kinesféra má tři dimenze pohybu. Vertikální, horizontální a sagitální, a stejně tak má různé úrovně – nízká, střední, vysoká, nejdále od těla, středně od těla, nejbliže k tělu. V těchto rovinách je možné se hýbat a pomocí nich je možné pohyb buď kreativně vytvářet, nebo ho analyzovat.

Laban v rámci analýzy pohybu a tvorby pohybu řeší dále osm hlavních úsilí – tlačení, oprašování, kroucení, ťukání, švihání, přímé klouzání, udeření, vznášení. Říká, že každá lidská bytost má své osobní pohybové charakteristiky, které jsou tvořené právě těmito úsilími a

následně ještě neúplnými úsilími a plynutím. Zároveň dodává, že toto všechno odráží náš vnitřní stav. V rámci osmi úsilí má přesně definovaný prostor (přímý a nepřímý), čas (náhlý a zadržný) a váhu (silnou, nebo lehkou), které v různých kombinacích v pohybu najdeme. (Newloveová, 2016, s.111)

To vše pak tvoří pohybový rejstřík člověka. Laban sleduje, na který prvek dává tanečník důraz, nebo který vytváří intenzivněji. (Newloveová, 2016, s.133)

3. Bartenieff fundamentals

Bartenieff fundamentals je princip, který vymyslela žačka Labana, Irmgard Bartenieff. Pracuje hlavně s pohybovými vývojovými vzorci a přesně kopíruje vývojová stádia mozku a pohybu. Snaží se pomocí cvičení propojovat nefunkční pohybové vzorce, které byly během vývoje pohybu přeskočeny, posiluje svaly a napravuje pohybové vzorce jako takové. (Allison, 199, s.211)

Mluví o konkrétním rozdělení těla, se kterým pracuje. Tělo dělí na horní a spodní část. Do dolní části počítá – dolní část zad a spodní část břicha, boky, pánev, nohy, prsty na nohou, chodidlo. Do horní naopak počítá hlavu a krk, hrudník a vrchní část páteře, lopatky, ramena, ruce, zápěstí, dlaň a prsty. (Bartenieff, 1980, s.19) S těmito částmi a s jejich propojeními dále pracuje a rozhýbává je.

4. Psychomotorika

Psychomotorika je velmi hravé cvičení s velkým terapeutickým využitím. Cílem je ne výkon, ale zážitek a prožívání radosti z pohybu. Základní formou v psychomotorice je hra. Psychomotorika pracuje na vyrovnání biologických potřeb člověka a na jeho duševním klidu. Je vhodná pro klienty v každém věku, třeba i pro předškolní děti, kdy se využívá jako pomocník v poznávání okolního světa, nebo i pro seniory pro odreagování a navození pocitu radosti. (Blahutková, 2017, s.8)

2. Člověk a jeho vývoj

Vývoj člověka – neboli ontogeneze, tedy vývoj lidského druhu - je chápán moderní vědou jako vývoj v dynamické interakci aktivních systémů v sociálně-kulturním kontextu. (Thorová, 2015, s.22) Vývoj je odvislý od dynamické interakce mezi jedincem a neustále se měnícím kontextem, ve kterém žije. Zároveň ale i člověk sám o sobě je neustále se měnící systém. Jedinec v průběhu života zažívá fyziologický růst, při kterém dochází k růstu a k množení jednotlivých buněk. Jednotlivé fyziologické změny, které zajišťují funkčnost organismu jsou označovány jako zrání.

Zároveň během svého vývoje se důsledkem interakce člověka s prostředím jedinec neustále učí, při čemž vznikají stále nová kognitivní schémata. Zvláštností je sociální učení, kdy se člověk postupně učí, jak fungovat ve společnosti v rámci různých situací a jak zastávat své vlastní specifické sociální role. Senzomotorické učení zase pomáhá osvojit si nové pohybové návyky. (Thorová, 2015, s.22)

Vývoj je tedy neustálá interakce mezi zráním a učením, které se neustále navzájem ovlivňují. Příkladem je třeba proces myelinizace a obecně zrání nervové soustavy. V procesu myelinizace se vytváří obaly nervových vláken, což má vliv na zlepšení senzomotorických schopností. Pokud je nervová soustava stimulována, je myelinizace urychlena. Zrání nervové soustavy nám naopak např. umožňuje chůzi. Té je dítě schopno až ve chvíli, kdy jsou dolní končetiny dostatečně inervovány. Některé chování je tedy možné až při dosažení určitého stupně zralosti.

S vývojem jedince souvisí úzce i psychický vývoj člověka. Ten postupuje v určitém čase a určitém sledu. V jeho rámci se mohou objevit i konkrétní krize, kdy mezi období vzdoru, pubertální krizi a krizi středního věku řadíme i krizi pokročilého stáří (většinou se o ní mluví mezi 70 a 75 rok života) Tu zapříčiňuje klesání výkonnosti člověka, větší riziko nemocí a nemohoucnosti. Nedílnou součástí je i strach ze smrti. (Thorová, 2015, s.37)

Lidský vývoj dělíme na **dětství** – nebo také fázi růstu, která je velmi dynamická a kdy se diferencuje psychika a integrují se mentální funkce. Další fází je **dospělost** neboli fáze stabilizace. V této fázi člověk dosahuje vrcholu svých fyzických a psychických sil a osobnost je již plně vyzrálá. Poslední fází je **fáze regrese a chátrání**, tedy stáří, kdy naopak veškerá výkonnost v psychické i fyzické oblasti klesá. Této fázi života se také někdy říká involuce (ze slova *involvere* – zavíjet se). Involuce je souborem příznaků, které souvisí s přirozeným stárnutím organismu. (Thorová, 2015, s.28) Se zvyšující se délkou života se tato fáze neustále prodlužuje. (Thorová, 2015, s.311)

Celostní vnímání člověka v kontextu jeho vývoje a celé životní cesty řeší biodromální psychologie, nebo také biodromální pojetí ontogenetického vývoje. Tento přístup řeší souvislost mezi zráním a životními událostmi v kontextu celé délky života a propojuje minulost, budoucnost i přítomnost. Vychází z toho, že jsou v životě člověka různé významné milníky. Ty jsou buď biologické, psychické, nebo sociální.

V rámci vývoje mohou přijít situace, které tento vývoj následně pozitivně, nebo negativně ovlivní. Některé vlivy mohou mít dokonce zároveň negativní i pozitivní dopad.

Vlivů může být mnoho a mohou být různého druhu. Těmi zásadnějšími negativními vlivy může být nemoc, vývojová porucha, únava, stres, nebo vážný úraz. Mez pozitivní může patřit třeba nějaké konkrétní přátelství.

Zároveň se ve vývoji mluví o tzv. **aktuální genezi**. Aktuální geneze je krátkodobý vývoj, během kterého změny probíhají v řádu minut, hodin, nebo týdnů a jsou důsledkem především aktivity psychických procesů. Vliv na aktuální genezi má vnímání, učení, řešení problémů a následně výše zmíněné životní situace.

3. Aspekty stáří, seniorská populace a poruchy paměti

3.1 Seniorská populace

Stáří je závěrečnou fází života jedince. Jeho definice se různí především podle toho, jaké badatelské hledisko určíme. Seniorský věk nikde není jednotně definován. Badatelská konvence ho řadí do rozmezí, které začíná v 50, 60, nebo 80 letech. Jedná se ale obecně o věk postprodukční. (Macháčková, 2019, s.19) Prof. MUDr. Aleš Bartoš Ph.D. definuje ve své ordinaci pro poruchy paměti seniorskou populaci většinou věkem od 65 let výše. Stejně se k tomu staví např. doc. MUDr. Iva Holmerová Ph.D. v knize *Etika a komunikace v medicíně*, kde také říká, že za mezník seniorského věku se počítá věk 65+. (Bartůněk, 2011, s.193) Naopak ale dle *Vývojové psychologie*, od Kateřiny Thorové, podle kapitoly Periodizace vývoje a popis charakteristik dílčích období, je počítán postprodukční seniorský věk již od 60 let. (Thorová, 2015, s.311)

Vzhledem k lepším životním podmínkám a pokročilému zdravotnictví populace čím dál více stárne. Počet seniorů narůstá, a naopak klesá počet ekonomicky aktivních osob.

Specifickým aktuálním úkazem je, že dokonce dále stárne aktuální seniorská populace, protože se lidé dožívají stále vyššího věku. Brzy se setkáme s tzv. fenoménem nejstarších starých lidí, kam řadí Holmerová lidi starší 80 let. (Bartůněk, 2011, s.193) Lidé se nyní dožívají mnohem vyššího věku, čímž se obecně znatelně mění věkové rozložení populace v České republice i ve světě. Průměrně se jedná o zvýšení délky života o cca 20 let. (Macháčková, 2019, s.16)

Stáří má mnoho fyziologických projevů. Patří mezi ně ochabování imunitního systému a s tím větší náchylnost k nemocem. Přichází větší únava, depresivní stavy a poruchy kognitivních funkcí, ztrácí se nejdříve hlavně krátkodobá paměť.

Během stáří dochází obecně k proměnám tělesných proporcí, k poklesu váhy a výšky. Zhoršují se smysly (zrak, sluch), ochabují vnitřní orgány, dochází ke snížení funkce srdce, plic a celého cévního systému. V neposlední řadě dochází také ke ztrátám paměti, ať už příčinou konkrétního neurodegenerativního onemocnění, jako je třeba Alzheimerova choroba, nebo frontotemporální demence, nebo vinou přirozeného ochabování paměti. (Beníček, 2021)

V biologickém systému dochází k celkové ztrátě kondice a ke změnám ve smyslovém vnímání. Změny ale rozhodně nejsou univerzální. Mezi stárnutím jedinců jsou různé rozdíly. Jeden z rozdílů je i mezi stárnutím mužů a žen. V psychické rovině je rozdíl ve sféře osobnosti, v postojích a v celkovém přizpůsobení stárnutí. Např. žena je i ve stáří stále hodně orientovaná na rodinu. Její role se v podstatě ani ve stáří nemění.

Rozdíly jsou ale i mezi jednotlivci. Roli zde hraje dědičnost, genetické predispozice, výchova, vzdělání, návyky a další. Např. vysokoškolsky vzdělaní lidé jsou odolnější vůči přirozené ztrátě paměti. Velikou roli hrají i psychologické faktory. Především to, jak člověk své stárnutí vnímá a jak je schopný se mu přizpůsobit. To, jak jedinec vnímá své stáří je také silně ovlivněno spokojeností se životem v dospělosti.

Podle toho, jak moc lidé v seniorském větu ztrácí autonomii, dělí se seniorská populace na tzv. elitní seniory – ti svou aktivitou a duševní činností přesahují vysoce svůj věk. Dále na aktivní seniory, kteří jsou plně autonomní a soběstační a následně na závislé seniory. Ti již potřebují pomoc od svých blízkých a od specializovaných zdravotních služeb. (Bartůnek, 2011, s.193)

V různém dělení stáří můžeme narazit např. na dělení seniorů podle toho, jak své stáří prožívají. Jedním z hlavních ukazatelů je v tomto případě autonomie. Patří sem:

- **Mladé stáří** – subjektivní pocit mladosti, soběstačnost a schopnost samostatného rozhodování
- **Vyrovnané stáří** – akceptace aktuálních omezení, které stáří přináší a chápání důchodu jako času svobody
- **Ambivalentní stáří** – snaha o překonávání negativního postoje ke stáří, ale vnímání ohrožení ve smyslu fyzické a finanční soběstačnosti
- **Popírání stáří** – distance od stáří a svých vlastních potíží, snaha o vysokou aktivitu a o získání uznání od druhých
- **Vážně nemocné** – imobilní stáří – identifikace se slabými a nemocnými, opírání se o pozitivní zážitky z minulosti
- **Zvládání čtvrtého věku** – přijetí statusu starého a nemocného, snaha o nalezení mechanismů pro zajištění osobního bezpečí

3.2 Stáří dnes – vnímání a aktivní stáří

Dnešní pojetí stáří se oproti minulosti velice změnilo, a to i proto, že seniorů v celkové populaci neustále přibývá. Všechny dnešní novodobé přístupy ke stáří vychází z toho, že se ze seniorů stávají lidé, kteří nejsou pouze pasivními příjemci pomoci, ale lidé, kteří aktivně ovlivňují podmínky svého života. Od té doby se společnost snaží najít koncept tzv. správného stárnutí.

Všechno se děje vlivem probíhajících demografických změn, kdy se věkové rozložení obyvatel velice proměňuje. Z demografického hlediska jsou dnes společnosti vnímány jako staré. Dalším vlivem je novodobá společnost a její důraz na individualismus. Zároveň se také mění ekonomický kontext, kdy se zodpovědnost za péči o stárnoucího přenáší aktuálně na jedince. (Štěpánková, 2014, s.66)

V letech 2013–2017 byl vytvořen Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí. Jeho cílem bylo aktivizovat seniory, zdůrazňovat hodnotu dobrovolnictví a rozšířit možnost smysluplné účasti na dobrovolnických aktivitách. (Štěpánková, 2014, s.15)

Tento plán přesně odrážel dnešní přístup k seniorské populaci, kdy se nejvíce mluví o tzv. aktivním stáří. Aktivní stáří je definováno jako co nejlepší využití příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečnost ke zlepšení kvality života lidí v průběhu stárnutí. Aktivní stáří je viděno jako pokračování participace lidí v seniorském věku ve všech oblastech sociálního života. (Štěpánková, 2014) Toto je přesná definice aktivního stárnutí podle Světové zdravotnické organizace WHO.

Jedná se o docela nový koncept, jehož cílem je propojit zdraví a aktivitu jedince. Cílem aktivního stárnutí je zlepšení kvality života seniorů. Jedná se o jeden z dalších konceptů, který se zabývá kvalitou stárnutí a dalším konceptem, který zdůrazňuje aktivitu právě jako základní

kvalitu považovanou za součást kvalitního života. K tomuto trendu přispělo hlavně to, že povinnost starat se se přenáší ze státu na jedince (většinou příbuzné, nebo samotné seniory), a proto je neustále vyvíjen větší tlak na lidi v seniorském věku, aby stárli „správně“. (Štěpánková, 2014, s.)

Aktivní život je nyní oceňován a zdůrazňován. Zároveň ale může aktivní stárnutí znamenat naprosto cokoliv, jelikož se podle některých autorů jedná spíše o slogan než o ucelený koncept. Bylo ale dokonce definováno sedm principů, které by měly být součástí přístupu aktivního stárnutí.

Mezi jiným je v nich např. zmíněno, že by aktivita měla obsahovat všechny smysluplné činnosti přispívající ke spokojenosti jedince, jeho rodiny a komunity obecně. Mělo by zahrnovat všechny stárnoucí bez výjimky. Zároveň by mělo jít spíše o preventivní koncept, který by měl obsahovat jak práva, tak povinnosti.

Kritici aktivního stárnutí ale upozorňují, že tento koncept sám o sobě udává, jak by měl aktivně stárnoucí senior vypadat, a tak není ani tak pomocným konceptem, který zlepšuje kvalitu života, ale konceptem exkludujícím a stresujícím. Pro seniory může představovat zátěž. (Štěpánková, 2014, s.15) Navíc se může zdát, že jde o koncept, který poukazuje na popření stárnutí.

Dalším fenoménem dnešní doby je tzv ageismus. Ten definuje světová zdravotnická organizace jako stereotypy a předsudky vůči lidem na základě jejich věku. Jedná se o pohled, který předjímá, že daná osoba může být na něco příliš mladá, nebo naopak příliš stará. Ageismus určuje smýšlení o lidech určitého věku. Vše se odráží od konkrétních očekávání o daných jedincích. (Macháčková, 2019)

V případě lidí seniorského věku se často např. v nemocnicích děje, že i nemocniční personál zaměňuje věk za samotnou diagnózu. Ageismus sám o sobě ale není jen diskriminace. Je to mnohem širší problém. Především proto, že předsudky ovlivňují samotnou skupinu seniorů jako takovou. Senioři se mohou cítit jako „nedokonalí, nesoběstační a neschopní“, což může mít za následek negativnější přístup k životu.

3.3 Kognitivní funkce a jejich poruchy

Kognitivní funkce jsou základními funkcemi našeho mozku. Díky nim můžeme poznávat své okolí a řídit naše chování. Kognitivní funkce bývají označovány jako procesy přijímání, zpracovávání a ukládání informací – nebo také jako procesy poznávací. Jedná se o množství složitých procesů, které se odehrávají v každém z nás.

Kognitivní funkce jsou důležitou součástí kvalitního a aktivního života a jsou zároveň těmi funkcemi, které mohou ve stáří ochabovat. To může mít za následek čím dál tím větší odkázání na pomoc blízkého okolí a specializovaných pracovníků. (Bartoš, 2019)

Mezi kognitivní funkce patří např. **exekutivní funkce**. Slovo „exekutivní“ je překládáno jako výkonnostní, nebo také jaké řídicí. Sem řadíme procesy, které zajišťují samostatné a účelné jednání a myšlení. Exekutivní funkce nám pomáhají plánovat a organizovat činnosti. Díky nim jsme schopni určit, zda a jak činnost zahájíme, provedeme a ukončíme. Někteří odborníci exekutivní funkce považují za nejdůležitější a nadřazené kognitivní funkce k dalším kognitivním funkcím.

Součástí exekutivních funkcí je i vůle a schopnost reagovat na vlastní chyby. Také schopnost ladit několik činností najednou, nebo přizpůsobit se nečekaným změnám. Patří sem i smysluplné plánování času. Porucha exekutivních funkcí se nazývá dysexekutivní syndrom, který se projevuje především poruchou plánování, nebo třeba obtížemi abstrakce.

Mezi kognitivní funkce dále patří **řečové funkce**, jejich narušení např. souvisí s poruchou vybavování slov. Slova jsou různě opisována a řeč se stává čím dál tím chudší a vyjadřování stručnější. Další příbuznou řečovou poruchou je porucha porozumění. Ta bývá někdy příbuznými zaměňována za poruchu sluchu. Mezi kognitivní funkce patří ještě **zrakově-prostorové funkce**, které zajišťují orientaci v prostoru.

Pokud dochází k poruchám paměti, většinou dochází i k narušení jiných kognitivních funkcí. Narušené jsou například i exekutivní funkce, které zajišťují samostatné, účelné jednání daného člověka. Patří sem plánování, organizační schopnosti a obecně myšlení. Většina odborníků také říká, že exekutivní funkce jsou zodpovědné za to, zda a jak dokončíme činnost. Mezi exekutivní funkce patří i vůle. Podílejí se také na řízení pozornosti a sebekontroly. Pokud jsou exekutivní funkce narušeny, nic z tohoto nefunguje. Porucha exekutivních funkcí zahrnuje poruchu plánování a algoritmizace (vhodného rozdělení) jednání. (Bartoš, 2019, s.15)

Další kognitivní funkcí jsou řečové a symbolické funkce. Mezi řečové poruchy patří obtížné vybavování slov (většinou dochází k velkému opisování). Věty jsou mnohem stručnější.

Mohou být také postižené zrakově-prostorové funkce, které zajišťují orientaci osoby v prostoru a podílejí se na udržování správných prostorových vztahů. U pacientů s poruchami paměti, převážně s Alzheimerovou nemocí, dochází nejdříve k dezorientaci na méně známých, nebo neznámých místech, a nakonec i v domácím prostředí. To vše má následně vliv na všechny praktické činnosti.

3.4 Paměti a druhy paměti

Paměť je definována jako „*schopnost organismu zaznamenat, uchovat a posléze nalézt určitou informaci*“ (Kulišťák, 2011, s.169). Jedná se o významnou kognitivní funkci. Při ukládání informace dochází k biochemickým změnám, které jsou vyvolány transformací bioelektrických signálů a k formování specializovaných proteinů. To vše vede k uložení informace. (Kulišťák, 2011, s.169)

Paměťový proces má tři fáze:

1. Vštípení – přijetí informace
2. Konsolidace – zpracování a uchování informace
3. Vybavení – vybavení dané informace z paměti; dělíme ho ještě na bezprostřední a oddálené

Existuje několik druhů paměti. Různí autoři ji dělí různě. Níže se podíváme na ty nejzákladnější:

Paměť můžeme dělit:

- **Podle analyzátorů**, kdy mluvíme o paměti zrakové, sluchové, hmatové, čichové, nebo chuťové
- Dále **podle obsahu** na slovní paměť (verbální) a zrakově-prostorovou (neverbální).
- Kanadský psycholog Endel Tulving mluví zase o dělení na paměť **epizodickou** (zabezpečuje uchovávání konkrétních událostí) a **paměť sémantickou**, která obsahuje všechny naše vědomosti o světě (fakta, významy slov, encyklopedické znalosti).
- Další dělení mluví o paměti **deklarativní** (nebo také explicitní), která obsahuje vzpomínky na události a fakta a **nedeklarativní**, neboli implicitní, či procedurální, která zajišťuje např. motorické dovednosti a veškeré zautomatizované činnosti, jako je šití, jízda na kole apod. Paměť implicitní je také zodpovědná za učení a vytváření nových paměťových záznamů. (Bartoš, 2019, s.15)
- **Podle časových souvislostí** dělíme paměť na anterográdní, která je zodpovědná za schopnost osvojovat si nové informace a retrográdní, která nám naopak umožňuje vybavit si staré již uložené informace. (Bartoš, 2010)
- Další druh paměti, o kterém se zmiňuje např. prof. Bartoš v knize „*Testy a dotazníky pro vyšetřování kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti*“ je paměť **senzorická**. Ta se zaměřuje na uchovávání smyslových informací, které jsou v paměti uloženy jen na velmi krátkou dobu (sluchové na čtyři vteřiny, vizuální na čtvrt vteřiny). Pokud na něco se senzorkou pamětí zaměříme, pozornost postoupí tuto informaci do krátkodobé paměti. (Bartoš, 2019, s.15)
- A to je jedno z posledních možných dělení, které zmiňuje také prof. MUDr. Aleš Bartoš Ph.D., a to dělení podle času uložení. Mluví se zde o paměti **krátkodobé** a **dlouhodobé**.

Kapacita krátkodobé paměti je vyjádřena tzv. Millerovým (magickým) číslem, tj. 7 ± 2 prvky. Průměrná kapacita krátkodobé paměti se tedy pohybuje kolem 5–7 položek. Krátkodobá paměť je jen systém, který uchovává informace po krátkou dobu, a který případně postupuje informace dál. (Bartoš, 2019, s.26)

Za ukládání informací jsou v mozku zodpovědné části hipokampus (ukládání faktů a událostí), striatum, motorická kůra a mozeček. Ty ukládají naše dovednosti a návyky. Amygdala je naopak zodpovědná za naše emoční reakce, a kosterní svalstvo a mozeček jsou citlivé na základní asociální učení. (Kulišťák, 2011)

Co se paměti týče, mluví se o tzv. Atkinsonově-Shiffrinově modelu. Ten říká, že jsou všechny naše podněty zpracovány smysly, a poté jsou převedeny do senzorycké paměti. Zde se informace roztrídí na potřebné a nepotřebné. Nedůležité informace jsou odstraněny a zbylé se přesunou do krátkodobé paměti. Zde jsou buď využity, nebo pokračují ještě dál do dlouhodobé paměti, ze které mohou být vždy znovu vyvolány a reprodukovány.

Paměťový proces se skládá z kódování, uchování a vybavení, nebo znovupoznání. Kódování (nebo také vstřípení, či ukládání) popisuje uložení nové informace do paměti. Informace ukládáme do paměti různou formou – vizuální, akustickou, nebo sémantickou. Ukládání informací do paměti může být buď úmyslné (související s učením), nebo neúmyslné (související většinou s něčím citově podmíněným) Další je konsolidace, nebo také zpracování a uchovávání informace v paměti. (Bartoš, 2019, s.25)

Po kódování a uložení informace dochází tedy k vybavování dané informace. Vyhledávání takto uložených informací nazýváme reprodukce, nebo také vybavování. Základním druhem vybavení je spontánní vybavení, kdy dojde k vybavení informace bez předchozí pomoci. Prof. Bartoš mluví také o vybavení okamžitým (vybavení si nových informací v co nejkratší době od kódování) a oddáleném (jde o reprodukci původního podnětu po nějaké distrakci, nejde o vybavení okamžité).

Dále mluví o dalších druzích vybavení, které již nejsou spontánní. Sem patří vybavení s nápovědou, které je snadnější, než spontánní vybavení (souvisí s ní např. sémantická nápověda nějaké hlásky, nebo třeba jen kategorie, do které daná informace spadá).

Nejjednodušší formou vybavování je znovupoznávání – tzv. rekognice. V tuto chvíli je předložen seznam možností, z nichž je vybíráno. (Bartoš, 2019, s.26)

3.5 Poruchy paměti a jejich dělení

Poruchy paměti znamenají úbytek intelektových schopností oproti předchozí úrovni paměti. Jsou způsobeny většinou neurodegenerativním onemocněním mozku, kdy přestávají některé části mozku fungovat následkem degenerace a odumírání nervových buněk. O poruše paměti a kognitivních funkcí můžeme mluvit ve chvíli, kdy dojde k poklesu ve výkonu ve více kognitivních oblastech po dobu alespoň 6 měsíců. Velmi často takto přestávají fungovat exekutivní funkce a schopnost ukládání a zpracovávání informací, stejně jako upadá schopnost učení se novým informacím. (Bartoš, 2019, s.27)

V paměťových testech je posuzována samostatně tzv. křivka učení, která poukazuje na schopnost učení a jeho průběh. Pokud dojde k úrazu hlavy, nebo k poškození, či onemocnění mozku, některé informace jsou většinou zapomenuty. Zároveň je ale narušena i schopnost učit se novému a ukládat nové informace. Většinou si ale pacient dobře pamatuje starší informace z dětství.

Při určování stadia poruch paměti je určující hlavně vstřípivost (ukládání do paměti) a vybavnost, což je vybavení konkrétní paměťové stopy s konkrétním časovým odstupem od jejího uložení, případně po nějaké distrakci. (Bartoš, 2010, s.29)

U Alzheimerovy nemoci dochází např. k poškození hippokampu, tudíž dochází právě k omezení schopnosti vstřípít si novou informaci. Pokud nedojde ke vstřípení informace, nemůže dojít ani k jejímu následnému vybavení.

V rámci určování poruch paměti a jejich diagnostiky se sledují především tyto druhy chyb:

1. **Opakování**
2. **Konfabulace**
3. **Distorze**

Opakování znamená, že osoba často opakuje některé podněty, které jí byly předloženy. Osoba buď vůbec nemusí vyjadřovat o opakování pochybnosti, tehdy se jedná o opakování čisté. Ve chvíli, kdy se sama ptá a komentuje proces testování paměti slovy „to už jsem asi říkal/a“, jedná se o opakování nejisté.

Distorze je zkreslení podnětů určených k zapamatování. Je známkou nespolehlivosti paměťových procesů. Např. v testech, kde se učí konkrétní série slov, která si má člověk zapamatovat a následně vybavit (např. v testu RAVLT), dochází k distorzi u slova Čína, kdy si zkoušený vybaví místo původního slova „Číňan“

Poslední chybou je **konfabulace**. Zde se jedná o označení úplně nových a vymyšlených podnětů, které neexistovaly a nebyly zmíněny, za správné. Konfabulace dělíme na pravé a nepravé, přičemž nepravými jsou distorze. (Bartoš, 2019, s.26)

3.6 Konkrétní poruchy paměti a onemocnění

Existuje několik forem onemocnění paměti. Některé jsou lehčí a postižený je s nimi ještě schopen fungovat, některé už výrazně omezují samostatnost a vyžadují pomoc a léčbu.

Mezi poruchy paměti patří tzv. **mírná kognitivní porucha – zkráceně MKP**. Jedná se o přechodnou fázi mezi kognitivními změnami během normálního stárnutí a časnou demencí a u některých lidí se jedná o počáteční fázi Alzheimerovy nemoci. Pacienti si při mírné kognitivní poruše sami stěžují na poruchy paměti, které už většinou pozorují ale i příbuzní. MKP znamená vysoké riziko přechodu do dalšího vážnějšího stadia poruchy paměti. Někteří progradují (vyvinou se) do Alzheimerovy choroby, stav některých se ale třeba také vůbec nezmění.

Na rozdíl od demence mají lidé s mírnou kognitivní poruchou ostatní kognitivní funkce v pořádku a zatím jsou schopni ve většině případů normálně fungovat – nemizí soběstačnost.

Mezi běžné typy demencí patří např. **Alzheimerova nemoc**, která má velmi plíživý začátek s postupným zhoršováním paměti a dalších kognitivních schopností. To vše vede k velkému narušení pracovních a sociálních aktivit. Průběh je u Alzheimerovy nemoci vytrvale progresivní, kdy se postupně zhoršuje paměť i další kognitivní funkce a následně, většinou velmi rychle, přijde velká porucha paměti, která už pak dominuje a nejde léčit. Její nástup je možné pouze zpomalit. Alzheimerova nemoc a její vývoj mají již velký dopad na kvalitu života. (Bartoš, 2010)

Postižený, ani nejbližší okolí často vůbec není schopno přesně určit, kdy nějaké obtíže začaly, protože první příznaky jsou považovány za přirozenou součást stárnutí. Následný pokles kognitivních funkcí je ale velmi rychlý.

Další forma demence je **vaskulární demence**. Dochází při ní k narušení mozkové tkáně. Má většinou velmi rozmanité projevy, kdy může být začátek velice pozvolný a pomalý, někdy s rychlou progresí. Vzniká u takových chorob, jako je cukrovka, nebo třeba ischemická choroba srdeční. Projevuje se velkým psychometrickým zpomalením a poruchou exekutivních funkcí.

Další je **frontotemporální demence**. S ní jdou ruku v ruce osobnostní změny a změny v chování. V úvodních fázích onemocnění se paměť tolik nezhoršuje a často se stává, že v testech paměti mají tito lidé vysoké skóre. Bývají ale nesystematičtí a chaotičtí a často přeskakují při hovoru z tématu na téma. Mezi hlavní příznaky patří neschopnost uvědomit si svou poruchu, časté porušování sociálních konvencí, impulzivní chování, nebo se může objevit např. echolálie. (Bartoš, 2010, s.65)

Existuje několik hlavních ukazatelů poruch paměti, které jsou pozorovatelné již ze začátku. Patří sem:

1. Zhoršené učení a zapamatování si nových informací

Postižený se často opakuje, má problém si vzpomenout na nedávné události a často se ptá na stále stejné informace. Nepamatuje si termíny bez toho, aby si je někde napsal. Zapomíná jména a nedávné rodinné události.

2. Zhoršené zvládání komplexnějších činností

Už skoro nezvládne sledovat delší a složitější myšlenku, neuvaří si složitější jídlo, případně nezvládá vedení vlastního bankovního účtu a správu financí.

3. Neschopnost řešit problémy

Nezvládá plánovat a nezvládá systematicky promýšlet. Přestává často dodržovat pravidla sociálního chování.

4. Horší prostorová a časová orientace

Potíže se objevují při řízení auta, postižený přemísťuje předměty v bytě, začíná se ztrácet. Ztrácí se i v čase. Zapomíná, jaký je den, rok, roční období, někdy se vrací do starých časů (tvrdí, že naše země se jmenuje Československo). Často dává věci jinam, než patří, na nesprávná a nesmyslná místa (hodinky do soli). Zároveň tyto předměty neustále hledá.

5. Řeč

Přichází problém vybavit si konkrétní slova, vyjadřování je kratší, stručnější. Zároveň třeba není ani schopný sledovat konverzaci a pacient s touto diagnózou má obecně problém s formulací myšlenek.

6. Mění se chování

Postižený začíná být pasivní. Jsou často velmi podezřívaví. Špatně ovládá emoce a špatně interpretuje různé smyslové podněty. Změny nálady bývají velice prudké a náhlé.

7. Problémy s vykonáváním běžných činností

Často se stává, že nechají něco na sporáku, pokládají varnou konvici na plynový sporák apod. (Bartoš, 2010, s.34)

3.7 Specifika taneční a pohybové terapie u seniorské populace

Bytí v pohybu je jedna z možností, jak posuzovat, hodnotit a porovnávat sebe a druhé. Pohybové schopnosti obecně mají vliv na sebevědomí člověka. Lidé, kteří byli pohybově aktivní si svou hybnost udržují mnohem déle než ti, kteří se příliš pravidelně nehýbali.

V průběhu stárnutí ale dochází v hybnosti a v těle k mnoha změnám, které je třeba v rámci pohybových cvičení se seniory respektovat. Dochází k ochabování neuromuskulárních funkcí – tedy těch, které podporují přenos nervového vzruchu – což vede následně k poruchám mobility.

Ubývá aktivní svalová hmota, a naopak přibývá tuk a vazivo. Svalová síla se snižuje o 25–30 %. (Klvetová, 2017, s.142) Stejně tak klesá hmotnost kostí, ve kterých zároveň ubývají minerály, čímž se kosti stávají křehčí. Zvyšuje se obvod hrudníku a pasu (v průměru o cca 4 cm). Snižuje se také stabilita a pohyblivost kloubů, na což má vliv i velký úbytek tělesné vody (cca 40 %)

Po pohybové stránce se zkracuje délka kroku a dochází k narušení rovnováhy. Mění se ploténky, čímž obecně dochází ke změnám hybnosti celého těla. Zhoršuje se postupně motorika, což má vliv na chůzi a koordinaci. (Klvetová, 2017, s.143)

Právě proto, že dochází ke zhoršování kondice a hybnosti a proto, že je u seniorů zvýšená šance úrazů a zároveň proto, že dochází ke zhoršení smyslového vnímání, je třeba lekce stavět velice opatrně, s ohledem právě na tato omezení. (Beníček, 2021)

Během pohybové terapie se seniory je třeba zajistit, aby se klienti cítili co nejpříjemněji, necítili se unavení a neměli žádné bolesti. (Beníček, 2021)

Senioři obecně mají vnitřní prožívání velice pestré a odlišné od všech ostatních stádií vývoje člověka. Mají obavy, že mohou vážně onemocnět, že jim odejde jejich životní partner, zároveň se bojí, že budou později závislí na jiné osobě, která se o ně bude muset nějakým způsobem starat. (Beníček, 2021)

Senioři si kladou mnoho otázek a obracejí se za svým minulým životem. Přemýšlí, zda udělali vše, co mohli, zda žili dobrý život, zda za sebou něco zanechali. Právě toto všechno je i součástí práce terapeuta. Potřebují se vyjádřit a o těchto životních otázkách si potřebují s někým povídat. Potřebují sdílet. Někteří jsou ale naopak již odevzdaní a apatičtí. (Beníček, 2021)

Další otázkou je otázka blížící se smrti a strach z ní, strach z neznámého. Zde se také nachází mnoho možných témat. V tématu smrti mluvíme o několika stádiích, než je vůbec smrt jako konec cesty přijata. Nejprve fakt, že přichází smrt, člověk popírá a odmítá si ho připustit. Dále je z tématu frustrovaný a má zlost (na sebe a na své okolí). Dále přichází smlouvání – snaha smrt oddálit. Poté přichází deprese a následně nakonec finální smíření. (Beníček, 2021)

Cvičení se seniory by mělo být zaměřeno i na zlepšení koordinace pohybů hlavy, očí a končetin, na protahování svalů, případně na uvolňovací dechová cvičení. Dále se dá pracovat s nácvikem sedu, vstávání a chůze. (Klvetová, 2017, s.147)

Při cvičení se seniory je důležité myslet na to, aby nebyl přepínán organismus, aby cvičení probíhalo podle pohybových možností, ne přes sílu.

3.7 Sociální dopad poruch paměti

Protože dochází k poruchám komunikace, buď z důvodu poruchy řečové a symbolické funkce, nebo už jen z důvodu poruchy sluchu, dochází k obtížné komunikaci a spolupráci mezi rodinou a postiženým rodinným příslušníkem.

Čím více je člověk nemocný a čím více porucha paměti postupuje, tím více je jedinec závislý na okolí a je odkázán na jeho pomoc, která se často překloupí v celodenní péči. O Alzheimerově nemoci se dokonce často hovoří jako o „nemoci dvou lidí“, protože postihuje nemocného, ale ten je plně odkázán na svého rodinného pečovatele. (Macháčková, 2019, s.104)

Demence je nemoc, která mění život nejbližších lidí nemocného a dopadá na celou rodinu. Pečující bývá často identifikován s nemocným a jeho zranění prožívá téměř stejně, jako zranění vlastní. Demence klade značné nároky na psychickou a fyzickou odolnost pečujícího. (Macháčková, 2019, s.105)

Rodinná péče je nerozlučně spjata s velkým emočním vypětím, přičemž nejčastější emoce spojené s domácí péčí jsou:

- Smutek a bolest
- Touha po zázraku
- Touha po normalitě
- Frustrace
- Izolace
- Zklamání z nepochopení od lidí, kteří nepečují
- Stres
- Deprese spojená především se ztrátou
- Sílu a odvahu ke zvládnutí péče

U pečovatele dochází ke konfliktu rolí – pečovatelské, pracovní a rodinné. U rodinných pečujících jsou evidovány poruchy spánku, nikotinismus, alkoholismus, chronická únava, nebo třeba bolest zad a další různé obtíže. (Macháčková, 2019, s.108)

Praktická část

4 Výzkumný projekt

4.1 Výzkumný problém a cíle

Mým hlavním cílem ve výzkumném projektu bylo zjistit, zda je možné pomocí konkrétně zvolených pohybových cvičení zlepšit paměť u seniorů s poruchami paměti. Také jsem chtěla zjistit, zda jsou seniori s diagnostikovanými poruchami schopni koordináční cvičení zvládnout a v jaké míře.

4.2 Výzkumné otázky

V1: Jak působí cvičení zaměřená na pozornost a koordinaci při pravidelném cvičení na paměť u seniorů.

V2: Jakým způsobem lze využít cvičení zaměřená na relaxaci a odreagování prostřednictvím her ke zlepšení kvality života seniorů.

4.3 Popis zkoumaného souboru

Mnou zkoumaný soubor byla skupina seniorů docházejících do denního stacionáře Gerontologického centra v Šimůnkově ulici. Gerontologické centrum vede doc. MUDr. Iva Holmerová Ph.D. a spadají pod něj dvě samostatná zařízení – jedno v Benákové ulici, kde se zotavují seniori po úrazech a druhé je v Šimůnkově ulici, kde je denní stacionář.

Celé sezení probíhalo ve společenské místnosti. Ta je propojená se vstupem na zahradu a přes úzkou chodu s kuchyňkou. V místnosti se po obvodu nachází několik křesel a dvě pohovky. Jsou zde velká okna na zahradu a jedny dveře, které vedou do kanceláře. Je zde také stůl s květinami a na zdi visí denní kalendář a nástěnka s fotkami s různých aktivit denního stacionáře. V jednom rohu je také černé pianino.

Má skupina sestávala většinou z pěti až devíti seniorů, někdy se ke cvičení přidaly i sestřičky. Mezi účastníky byli takoví, kteří již mají pohybové problémy – většinou buď špatně chodí (dochází do společné místnosti, kde probíhá setkání, o holi, nebo za doprovodu sestřičky), někteří mají problém např. se vzpažením jedné ruky.

Ve stacionáři jsou i lidé, kteří jsou úplně vytrženi z kontextu a z reality, žijí ve vlastním světě a nejsou schopni se skupinového sezení plnohodnotně účastnit, protože již nejsou schopni vykonávat ani jednoduché činnosti. Ztrácí se např. i v rámci dvou místností stacionáře.

V mé skupině jsou lidé, kteří jsou schopni vnímat, reagovat na to, co se děje a cvičit se mnou. Jediný problém bývá sluch – někteří hůře slyší, proto jen opisují, což ale většinou zvládají velmi dobře. Většina je schopna celou lekci se mnou cvičit a udržet pozornost.

Co se paměti týče, jak zmíním dále, jedná se většinou o lidi s MMSE cca 27 a méně bodů. Někteří jsou tedy co se týče poruch paměti hraniční, někteří už jsou bohužel pod hranicí. Porucha paměti je již závažná.

Já jsem vždy na setkání přicházela v čase, kdy byl na programu odpočinek a odpolední káva. V místnosti jsem již pokaždé od sestřiček měla připravené židle postavené do kruhu. Na židle

většinou usedají jen někteří senioři, ostatní s horší pohyblivostí, zůstávají v křeslech, která jsou podél místnosti. Ze židle by mohli spadnout.

5 Použité metody

5.1 Pozorování

Pozorování je jednou z nejtypičtějších metod kvalitativního výzkumu. Jeho cílem je poznat, popsat a porozumět výzkumným subjektům a jejich prostředí. Jedná se o snahu přesně zjistit, co se ve skutečnosti v průběhu výzkumu odehrává. V mém případě jsem využila přímé, zúčastněné pozorování.

Jednalo se o pozorování nestrukturované – měla jsem tedy pouze určený cíl pozorování a prostředí a pouze jsem sledovala dění. Pro veškerý záznam událostí jsem využívala blok, kam jsem průběžně zapisovala zásadní momenty.

5.2 Test MMSE

MMSE je zkratkou pro Mini-Mental State Examination. Jedná se o krátké testové vyšetření mentálního stavu. Je nejrozšířenějším testem v klinické praxi u nás i ve světě. MMSE se používá i jako test referenční k jiným testům a je zároveň ukazatelem např. stadia onemocnění paměti. Hodnotí více kognitivních funkcí najednou. (Bartoš, 2019, s 106)

MSSE vyšetřuje časoprostorovou orientaci, paměť, řečové schopnosti, čtení a psaní a pozornost. Jeho administrace trvá cca 15 min. Vyhodnocuje se následně sečtením bodů, kdy za každou správnou odpověď jde jeden bod.

Test MMSE má vypočtené orientační normy. Ty jsou 28–30 bodů jako normální skór. 27 je již hraniční skór, 25–26 odpovídá mírné kognitivní poruše. Od 24 bodů méně se již jedná o různě pokročilou demenci. (Bartoš. 2019, s.106)

5.3 Test POBAV

Test POBAV – Pojmenování obrázků a jejich vybavení – je původní český test paměti. Test se skládá ze dvou částí. V první je testovaný požádán, aby jedním slovem popsal 20 obrázků, které si zároveň má zapamatovat. Tato část není nijak časově omezena.

Následně je otočen list a testovaná osoba je požádána, aby napsala co nejvíce názvů obrázků, které si zapamatuje, a to v rámci jedné minuty.

Každá část testu prověřuje jiné kognitivní funkce. Selhání v první části testu už samo o sobě poukazuje na problém s kognitivními funkcemi. Trvání testu je cca 6 min.

V testu se hodnotí chybné pojmenování obrázků, kde se řeší špatný, nebo zkomolený pojem, případně vůbec nepojmenovaný obrázek. V druhé části se hodnotí počet vybavených obrázků. Zde se mohou již objevit chyby paměti – mezi nimi konfabulace, tedy úplně nové vymyšlené neexistující obrázky, případně opakování.

I u testu POBAV je určena norma. Zdravý člověk by si měl zapamatovat 6 a více obrázků. Méně je již známkou poruchy paměti.

5.4 Test ALBA

Jedná se o původní český inovativní test od prof. Aleše Bartoše Ph.D. Skládá se ze dvou zkoušek. První je tzv. test věty – VĚTEST – testovaná osoba si nejprve poslechne jednu krátkou větu, kterou následně zopakuje po administrátorovi testu. Úkolem je větu si zapamatovat.

Následuje distrakce – tedy přerušení paměťové stopy. Touto distrakcí je druhý test, test gest – TEGEST – tehdy testovaná osoba předvádí nejprve šest gest, která administrátor zadává a následně má za úkol gesta zopakovat. Gesta se pro jednodušší pamatování týkají našich smyslů – zraku, čichu, chuti, hmatu a sluchu.

Následně má testovaný za úkol znovu si vzpomenout na větu, kterou se učil na začátku. Test ALBA testuje najednou různé druhy paměti – epizodickou, záměrnou, či krátkodobou a řečové schopnosti. (Bartoš, 2019, s.35)

Hodnocení je podle vybavených gest a slov věty (za každé jeden bod), přičemž běžný zdravý senior si vzpomene na 4-5 slov věty a na stejný počet gest.

6 Tanečně-pohybově terapeutický proces

6.1 Preterapie

Součástí preterapie byly dva dny strávené testováním paměti v Gerontologickém centru na Šimůnkově ulici. V rámci testové baterie, kterou jsem připravila společně s prof. Alešem Bartošem z ordinace pro poruchy paměti, byly výše popsané testové metody MMSE, ALBA a POBAV.

Celé testování proběhlo v samostatné místnosti, v pracovně v Gerontologickém centru, kde se nachází stůl a dvě židle. V první den jsem testovala tři lidi, druhý den dva.

6.1.1 Vyhodnocení testové baterie

Při prvním testování jsem měla pět lidí, které jsem otestovala testy ALBA, POBAV a MMSE.

Paní K. v těchto testech neměla téměř problém s orientací v čase a prostoru. Pouze nevěděla, kolikátého je. V testu si zvládla zapamatovat všechna tři slova a správně odečítala. Ani s dalšími úkoly v MMSE neměla problém a získala celkem 27 bodů ze 30. To znamená hraniční hodnoty pro poruchu paměti. Ale naopak v testech ALBA a POBAV získala v obou pouze poloviční počet bodů. Některé obrázky vůbec nezvládla pojmenovat a vybavila si pouze čtyři. Zajímavé bylo, že sice špatně popsala obrázek velblouda, který označila jako lamu, ale následně ve vybavení správně určila velblouda.

Paní F. dopadla velice podobně. Též v testu MMSE získala 27 bodů, v čase a prostoru se orientovala úplně správně (věděla i přesně, který je den). Obrázků v testu POBAV si vybavila sedm, s jednou chybou, což je v rámci normy stále v pořádku. Jediný problém jí dělalo vybavení gest a věty, kde si vždy vybavila přesně polovinu gest a polovinu věty.

Pan V. měl v testu MMSE 26 bodů, což opět značí hraniční stav paměti. Také tápal v tom, který je rok a v přesném datu a následně měl problém s úkolem, kde se odečítá číslo sedm od stovky. V popisování obrázků zaměnil košili za sako a vybavil si tři obrázky. Problém měl následně v testu ALBA. Gesta zopakoval všechna, ale vybavil si pouze dvě a větu si nevybavil vůbec.

Paní T. v testu MMSE získala pouhých 14 bodů. To podle norem poukazuje již na středně těžkou demenci. Problém jí dělala orientace v čase a prostoru, následně odečítací úkol, napsání jedné smysluplné věty (nenapsala žádnou) a následně překreslení obrazce. V testu ALBA a POBAV získala v obojím 0 bodů. Vůbec nepopsala skoro polovinu obrázků a nevybavila si ani jeden, dokonce ani nechtěla zkoušet nějaký si vybavit. Větu a gesta zopakovala téměř správně, ale následně si žádné nevybavila.

Paní Š. v MMSE získala 26 bodů. Nevěděla pouze název místa a následně si nezapamatovala a ani nezopakovala jedno slovo ze tří. Zároveň místo nějaké smysluplné věty – kde se posuzuje především, zda má podmět a přísudek – napsala „Cokoliv“, pravděpodobně dle mé instrukce: „Napište cokoliv vás napadne za větu.“ V testu pobav zaměnila zebra za osla a nepojmenovala vůbec ananas a kaktus. Správně si následně vybavila pět slov. V testu ALBA si nevybavila ani jedno slovo z věty ve vzdáleném vybavení a gesta si vybavila dvě.

6.1.2 Terapeutické cíle

Krátkodobým terapeutickým cílem bylo samotné navázání kontaktu s účastníky sezení.

Toto probíhalo v podstatě při každém sezení, protože většina účastníků již skutečně měla pokročilé poruchy paměti. Někteří si mě za celou dobu nezapamatovali a cvičení bylo pro ně pokaždé nové. Jiní si mě již alespoň se cvičením spojili.

Střednědobým terapeutickými cílem bylo uvolnění a zvládnutí koordinačních pohybů, které jsme v průběhu všech lekcí cvičili.

Dlouhodobým terapeutickým cílem bylo zlepšení paměti u sledované skupiny seniorů.

6.1.3 Struktura terapeutického setkání

Každé setkání se skládalo ze tří samostatných částí. První bylo zahřátí a protažení, kdy jsme vždy cvičili konkrétní protahovací sestavu. První byla pouze bez jakékoliv pomůcky, od šestého setkání, tedy od poloviny, jsme měli sestavu s pomůckou – šátkem. Jednalo se o sestavu jednoduchých cviků, které jsme pomalu vždy několikrát zopakovali (úklony hlavy, úklony těla, zvednutí nohy, vytažení za rukou apod.)

Další částí byla samostatná cvičení s konkrétním záměrem. Jednalo se především o různá koordináční cvičení v různých kombinacích, které jsme opakovali, a která blíže rozebírám v popisu celých lekcí. Další zařazená cvičení byla čistě relaxační a uvolňovací (většinou spojená s dechem, případně s poslechem relaxační hudby). Na některá setkání jsem si přinesla i jako pomůcku šátek, se kterým jsme také různě pracovali – především na pomalou relaxační hudbu.

Na závěr každého sezení jsem měla připravenou známou písničku (např. od Matušky, Gotta apod, případně z nějakého známého baletu, jako je Labutí jezero, nebo Louskáček.), na kterou jsme společně „tančili“ na židlích. Zde byl cílem prožitek a uvolnění.

6.2 Terapie

6.2.1 První setkání

Na první setkání jsem dorazila s předstihem. Setkání se odehrává ve společenské místnosti Gerontologického centra – Denního stacionáře v Šimůnkově ulici. Je to velká místnost, kde jsou po obvodu křesla a židle, je zde i klavír, velká okna a na zdi visí nástěnka s fotkami z různých pravidelných aktivit.

Když jsem přišla, klienti centra se postupně začali scházet a usedali do svých křesel. Někteří přišli bez pomoci – velice pomalým, opatrným krokem, jiní již o holi, případně za doprovodu sestřičky. Potkala jsem zde i pana V., se kterým se již znám z minulých návštěv Gerontologického centra, když jsem sem chodila ještě s jednou kolegyní pouštět písničky a zpívat. Kolegyně se jmenovala Sofia, byla z Anglie, poloviční Indka.

Zeptala jsem se pana V. „*Jestlipak si na mě vzpomínáte?*“, odvětil: „*No jistě, ženy já si pamatuji vždycky.*“ Následně jsem se společně rozpovídali o Sofii. Ptal se, kde žije a co dělá. „*A ona je v Londýně?*“ „*Ano, ano, přesně tak.*“ „*A učí, vid’?*“ Snažila jsem se pak panu V. vysvětlit, že se pracuje v organizaci, která koordinuje různá terapeutická setkání – převážně muzikoterapeutické hodiny.

Pak ještě dodal: „*A ano se smála! Já jí vždycky říkal – a ty jsi taková opálená! A ona na to – já už jsem se tak narodila.*“

Následně jsme si povídali o Británii. Paní K. se přidala. Skončili jsme s diskuzí u různých speciálních pokrmů – červů a následně i u vánočního pudingu.

Když všichni přišli, začala jsem. Sešli jsme se čtyři.

Jako první jsem měla připravené představení. Přinesla jsem s sebou tenisový míček, který jsem poslala dokola. Každý měl za úkol alespoň trochu vyhodit tenisák do vzduchu, říct své celé jméno a předat dál. Někomu už jen tento jednoduchý pohyb dělal problém – jedné paní tenisák dokonce úplně spadl. Za další jsem musela i přijít a celou instrukci jí zopakovat ještě jednou, protože mě neslyšela.

Následovalo desetiminutové jednoduché protažení na zahřátí a na úvod. Vymyslela jsem konkrétní sadu jednoduchých cviků (úklony hlavou ze strany na stranu, zvednutí nohy lehce nad zem, vzpažit a trochu se za rukou vytáhnout apod.), Toto cvičení budeme teď následujících pět lekcí po sobě opakovat.

Pan V. jak jsem sledovala měl např. problém pochopit, jak správně uklonit hlavu – dle mé instrukce „*jako byste chtěli položit ucho na rameno*“ to někdo zopakoval správně, ale zrovna pan V. měl vždy tendenci hlavu neuklánět, ale spíše jen otáčet doprava a doleva.

Také jsem si všimla, že jedna paní měla problém zvedat levou ruku. Když ji zvedala, vždy si pomáhala druhou, aby ji alespoň trochu vysunula nahoru.

Následně jsme začali s prvním koordinačním cvičením. Všichni měli za úkol chytit nos pravou rukou a následně levou rukou chytit pravé ucho. A poté udělat to samé na druhou stranu. S tím pan V. neměl problém, ale někteří měli naopak tendenci chytat levou rukou levé ucho a naopak.

Poté jsem pokračovala dál a zkoušela jsem s nimi 2/4 takt, ve kterém je třeba začínat s pravou rukou nahoře, následně ji na první dobu spustit dolu a na druhou dobu znovu vzpažit. Tohle jsme zkoušeli několikrát bez větších problémů.

Po tomto cvičení pan V. prohlásil: „*To bylo super.*“

Následně jsme si povídali o správném dechu a dýchali jsme do břicha. To všichni zvládli krásně, protože jsem jim přesně řekla, že si musí položit ruku na břicho a že se jim musí ruka zvednout. Jen většinou byl problém s výdechem, který byl u někoho kratší než nádech, a hlavně velmi mělký.

Potom jsme zkoušeli cvičení, kdy jsme se úplně co nejvíce stáhli do úplné křeče a následně jsme se co nejvíce uvolnili.

Po tomto cvičení jsem zařadila promazání rukou i celých stehů, abychom svalům ulevili. Tady bylo zajímavé pozorovat, jak kdo promazával. I když jsem ukazovala, že je třeba promazat celou ruku, až po dlaň, někdo si promazal třeba jen zápěstí, nebo jen rameno, nebo se třeba úplně vyhnul dlani.

Na závěr jsme se trochu odreagovali při Mambo no. 5. Všichni tančili a opakovali pohyby přesně po mně, jedné paní vždy trochu trvalo, než se chytla, případně některé pohyby i vynechala.

Když jsem skončila, pan V. prohlásil: „*Ale bylo toho málo!*“

6.2.2 Druhé setkání

Na druhé setkání jsem opět přišla ve chvíli odpoledního kafe. Už když jsem přicházela ke dveřím denního stacionáře, zaslechla jsem pana V. jak zpívá na celou kuchyňku českou lidovou písničku. Dostalo se mi od něj vřelého uvítání. Než jsme začali, posadila jsem se a jen seděla a diskutovala s klienty Gerontologického centra. Pan V. opět zavzpomínal na bývalou kolegyni Sofii a opět mi položil stejné otázky: „*A ona je v Londýně? A učí, vid’?*“ Pak jsme se opět přesunuli do společenské místnosti, kde se nás nakonec sešlo krásných sedm.

Tam jsme se jako první opět na začátek protáhli. Začali jsme znovu stejným protažením, jako při prvním setkání. Jedna paní mě velice bedlivě pozorovala a pečlivě a soustředěně prováděla každý jeden pohyb. Někteří stále mají problém s úklony hlavy, ale třeba vzpažit a za rukou se trochu vytáhnout, to zvládají krásně všichni. Stejně tak jemné nadzvednutí nohy.

Paní B. s bolavou rukou cvičí také. Sem tam ale přestala, povolila ruce, hluboce vzdechla a následně se znovu zapojila.

Po protažení jsem zapojila masáž a pohlazení rukou a stehů. To bylo vidět, že si užila, promazala skutečně úplně celou ruku.

Následně jsme opět zkoušeli koordinační cvičení. Začali jsme tentokrát jednodušeji. Nejprve jsme jen kroužili v zápěstí, vytvářeli jsme kruhy dovnitř a ven. Poté jsme podobně pokračovali a dělali jsme kroužky v kotnících. Nejprve jsme je vystřídali, dovnitř a ven a poté jsme obojí spojili a různě kombinovali (kroužky v zápěstí dovnitř x kroužky v kotnících ven a naopak).

Pak jsme zkoušeli chytit jednou rukou nos a druhou ucho (rukou přes hlavu). Někomu to vůbec nedělalo problém, někdo s tím chvíli bojoval a někdo vůbec nezvládl chytnout ucho rukou přes hlavu (levou rukou pravé ucho) a stále se snažil chytat ucho na stejné straně. Vše jsme dělali co nejpomaleji a několikrát opakovali.

Poté jsme se vrátili k práci s takty. Prvně s 2/4. Nejprve jsme zkoušeli jen pravou rukou – vzpažit a spustit volně dolů, následně jsme to celé zkoušeli levou, a pak jsme zkoušeli obě ruce střídát.

Úplně na závěr jsme si trochu zase „zatančili“ v sedě na píseň Trezor od Karla Gotta. Pan V. začal i zpívat a sice opakoval jednotlivé pohyby po mně, ale často si přidal i nějaký vlastní.

6.2.3 Třetí setkání

Když jsem přicházela na třetí setkání, čekal mě s panem V. již tradiční rozhovor o kolegyni Sofii. „*A ona se smála! Já jí vždycky říkal – a ty jsi taková opálená! A ona na to – já už jsem se tak narodila.*“ Tentokrát mi ale ještě navíc přinesl ukázat fotku, které z návštěv kolegyně Sofie v Gerontocentru má.

Na lekci mi přišlo dnes opět sedm lidí. Tentokrát byla nabitá novou energií, protože se trochu prostrídali někteří klienti. Jedna paní přišla s kabelkou v ruce, kterou si suverénně položila za sebe a sedla si také na židli.

Opět jsem pozorovala, jak jsou zdejší klienti zvyklí velmi sedět v křeslech, které jsou po obvodu místnosti. I když jim sestřičky říkají, že si mají sednout na připravené židle, někdo je automaticky obejde a sedne si do křesla, někdo uposlechne a někomu se vyloženě sednout si na židli nechce. Pan V. např. ale vždy pokyn pochopí zcela jasně, a ještě radí následně ostatním, když vidí, že si někdo sedá do křesla, a ne na židli.

Celé setkání jsme začali opět již klasickým protažením. Měla jsem jednu novou paní, paní A., která velmi pečlivě vše opakovala a zároveň vše nadšeně komentovala a doplňovala téměř každý můj pokyn. Někdy dokonce dokončovala za mě věty např. když jsem začala říkat: „*Tak, teď jsme zkoušeli pravou rukou a teď...*“ „*... a teď levou rukou, jasně.*“ Každý cvik ale zopakovala naprosto správně a pečlivě.

Dále jsme pokračovali koordinačním cvičením. Nejprve jsme opakovali chytání nosu a ucha – tedy chytání nosu pravou rukou a levou rukou pravého ucha a pak naopak. Ti, co zde byli znovu, cvik zvládali již lépe a paní A. cvik zvládla úplně napoprvé. Někteří ale ještě stále i při pomalém opakování chytit správně především ucho nezvládli. Jedna paní několikrát zvedla ruku nad hlavu, párkrát se jí snažil ohnout a následně chytla levou rukou levé ucho. Nos ale zvládli chytit téměř všichni.

Poté jsme si zopakovali 2/4 takt pravou i levou rukou, nejprve opět samostatně a následně jsme ruce střídali. Zase všichni zvládli krásně.

Tentokrát jsme ale přidali i 3/4 takt. Nejprve jsme ho opět zkoušeli jen jednou rukou, kdy jsme ji ze vzpažení, přesunuli do upažení a následně do připažení. To samé jsme zkoušeli druhou rukou a následně oběma. Zatím jsme si s tím jen hráli, velmi pomalu a seznamovali jsme se s tímto novým taktem, ale zatím jsme nic nekombinovali.

Na závěr na odreagování pro všechny jsme si opět pustili Mambo no.5., do kterého se všichni krásně zapojili. Zajímavé bylo sledovat paní A., která se v průběhu mými pohyby, které jsem předváděla, jen inspirovala, ale jinak si sama přidávala své vlastní pohyby a jako jediná zvládala rychlý rytmus skladby – často tančila rychleji než my ostatní.

6.2.4 Čtvrté setkání

Na čtvrtém setkání jsem rovnou přecházela do společenské místnosti. Pan V. už mě zdravil a přišel, jako vždy, zase první a usedl. Prohlásil ke mně: „*Já se zase těšil!*“. Paní K., kterou jsem testovala, mě už také postupně začíná registrovat, a tak se od ní hned ozvalo: „*To je to cvičení, budeme cvičit.*“

Nejprve jsem byla v místnosti s panem V. sama. Zeptala jsem se ho, jak se má: „*Dobry, dobry a hele...*“ opět mi ukázal fotku se Sofií, kterou mi přinesl již minule a zase zavzpomínal na to, jak se Sofie smála.

Ostatním trvalo, než do společenské místnosti za námi přišli. Pan V. už z toho byl nervózní, a tak volal zpět do kuchyně na ostatní: „*Tak pojd'te! Kde jste? To je hrozný tohleto. To je banda.*“

Když jsme se všichni sešli, bylo nás tentokrát devět, což byl zatím největší počet. Pro všechny jsem se znovu představila a začali jsme cvičit. Znovu jsme se vrhli na protahovací sestavu, po které jsme rovnou pokračovali masáží rukou a nohou, abychom trochu ulevili svalům. Pan V. vše pozorně sledoval, cvičení si užíval a většinou, když někdo začal mluvit, začal ho umravňovat.

Pak jsme pokračovali relaxací a správným dýcháním. Dýchali jsme do břicha a do hrudníku. To už bylo pro některé trochu náročnější, někdo nádech do hrudníku nezvládl. Jedna paní se naopak nadechla pouze do hrudníku. Byl tam také jeden nový pán, pan N. který se pak rovnou na dýchání ptal a chtěl přesně vědět, k čemu je to dobré a jak to vlastně funguje.

„*A tohle dýchání, to uvolňuje, že jo? Já jsem slyšel, že je to dobrý a užitečný.*“ To jsem mu potvrdila.

Následně jsme opět zkoušeli koordinační cvičení. Opakovali jsme 2/4 a 3/4 takt, pěkně pomalu, pro všechny. Nejprve opět rozděleně ale pak už i v různých kombinacích. Pravou rukou jsme dělali 2/4 takt, takže jsme jen vzpažovali a spouštěli volně dolů a levou rukou jsme vzpažovali, připažili a upažili. Protože jsme to dělali skutečně velmi pomalu, téměř nikdo neměl se cvičením větší problém.

Následně jsme se trochu ponořili do dvou písniček. Pustila jsem úryvek z Louskáčka a na něj jsme různě, především rukama, tančili – ocitli jsme se na pódiu divadla, já chodila mezi všemi a s každým jsem chvíli tančila ve dvojici.

Pan N. již chodí o holi, je zkroucený, má hrb a když prvně přišel do místnosti, sotva přešel na záchod a zpět na židli. Chodí již tak, že posouvá nohy po podlaze. I proto si sedl do křesla, ne na židli: „*To abych nespádl!*“. Ale jak seděl v křesle, cítil v něm pravděpodobně velkou oporu, protože se nechal úplně unést hudbou, dělal různě kroužky v zápěstí, v loktech, vyhazoval v rytmu hudby ruce do vzduchu, máchal jimi ze strany na stranu, rozhazoval jimi, dokonce i zvedal nohy ze země. Měl při tom zavřené oči. Vypadalo to skoro, jako by létal ve větru, nebo

jako by se vznášel. Stejně tak pokračoval, když jsem pustila Slavíky z Madridu. To jsem nejen všechny roztleskala, ale pan V. dokonce začal zpívat.

Pan N. si vyťukával rytmus a tančil v křesle ještě i poté, co lekce skončila a on se jen přesunul do křesla ve společné kuchyňce. Stále to s ním hrálo a šilo to s ním. Ještě jsme si pak i povídali, ptal se přímo na pohybovou terapii.

Když jsem odcházela pryč, jedna ze sestřiček se na mě obrátila a prohlásila: „*Vy jste to teda dneska rozjeli.*“ A pan V. za mnou volal „*Už se těším na příště! Ale ten Matuška, ten byl dobře!*“

6.2.5 Páté setkání

Když jsem přišla na další lekci, pan V. už mě opět vítal paní K. zase prohlásila „*A to bude to tančení?*“ Odvětila jsem „*Ano, přesně tak. Trochu se protáhneme.*“

Vedoucí sestřička přivedla pana V. a nasměrovala ho na židli se slovy: „*Tak třeba sem, abyste na Andělku dobře viděl.*“ A pan V. prohlásil „*Andělíčku můj.*“

Jedna paní přišla až ke mně, chodí bez berlí, jen má krátký krok a chodí velmi opatrně. Přišla a řekla: „*My máme...*“ a hlasitě se zasmála. Frázi „*My máme...*“ i smích zopakovala třikrát, a pak se bez ničeho dalšího otočila a šla si sednout na židli.

A pak jsme začali znovu protažením. Následně jsem měla připravené cvičení na zamrzlé hýždě, což znamenalo, že jsme se snažili přeseďávat z jedné poloviny hýždí na druhou, několikrát po sobě.

Následně jsme opakovali koordinační cvičení. Všechny takty jsme zase postupně zkoušeli, protože tentokrát znovu přišli nějací noví lidé, kteří se ještě s cvičením neseťkali. Nově jsme ale přidali další, tentokrát 4/4 takt. Ten se začíná opět s rukou vzpaženou, následně se ruka spustí, upaží, překříží přes prsa a znovu vzpaží. To jsme zkoušeli nejprve levou rukou, následně pravou a poté oběma dohromady. Zatím jsme nekombinovali.

Zkoušeli jsme ale ještě jedno nové koordinační cvičení. To spočívalo v tom, že jedna ruka byla předpažená a dělala kroužky v zápěstí a druhá dělala 2/4 takt. Snažila jsem se cvičení dělat velice pomalu, ale i tak s ním měla většina problém. Ukázalo se asi zatím jako jedno z nejtěžších.

Jedna paní pouze vzpažovala s spouštěla ruku, někdo naopak dělal pouze kroužky. Pan V. pouze střídal ruce. Další paní dělala sice kroužky v zápěstí i 2/4 takt, ale tím způsobem, že vzpažila ruku, teprve poté udělala kroužek zápěstí. Ale nikdy ne společně. Někdo měl také tendenci vzpažovat obě ruce naráz, případně dělat oběma kroužky v zápěstí.

Posledním cvičením bylo relaxační cvičení. Pustila jsem znovu relaxační hudbu a znovu jsme správně dýchali.

6.2.6 Šesté setkání

Opět jsem přišla ke kafi. Lidé se jako vždy postupně začali scházet. Někteří přišli o holích, někteří s pomocí sestřičky, někteří přišli sami. Už když jsem přicházela, přišla paní A. opět se svou kabelkou a začala se v ní prohrabovat. „*No to je hrozný. Někdo mi ukradl peněženku.*“ Na to přišla sestřička a prohlásila: „*No, já myslím, že ne. Já myslím, že zůstala doma. Pojd'te, já vám to vysvětlím*“ „*No, to mi tedy vysvětlete.*“ Paní A. šla se setřičkou na chvíli na chodbu, a pak se vrátila znovu na svou židli.

Tento den byl také první, kdy nedorazil pan V. a bylo to velice poznat, protože celé setkání mělo nakonec úplně jinou energii.

Pro tentokrát jsem se rozhodla pracovat se šátky. Rozdala jsem tedy šátky, každému jsem dala vybrat – šátky měly různé barvy a různé materiály. Jedna paní šátek vzala, ale vůbec si ho nevzala do ruky tak, jak jsem ukazovala. Smotala ho do malého klubíčka a položila vedle sebe na židli.

Na začátek jsem měla připravenou novou protahovací sestavu právě se šátky. Trochu podobnou, jen jsem využívala šátku.

Se šátky jsme pak cvičili celou dobu. Nejprve jsme zkoušeli jeho váhu a vyhazovali ho různě do vzduchu, následně jsme z něj udělali závoj. Potom jsme zkoušeli jeho měkkost – zmačkali jsme ho několikrát a zase roztáhli, nejprve pomalu, a pak rychleji. Pohládili jsme se jím, zvedali jsme ho různě jednou rukou, druhou rukou, oběma.

Paní A. ale po celou dobu nebyla vůbec během celého setkání v klidu. Dokonce byla z celého cvičení téměř až zhnusená.

Už při rozcvičení projevila nespokojenost, která se postupně zvyšovala. Další cvičení už komentovala slovy: „*No kdo ti tohle nakukal.*“, nebo: „*Doufám, že tohle není moje dcera.*“, a také: „*Co to ta holka dělá.*“. Tyto věty zopakovala v průběhu setkání několikrát.

Dokonce jednou, mezi cvičeními, vzala do ruky kabelku, otevřela ji, a prohlásila: „*Nevím, co ty s tím máš, ale ty jsou moje*“ ukázala na přezůvky v ní.

Na úplný závěr setkání za mnou paní A. přišla a řekla: „*Tohle už nikdy nedělej, nebo to bude strašnej průser.*“

I přes tyto komentáře ale paní A. cvičila stále, každé cvičení. Bylo zajímavé sledovat změnu chování, protože paní A. už na jednom setkání byla a byla naopak cvičení velmi dobře nakloněna. I teď, když jsem na závěr pustila dvě písničky, a to *Tak abyste to věděla* a *Lady Karneval*, tančila jak o život, tentokrát skutečně jen své vlastní pohyby.

6.2.7 Sedmé setkání

Opět jsem přišla v době podávání kafe. Do společenské místnosti nejprve přišla jedna paní se slovy: „*No, to jste si vybrali tu pravou.*“ Nakonec nás bylo osm. Opět byl pro někoho problém jít si sednout na židli. Jedna paní si sedla do křesla a když za ní přišla sestřička, aby si sedla do židle, vůbec nechápala, proč. A prohlásila: „*Už to začíná*“.

Sestřička k ní pronesla: „*Pojďte, trochu si poskočíte*“ Paní odvětila: „*No to ne, já si neposkočím, to bych si zase něco zlomila.*“ Přišla jsem za nimi a řekla: „*Skákat nebudeme, nemusíte se bát. Jen se trochu protáhneme, ano?*“

Nejprve jsme se opět protáhli pomocí šátků. Tato sestava je trochu náročnější na koordinaci. Pro někoho bylo náročné už jen např. uklánět se ze strany na stranu se šátkem v ruce, který měl být natažený.

Byl tu také opět pan N. který si znovu pro jistotu, kvůli stabilitě, sedl do křesla. Šátek ho fascinoval, a třeba při rozcvičce sice cvičil, ale při tom si se šátkem hrál a opět různě mezi cviky rozhazoval rukama, zvedal nohy a pohupoval se neustále ze strany na stranu.

Následně jsme vzali šátky a 2x jsme si zazpívali Holka modrooká, nejprve normálně, a poté co nejradostněji. Při tom jsme si různě opět hráli s šátky (máchali ho ve vodě, ždímalí, sušili ve větru apod.)

Pak jsme si dali Mambo no.5. na odlehčení. Pan N. se sice nezapojil podle toho, co jsem ukazovala, ale stále si dál ve svém rytmu „tančil“ v křesle, jako před tím. Následně jsem ho viděla opět sedět v kuchyňce, kde v tomto pokračoval, a k tomu si něco prozpěvoval. Na závěr jsme dýchali na relaxační hudbu do břicha. Každého jsem obešla a s každým jsem dýchání do břicha prošla. Zkoušeli jsme přidat delší výdech a ideálně výdech ústy, ale opět to ne každému to šlo.

6.2.8 Osmé setkání

Osmé setkání bylo ve středu. Přišla jsem tak akorát včas, a tak jsem přešla tentokrát rovnou do společenské místnosti. Opět tu byla paní A., která přišla za mnou jako první, opět se svou kabelkou. Byla jsem zvědavá, v jakém bude tentokrát rozpoložení.

Byla ale očividně v lepší náladě, a tak jsme spolu rovnou začaly hovořit. Paní A. se mě zeptala: „*Tak jak to jde?*“ „*Dobře to jde,*“ odpověděla jsem. Poté se zeptala: „*A co budeme dělat?*“ „*Trochu se protáhneme, jo?*“ „*Jo, to já ráda cvičím!*“ „*To je dobře. A pak si trochu zatančíme!*“ „*To já jsem ráda, když se tančí!*“

Začátek tohoto sezení byl zatím asi nejnáročnější ze všech. Lidé různě odcházeli a přicházeli, do kuchyně, na záchod atd. a velmi dlouho trvalo, než přišli všichni a než jsme mohli začít. Paní A. to komentovala: „*To je hrozný, co? Už bychom konečně mohli začít*“

Opět jsme začali protažením. Po minulých zkušenostech jsem se tentokrát zase vrátila k původní sestavě. Poté, co jsem zjistila, že některým dělá práce se šátky problém – spíše je

mátly, koordinace práce s šátkem a cvičení byla pro někoho velice náročná, jak jsem již popisovala v sedmém setkání.

Pak jsme se pustili opět do koordinačních cvičení. Tentokrát jsme zkoušeli jen 2/4 a 3/4 takt a také cvičení s jednou rukou, která dělá 2/4 tak a s druhou rukou, která dělá kroužení. Paní A. vše krásně opakovala, úplně přesně, a sem tam se zasmála, když udělala nějakou chybu.

Jedna paní byla ve velmi dobré náladě, většinou moc nemluví, ale dnes komentovala skoro každé cvičení. Např. slovy: „*Já nevím, co dělám, tak opakuju*“

Nakonec jsme pustili *Když máš v chalupě orchestrion* a následně *Slavíky z Madridu*. To jsme i tleskali do rytmu a paní A. zase tančila a smála se. Očividně jí dělalo dobře, že se může zase takhle na hudbu hýbat. Byl to takový ten šťastný úsměv, který značil, že si možná vzpomněla na to, jak sama někdy bývala na tanečním parketu. Když jsme skončili, paní ještě povídala dál:

„*No my jsme baletky úplný*“

A později na to:

„*No my jsme ale banda*“

Na závěr přišla sestřička. Pro některé klienty jezdí auto, které je odváží domů, auto přijíždí nejprve ve dvě. Paní už se chtěla zvedat, ale sestřička jí sdělila, že ona pojedje až později. Tak paní pronesla: „*My budeme čekat. My jsme jak děti ve školce.*“

6.2.9 Deváté sezení

Do místnosti nejprve přišla jedna paní a následně druhá. Byl tu přítomný tentokrát i místní kocour. Jedna paní přišla a říkala: „*Rozinko, ty jsi tady*“. Očividně si vzpomněla na nějakou svou vlastní kočku z domova. Ještě jedna paní také sedla vedle kocoura a říkala mu jiným jménem, seděla vedle něj a dlouze ho hladila.

„*Ona je nádherná,*“ potvrdila jsem jí to.

Jedna paní přišla s tím, že jí bolí ruka, ale nakonec i s ní zvládla krásně cvičit. Paní mi říkala: „*Prosím vás, mohla byste sundat ten hadr, já špatně slyším.*“ Myslela můj respirátor. Sdělila jsem jí, že nemohu, ale že budu mluvit hlasitěji a pomaleji, což jsme také udělala.

Měli jsme nejprve rozcvičku, opět tu jako jsem dělala ze začátku. Tahle paní cviky sice opakovala, ale ne vždy dobře a většinou, když něco zkazila, zarazila se a řekla: „*já jsem nešikovná*“, vždy jsem jí uklidnila, že jí to jde krásně.

Stejně se chovala i při koordinačních cvičeních, které jsem měla připravené jako další. Dělali jsme tentokrát zase postupně a pomalu od 2/4 taktu, protože opět byli někteří noví lidé. Začali jsme proto zase jen se vzpažováním a připažováním, nejprve jednou a pak druhou rukou a následně jsme přidávali i 3/4 takt, ale jen opět pravou, a pak levou. Zatím jsme nic nekombinovali.

Pak jsme zase zkoušeli jen dýchání do břicha. Opět jsem všechny obešla, protože někteří toto cvičení ještě nedělali. Bylo ale poznat, že kdo už ho se mnou zažil, zvládl ho mnohem lépe.

A poté jsem se rozhodla jen všechny odreagovat a přenést je opět na jeviště.

Pustila jsem hudbu z Louskáčka, na kterou jsme napodobovali různé baletní pohyby rukama, pozice, alonže apod. Paní úplně zapomněla na bolest ruky a krásně se zapojila, jediné co, bylo vidět, že to chce dělat úplně správně, a tak si několikrát v průběhu ještě povzdechla, jak jí to nejde.

Poté jsme ještě tančili na španělské rytmy, kdy jsme se učili dělat správně kroužky v zápěstí, zkoušeli jsme kroužky dovnitř a ven, v různých kombinacích, tleskali jsme do rytmu. To většina tleskala spíše podle mě než podle hudby, takže když jsem jednou v rytmu udělala chybu, nebo ho najednou změnila, chvíli trvalo, než se ostatní chytli.

Cvičila s námi i vrchní sestřička, se kterou jsem pak ještě řešila nějaké koordinační věci. Ta mi pak říkala: „*Ale bylo to dobré, hlavně ty koordinační cvičení.*“

6.2.10 Desáté sezení

Přišla jsem opět v době kafe. Lidé postupně přicházeli, opět různě sem a tam. Opět byl problém už jen to, že si měli sednout na židli, místo na křeslo. Jedna paní dlouho přemýšlela nad tím, jak se vůbec pohodlně na židli usadit, kam položit svou kabelku a kam dát hrneček s kafem. Už při minulých sezeních se jí na židli vůbec nechtělo, ale nakonec si po přemlouvání na ni sedla.

Byla tu opět paní z devátého sezení, která všechno chtěla dokonale opakovat. Před tím, když jsem přicházela, vedla se sestřičkou hovor o tom, zda pro ni přijede syn a o tom, co je za den. Když mě pak uviděla, zeptala se mě: „*A vy jste tu byla včera večer, že jo?*“ Na to jsem jí odpověděla, že ne. Že jsme tu byla předevčírem. Očividně si mě také ale zapamatovala.

Pak jsme tedy začali cvičit. Zase jsme se protáhli protahovací sestavou a zkoušeli jsme znovu koordinační cvičení. Šla jsem co nejpomaleji, protože paní opět měla problém s tím, že jí to nešlo úplně dobře.

Kombinovali jsme tentokrát poté, co jsme vše zase zkusili odděleně, tentokrát 2/4 a 3/4 tak dohromady. Jedna paní nevládala kombinaci celou, ale měla určité chvíle, kdy se vždycky zvládla znovu chytit. Největší problém dělá upažení. Mám dokonce pocit, že zrovna pro tuto skupinu byl 3/4 takt úplně nejsložitější.

Pak jsme zkoušeli 4/4, tedy vzpažit, připažit, upažit a překřížit ruku přes prsa a ten samostatně šel vše velmi dobře. Dokonce jsme ho zkoušeli i v kombinaci s 2/4, což bylo pro většinu již velmi složité. Často se stávalo, že pracovali např. pouze jednou rukou. Všichni se zapojili, jen jedna paní byla celá nesvá, koordinační cvičení jí moc nešlo: „*Já jsem nemožná*“. A často si pro sebe říkala: „*jo takhle, aha,*“ mezitím, co se opravovala.

Zkoušeli jsme opět kombinaci 2/4 taktu s kroužky v zápěstí. Stále asi jedno z dalších nejtěžších cvičení, stále stejné problémy – práce pouze jednou rukou, ruka předpažená bez kroužků, případně střídání obou rukou jako u 2/4 taktu.

Pak jsem pustila skladbu z labutího jezera a zase jsme tančili tentokrát skutečně jako labutě, narostli nám křídla. Opět jsem každého obešla. Jedna paní chtěla zase dělat všechno 100% správně a často vzdychala, když se jí něco nepovedlo, pak jsme to trochu rozproudili na Mambo

no.5 a nakonec jsem se ptala, zda by neměli nějakého zpěváka, na kterého by si chtěli ještě zatančit.

Jedna paní pronesla: „*Tak dáme Karla Gotta, ne?*“ Tak jsem pustila *Oči má sněhem zaváté*. A to byl náš poslední taneček.

Pak paní dodala: „*Já kdybych vás nesledovala, tak to nezvládnou.*“

A pokračovala: „*A vy zase přijdete? A zítra?*“

Řekla jsem jí, že třeba ještě někdy dorazím.

6.3 Postterapie

6.3.1 Vyhodnocení testových baterií

V rámci postterapie jsem měla připravenou úplně stejnou testovou baterii, jako na preterapii. Jen jsem měla jiné verze testů – v MMSE jsou jiná slova na zapamatování v ALBĚ jiná věta a gesta a v POBAV jiné obrázky – mnohem těžší.

Vyhodnocení paní K.

Paní K. se narodila v roce 1941, je jí tedy 80 let. Během testování mi říkala, že vystudovala MATFYZ a že pracovala jako účetní. Paní K. je trochu podsaditější postavy. Co se týče pohybu, chodí bez opory, sama, docela rázným krokem. Nemá žádné pohybové omezení.

Když jsem paní K. testovala prvně, v testu MMSE získala 27 bodů. Nevěděla přesné datum, nezopakovala po mě správně jedno slovo a ve třístupňovém pokynu brala papír levou, místo pravou rukou.

V testu ALBA v učení věty si zapamatovala tři slova ze šesti a také si správně vybavila tři gesta ze šesti. V testu POBAV chybně popsala 4 obrázky z 20 a vybavila si čtyři

Při druhém testování se zlepšila. Měla 29 bodů ze 30 v MMSE, což je v podstatě normální zdravý skór. Jediné, co nezvládla, bylo překreslení obrazce (dvou pětiúhelníků zaklesnutých do sebe). V testu ALBA si tentokrát vzpomněla na čtyři slova z věty a na čtyři gesta.

V testu POBAV špatně popsala 12 obrázků z 20 a vybavila si tři. Zde bych však přičítala vinu tomu, že paní K. velmi špatně viděla, a také tomu, že v této verzi testu POBAV jsou vybrané obrázky mnohem těžší, než ve verzi první. To, že špatně vidí, bylo poznat i na jejím písmě – bylo kostrbatější a nebylo tak přesně na řádku. Psala také pomaleji a vše si hláskovala. To se stalo i přes to, že paní měla brýle.

Zajímavé bylo sledovat její překreslování obrazce. Ve chvíli, kdy jsme se k tomuto úkolu ve druhém testování dostaly, zkusila několikrát začít, se slovy: „*Já to zkusím ještě jednou tady*“. To udělala celkem 3x, namalovala vždy stejný kus s tím, že ho udělá trochu větší, ale nakonec přestala a šla zkusit ještě jednou. Zvětšit se jí obrazec nepovedl, vždy ho malovala spíše menší. Obrazec ale vůbec nakonec nenamalovala. Oproti tomu v prvním testování ho zvládla zcela bez problémů.

Paní K. byla jedna z klientů Gerontologického centra, která si mě pamatovala. Měla mě již spojenou s tancováním a když byla přítomna, většinou řekla: „*A to bude to tancování, že jo?*“ To prohlásila i ve chvíli, kdy jsem přišla naposledy pouze na testování.

Paní K. byla velmi milá, usměvavá, ale rázná. Během cvičení dávala bedlivý pozor a téměř všechny i koordinační cviky zvládala bez problémů. Jen těžší pro ni byly někdy trochu náročnější. Když jsme jen tancovali, opakovala přesně to, co jsem ukazovala já a moc se do tancování neponořila. Bylo vidět, že její matematický mozek neustále analyzoval novou situaci, nové cvičení a vyhodnocoval, co dál.

Vyhodnocení paní T.

Paní T. je velmi drobná a hubená žena narozená v roce 1935. Je jí tedy již 86 let. Paní T. obecně málo komunikuje. Když už něco říká, tak pouze velmi krátkými větami, případně jen jedním slovem. Na druhou stranu ale stále dobře slyší a vidí a stále dobře rozumí veškerým instrukcím. Chyba porozumění zde tedy není, ale již nefungují exekutivní funkce.

Paní T. také chodí sama, bez opory a pomoci. Nemá hůl, ani chodítka. Chodí ale velmi opatrně a pomalu a má velice krátký krok, kdy spíše šoupe nohy postupně po zemi.

V testu MMSE měla poprvé i podruhé 14 bodů. Špatná byla obecně orientace v čase i v prostoru, stejně tak odečítání. V úkolu obkreslování obrazce, který se skládá z dvou prolínajících se pětiúhelníků, pokaždé obkreslila obrazec tak, že u jednoho z nich jeden úhel chyběl. Ovšem obrazce se přinejmenším prolínaly správně.

V druhém testování ale byla schopna vymyslet větu „Sedím na židli“. Tento úkol v prvním testování nezvládla.

Zajímavé je, že v první testování byla schopna říct roční období, stát a měsíc, ale ve druhém mi na tyto otázky vůbec nezvládla odpovědět. V druhém testování, ale naopak určila přesný den v týdnu a město. S tříступňovým úkolem neměla žádný problém. Papír vzala správnou rukou, přeložila ho i položila na zem. Jak v prvním, tak v druhém testování.

V testu ALBA ve větě v prvním testování zopakovala 5 slov ze šesti a nevybavila si žádné a stejně tak zopakovala všechna gesta, ale nevybavila si ani jedno. Při druhém testování z věty zopakovala dvě slova ze šesti. Gesta opět všechna. Nevybavila si ani jedno slovo, ani jedno gesto. V testu POBAV chybně při prvním testování popsala devět obrázků, při druhém patnáct. Nevybavila si ani jeden. Jak v první, tak v druhém testování si vůbec nechtěla ani zkusit vybavit nějaké obrázky.

Obecně, jakýkoliv úkol, který vyžadoval nějaké zapamatování a vybavení, mi odmítla se slovem: „nevím.“, případně „nepamatuju“ Při popisování obrázků při druhém testování téměř každý obrázek komentovala slovy: „*To taky nevím co je*“. Byla ale alespoň schopná udržet pozornost, nepřeskakovala z obrázku na obrázek a snažila se projít každý jeden.

Během tancování, když byla přítomna, tak opakovala pouze jednoduchá cvičení. Instrukcím rozuměla, cvičení zvládala, jen když nevěděla, seděla bez jakéhokoliv pohybu. Obecně se mi ale zdála velice nepřítomná – skoro jako tělo bez ducha. Sice opakovala cvičení, ale jen maně a bylo hodně vidět, že jen přesně opisovala, co jsme ukazovala já.

Když jsme tančili, tak také jen opakovala pohyby a když jsem pohyb změnila, chvíli trvalo, než na něj přišla a začala ho předvádět také.

6.3.2 Vyhodnocení cílů terapie

Krátkodobým cílem terapie bylo navázání vztahu s klienty Gerontologického centra, což se myslím povedlo. Někteří mě již měli spojenou s pohybem a s cvičením a často už když jsem vcházela do dveří, pronášeli komentáře o cvičení, případně, jako pan V., mě již ve dveřích vítali a při odchodu naopak prohlašovali, že se těší na příště.

Střednědobým cílem bylo zvládnutí koordinačních pohybů, které jsme se v průběhu všech deseti sezení učili. Tady bohužel hrálo velkou roli to, že se skupina velmi proměňovala. Z toho důvodu nebylo dost dobře možné sledovat efekt učení. Jen u někoho. Ten, kdo byl přítomen častěji, zvládl i náročnější koordinační cvičení, a ta jednoduchá pro ně již nebyla žádnou překážkou.

Mezi střednědobými cíli bylo i odreagování a relaxace klientů. Což se povedlo především ve chvíli, kdy jsem pouze pustila hudbu, na kterou jsme zkrátka jen volně tančili – jako labuť, jako Španělé, nebo jsme jen tleskali do rytmu. To se objevoval na tváři klientů i úsměv. Tyhle chvíle si vyloženě užívali. Když jsme jen cvičili, tak naopak jen většinu času bedlivě pozorovali a snažili se pohyby zopakovat úplně přesně. Což sice napomáhalo jejich koncentraci, ale na druhou stranu je to dostávalo do určité tenze.

Velmi zajímavé bylo pozorovat pana N., který byl po každém sezení nabitý energií, byl mnohem uvolněnější. Když jsme ho pozorovala mimo intervenci, tak byl ve velkém napětí, byl úzkostný a měl velký problém s chůzí (bez chodítka neudělal téměř ani krok). Ale po intervenci byl schopný chodit jen o holi a zcela bez dozoru.

Dlouhodobým cílem bylo zlepšení paměti. V tomto případě se jednalo o příliš krátkou intervenci a o příliš malý vzorek, než aby bylo možné sledovat opravdu nějaké větší změny. Paní K. sice měla test MMSE lepší a stejně tak i test ALBA, to ale nemusí vůbec znamenat, že jí pomohla naše setkávání. Na druhou stranu, při druhém testování, kdy měla lepší výsledky, byla více ve stresu, než při prvním a podala velmi dobré výsledky zdravého člověka ve dvou ze tří testů. Je tedy možné domnívat se, že intervence nějaký efekt měly.

U paní T. bohužel není možné říci, zda efekt byl, jelikož MMSE 14 je již velmi nízký skóre a většinou v těchto případech již bohužel neexistuje žádná cesta, jak paměť zlepšit. Možná by se efekt objevil, ale intervence by musela být intenzivnější a dlouhodobější.

7 Diskuze

Svůj vzorek v Gerontologickém centru jsem si vybrala proto, že jsem již prostředí znala a nebylo problém se na docházení na sezení domluvit. Volba vzorku pro tento cíl práce ovšem nebyla vhodná.

Především proto, že vzorek, na kterém jsem posun mohla zkoumat, byl velmi malý. Testovat jsem mohla pouze pět lidí, u nichž jsem většinou zjistila, že mají hraniční výsledky, nebo naopak již výsledky velmi podprůměrné. Některé jsem ani na testování paměti od sestřiček nedostala, protože mi to již nebylo doporučeno – co se týče diagnózy, klienti na tom byli již tak špatně, že by testování vůbec nezvládli.

A to přesně byli klienti, kteří by potřebovali spíše individuální terapii. Když náhodou byli na skupinovém setkání, celou dobu jen seděli, sledovali dění, ale vůbec se nezapojili. Případně dění komentovali – někdy i trochu k věci, nebo se zvedli a přecházeli po místnosti, nebo úplně odešli.

Byla tu např. paní D., která sice pohybově byla zcela v pořádku, ale již se neorientovala v čase a prostoru, v místním kocourovi viděla svou starou kočku, ztrácela se i v rámci zařízení a nebyla schopna pochopit jednoduché pokyny (když jsem ji požádala, aby vzala šátek do obou rukou, smotala ho do malého uzlíku a položila vedle sebe na židli). Nemluvila vůbec k věci, v sice souvislých větech, které ale byly úplně beze smyslu a bez kontextu.

Stejně tak vidím jako problém rozsáhlé sluchové postižení u některých klientů. I přes naslouchátko mě špatně slyšeli a spíše opisovali, než aby rozuměli pokynům. Úplně se tedy vytratil v jejich případě kontext.

Z důvodu rozsáhlého postižení paměti byla tedy téměř každá hodina jako první. Podle prof. MUDr. Aleše Bartoše Ph.D. z ordinace pro poruchy paměti již v určitém stadiu není možné paměť žádným způsobem vylepšit, a to byl bohužel případ některých seniorů v Gerontologickém centru.

Další problém bylo to, že skupina nebyla vůbec konzistentní. Každé sezení navštívil někdo nový a málokdo absolvoval všech deset setkání. I když jsem se snažila střídat dny tak, abych měla podobné lidi, stejně se to vždy nepodařilo. I proto bylo sledování dlouhodobějšího efektu téměř vyloučené. Aby bylo možné pozorovat změny, muselo by být setkávání mnohem intenzivnější a mnohem delší.

Velká proměnlivost skupiny byla také důvodem, proč jsem nemohla udělat závěrečné testy paměti u všech lidí, které jsem testovala na začátku a proč jsem měla srovnání jen u dvou klientů Gerontologického centra.

Na druhou stranu mi ale většinou účastníci setkání děkovali za možnost se hýbat, pan V. se na cvičení vždycky těšil (ale bohužel zrovna i on v průběhu přestal do denního stacionáře docházet). Jako největší přínos vidím právě uvolněnou atmosféru při „tancování“, u kterého bylo vidět, že klientům přineslo radost a uvolnění.

8 Závěr

Mé hypotézy tedy mohu po skončení projektu zhodnotit takto.

H1: Jak působí cvičení zaměřená na pozornost a koordinaci při pravidelném cvičení na paměť u seniorů.

Popsaná terapeutická cvičení mají pozitivní vliv na zlepšení koordinace, paměti i pozornosti u seniorů, ale intervence byly tak krátké, že nelze zcela vymezit jejich úroveň. Mohli bychom vzít v potaz lepší výsledek testů MMSE a POBAV u paní K., ale zde by to chtělo určitě ještě provést další výzkum. Z rozhovorů s klienty i se zdravotním personálem vyplývá, že se s klienty lépe spolupracovalo a zlepšila se i komunikace.

H2: Jakým způsobem lze využít cvičení zaměřená na relaxaci a odreagování prostřednictvím her ke zlepšení kvality života seniorů.

Tanečně pohybová terapie s popsányými metodami zcela jednoznačně zlepšila každý den u seniorů. Usměvavé reakce klientů a především pan N., který po každé intervenci byl schopný lépe chodit a který přestal být na chvíli po intervenci úzkostný potvrzují, že pohybová terapie zaměřená na relaxaci, uvolnění má smysl. Velkou roli podle mě hrál i výběr písniček.

ZDROJE:

1. ALLISON, Nancy, *The Illustrated Encyclopedia of Body-Mind Disciplines*, New York: The Rosenn publishing group, 1999, ISBN: 978-0-8239-2546-9
2. BARTENIERFF, Irmgard, *Body Movement - Coping with the Environment*, New York: Taylor and Francis., 1980, ISBN: 0-677-05500-5
3. BARTOŠ, Aleš, *Poznejte demenci správně a včas*, Praha: Mladá fronta, 2010, ISBN: 978-80-204-2282-8
4. BARTOŠ, Aleš, RAISOVÁ, Miloslava, *Testy a dotazníky pro vyšetřování kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti*, Praha: Mladá fronta, 2019, ISBN: 978-80-204-5490-4
5. BARTUŇEK, Petr a kol., *Etika a komunikace v medicíně*, Praha: Grada publishing, 2011, ISBN: 978-80-247-3976-2
6. BENÍČKOVÁ, Marie. *Muzikoterapie a edukace. Vydání 1.*, Praha: Grada, 2017, ISBN: 978-80-247-4238-0
7. BLAHUTKOVÁ, Marie, *Psychomotorika pro tebe*, Brno: Akademické nakladatelství CERM s.r.o, 2017, ISBN: 978-80-7204-954-7
8. DOSEDLOVÁ, Jaroslava, *Terapie tancem, Role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*, Havlíčkův Brod: Grada publishing, 2012, ISBN: 978-80-247-3711-9
9. KLEVETOVÁ, Dana, *Motivační prvky při práci se seniory*, Praha: Grada publishing, 2017, ISBN: 978-80-271-0102-3
10. KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie, 2. vydání*. Praha: Portál, 2011, ISBN: 978-80-7376-891-3
11. MACHÁČKOVÁ, Kateřina, HOLMEROVÁ, Iva, *Aktivní gerontologie, aneb jak stárnout dobře*, Praha: Mladá fronta, 2019, ISBN: 978-80-204-5489-8
12. NEWLOVEOVÁ, Jean, DALBY, John, překlad: Ing. Libuše Cvaková, *Laban pro každého*, Akademie Alternativa: Štenberk, 2016, ISBN: 978-80-906567-0-3
13. PAYNE, Helen. *Kreativní pohyb a tanec. Překlad: Lenka Staňková*. Praha: Portál, 1999, ISBN: 978-80-7367-887-6
14. Přednáška Akademie Alternativa, Tomáš Beníček: *Práce s klientem I.*, 2021
15. ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, HÖSHL, Cyril a kolektiv, *Gerontologie – současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*, Praha: Nakladatelství Karolinum, 2014, ISBN: 978-80-246-2628-4
16. THOROVÁ, Kateřina, *Vývojová psychologie – proměny lidské psychiky od početí po smrt*, Praha: Portál, 2015, ISBN: 978-80-262-0714-6