

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA PEDAGOGICKÁ  
KATEDRA VÝTVARNÉ KULTURY

**NÁVRH DIAGNOSTIKY VÝTVARNÝCH SCHOPNOSTÍ A  
DOVEDNOSTÍ U SENIORŮ**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Bc. Andrea Čížková**

*Učitelství pro střední školy, obor Učitelství výtvarné výchovy pro SŠ a ZUŠ*

Vedoucí práce: PhDr. Martina Komzáková, Ph.D.

**Plzeň, 2016**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 12. dubna 2016

.....

vlastnoruční podpis

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala paní PhDr. Martině Komzákové, Ph.D. za poskytnutí cenných rad a za ochotu a vstřícnost při konzultacích.

## **Anotace**

Na základě vyhodnocení zkušeností z realizovaného výtvarného projektu se seniory byla navržena diagnostika výtvarných schopností a dispozic, která je využitelná pro zefektivnění výtvarné práce (na principu art-therapy) se seniory. Účelem diagnostiky bylo zmapování a popis vybraných psychomotorických funkcí zapojených při realizaci konkrétních výtvarných činností, prostřednictvím kterých je možné sledovat vývoj výtvarných schopností klienta a zdárné nastavení terapeutického plánu pro jejich cílený rozvoj a podporu. Teoretická část je věnována popisu teoretických východisek, která byla oporou pro návrh diagnostiky výtvarných schopností u seniorů. Praktická část (návrh diagnostiky) byla realizována na základě práce s klienty ve vybraném zařízení po dobu 3-4 měsíců. Cílem práce je prokázat, zda je možné měřit a nastavit výtvarné činnosti tak, aby u jedinců s různými druhy znevýhodnění, mohlo dojít ke zlepšení psychomotorických schopností.

## **Klíčová slova**

Senioři, Terapie, Diagnostika, Arteterapie, Ergoterapie, Výtvarný projev, Psychomotorika, Výtvarná činnost, Náročnost, Projekt.

## **Abstract**

Based on the experiences from realizing an art project with seniors has been designed diagnostic of artistic abilities and dispositions, which is useful for streamlining the art work (on the principle of art-therapy) with seniors. The purpose of the diagnosis was to map and describe selected psychomotor functions involved in the implementation of specific art activities, to follow the development of artistic abilities and successful client settings therapeutic plan for the targeted development and support. The theoretical part is devoted to describe the theoretical foundations which are the proposal diagnosis of artistic abilities in the elderly. Practical part (diagnostics proposal) is carried out on the basis of work with clients in the selected facility for 3-4 months. The aim is to establish if it is possible to measure and set the learning activities so that individuals with different types of disadvantage could be improved psychomotor skills.

**Keywords**

Seniors, Therapy, Diagnosis, Art Therapy, Occupational Therapy, Creative expression, Psychomotor, Art activities, Difficulty, Project.

## **OBSAH:**

Úvod.....	9
Teoretická část .....	11
1 Stáří .....	11
1.1 Tělesné změny ve stáří.....	12
1.2 Kognitivní změny ve stáří .....	13
1.3 Emoční změny ve stáří.....	14
1.4 Změny v osobnosti stárnoucího člověka .....	15
1.5 Komunikace se stárnoucími lidmi.....	17
2 Senioři a výtvarná aktivita.....	18
2.1 Kreativita ve stáří .....	18
2.2 Výtvarný projev ve stáří.....	19
3 Diagnostika .....	21
4 Možnosti psychoterapie ve stáří.....	22
4.1 Ergoterapie .....	23
4.2 Arteterapie.....	24
4.2.2 Arteterapie a psychosomatika .....	26
4.2.3 Má role v projektu .....	27
4.2.4 Vedoucí skupiny / Arteterapeut.....	28
Praktická část .....	31
5 Cíle projektu.....	31
6 Popis metody .....	32
6.1 Pozorování.....	32
6.2 Analýza výkonů a výtvorů .....	33
7 Průběh projektu .....	34
8 Seznam aktivit a jejich psychomotorická náročnost .....	36
8.1 Kresba / omalovánky pomocí šestibokých pastelek.....	36
8.2 Kresba / omalovánky pomocí šestibokých pastelek.....	37
8.3 Kresba / tuš, pastelky .....	37
8.4 Koláž doplněna kresbou.....	38
8.5 Malba a kresba (kresba voskovkou doplněna malbou) .....	39

8.6 Kresba a dotváření obrázku lepením kuliček z krepového papíru (asambláž).....	40
8.7 Kresba listu / návaznost na předchozí setkání.....	40
8.8 Modelování z těsta .....	41
9 Návrh diagnostiky .....	42
9.1 Náročnost techniky.....	42
9.2 Motorická činnost.....	43
9.3 Pozornost.....	44
10 Transformace technik.....	46
11 Případové studie - kazuistiky .....	49
11.1 Případová studie č. 1 - paní Jaroslava .....	49
11. 2 Případová studie č. 2 - paní Miluše .....	51
11. 3 Případová studie č. 3 - paní Dagmar .....	53
11.4 Případová studie č. 4 - paní Jana.....	55
11. 5 Případová studie č. 5 - paní Květa.....	58
12 Kategorizace výsledků a vyhodnocení.....	61
13 Kritické zhodnocení projektu .....	71
Závěr .....	72
Použitá literatura .....	74
Resumé.....	76
Seznam tabulek .....	78
Seznam obrázků .....	80
Seznam grafů.....	83
Seznam příloh.....	84

## Úvod

V diplomové práci se zabývám návrhem diagnostiky výtvarných schopností a dispozic u seniorů, v závislosti na zkušenostech z realizovaného výtvarného projektu na principu art-therapy v léčebně dlouhodobě nemocných. Na základě tohoto projektu jsem vypracovala návrh diagnostiky, jejímž prostřednictvím lze mapovat vývoj psychomotorických funkcí jedince při výtvarné činnosti. Cílem práce je prokázat, zda je možné výtvarné činnosti měřit a nastavit tak, aby u jedinců s různými druhy znevýhodnění mohlo dojít ke zlepšení psychomotorických funkcí.

Ve své práci se na základě realizovaného projektu pokusím odpovědět na tyto výzkumné otázky: „*Je možné změřit úspěšnost výtvarných činností? Lze nastavit výtvarné činnosti tak, aby došlo ke zlepšení psychomotorických funkcí jedince?*“ Kromě jiného se také zabývám otázkou náročnosti technik s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu sledovaných osob. **Hlavním cílem** práce je návrh diagnostiky, jejímž prostřednictvím lze zodpovědět mnou položené výzkumné otázky.

**V teoretické části** své práce se nejprve zabývám fenoménem stáří, vzhledem k cílové skupině, se kterou jsem měla možnost pracovat. Jelikož toto životní období znamená pro člověka mnoho změn, věnuji se jim podrobněji v podkapitolách mapujících stáří. V další kapitole se zabývám výtvarnou činností ve stáří a kreativitou seniorů. Zde se věnuji specifikám výtvarného projevu a technikám, které jsou pro tuto cílovou skupinu vhodné. Následuje kapitola věnovaná diagnostice a kapitola zabývající se možnostmi psychoterapie ve stáří. Zmiňuji zde ergoterapii, ale především arteterapii, na jejímž principu byl náš projekt realizován. Tyto teoretické poznatky byly východiskem pro tvorbu praktické části mé diplomové práce.

**Praktická část** nejprve seznamuje čtenáře s cílem projektu a s popisem metod, kterými lze těchto cílů dosáhnout. V tomto projektu bylo využito pozorování a zpětná analýza výtvorů. Dále je zde popsán průběh celého projektu, který probíhal v LDN Privamed v Plzni v období červen až říjen 2015. Velmi důležitou kapitolou je seznam technik a jejich psychomotorická náročnost, kde jsou jednotlivé výtvarné techniky podrobně charakterizovány a seřazeny dle pořadí, v jakém byly zadávány klientům. Další velmi důležitou kapitolou je zde samotný návrh diagnostiky, podle které jsou následně zpracovány výsledky celého projektu. Vzhledem k použití plošných i prostorových technik bylo nutné pro zachování jednotného návrhu diagnostiky provést tzv. transformaci technik,



které je rovněž věnována celá kapitola. Následují kazuistiky našich klientek s vyhodnocením jejich úspěšnosti během realizace projektu. Toto vyhodnocení je prováděno jak u jednotlivců, tak v rámci celé skupiny. V poslední kapitole se věnuji kritickému zhodnocení celého projektu a interpretaci získaných výsledků.

## Teoretická část

### 1 Stáří

Vzhledem k cílové skupině, se kterou jsem měla při realizaci průzkumu možnost pracovat, považuji zařazení kapitoly týkající se stáří za nezbytné. Budu se tedy v následujícím textu věnovat vymezení pojmu stáří a jeho periodizaci.

Dle ontogeneze je stáří řazeno k pozdním fázím života člověka. Proces stárnutí je ovlivněn nejen genetickými dispozicemi, ale i dalšími faktory (např. různá onemocnění, životní styl, životní prostředí). V této fázi života se také jedinec setkává se sociálními změnami, jako je např. penzionování, osamostatnění dětí nebo změna sociální role. (Mühlpachr, 2004, s. 18)

Proces stárnutí trvá celoživotně a nejzřetelněji se projevuje od přelomu 4. a 5. decenia. Stáří lze vymežit několika pojmy - „*biologické stáří, sociální stáří, kalendářní (chronologické stáří) a dlouhověkost.*“ (Mühlpachr, 2004, s. 18)

Biologické stáří pojmenovává fyziologické regresivní změny, ke kterým v tomto období života dochází. Často se jedná o změny způsobené různými onemocněními, typickými pro stárnoucí populaci. Určování biologického stáří se však nevyužívá, jelikož nebylo prokázáno, že by bylo přesnější než určování kalendářního stáří. (Mühlpachr, 2004, s. 19) Pro sociální stáří jsou charakteristické různé sociální změny a splnění určitých kritérií (např. nárok na odchod do důchodu), v tomto ohledu je bráno jako sociální událost. Sociální stáří dělí život člověka do čtyř věků. *První věk* je obdobím dětství a mládí, pro které je charakteristický růst člověka, jeho vývoj, vzdělání, profesní příprava, získávání znalostí a zkušeností (také je označováno jako období předproduktivní). *Druhý věk* je obdobím dospělosti, jedinec je produktivní v oblasti biologické, sociální i pracovní (také je označováno jako období produktivní). *Třetí věk* je označován jako období postproduktivní, z důvodu poklesu zdatnosti a výkonnosti, což je poměrně diskriminující východisko, jedinec se může realizovat i v jiných oblastech než je práce. *Čtvrtý věk* je označován jako období závislosti. Toto označení však není vhodné, jelikož budí dojem, že starý člověk se vždy stane nesamostatným. (Mühlpachr, 2004, s. 19-20)

Stáří kalendářní, neboli chronologické, je nejjednodušší a nejjednoznačnější určení stáří člověka. Jedná se o vymezení určitého věku, ve kterém se nejčastěji projevují regresivní změny. Příhoda (1974) rozlišuje jednotlivá období takto:

„15 - 29	<i>postbubescence, mecitma</i>
30 - 44	<i>adulturnum</i>
45 - 59	<i>intervium, střední věk</i>
60 - 74	<i>senescence, počínající, časné stáří</i>
75 - 89	<i>kmetství, senium, vlastní stáří</i>
90 a více	<i>patriarchium, dlouhověkost“</i>

(Mühlpachr, 2004, s. 20-21)

Dlouhověkostí je obvykle označován věk nad 90 let. Počet dlouhověkých v poslední době stoupá, je to důsledkem medicínského pokroku i zvýšení životní úrovně. (Mühlpachr, 2004, s. 21)

Věkové rozmezí, v němž se nacházely účastnice našeho kurzu, bylo 69 až 88 let. Bylo zajímavé, že nejstarší účastnice našeho kurzu působily více vitálním dojmem, než klientky mladšího věku. Na tom, v jaké míře se stáří „podepíše“ na vzhledu, psychické i fyzické kondici člověka, se tedy skutečně podílí mnoho faktorů.

V dalších podkapitolách se soustředím na zvláštnosti, jež jsou s procesem stárnutí spjaty, a které vedou k lepšímu pochopení mé cílové skupiny - jedinců v období senia.

## 1.1 Tělesné změny ve stáří

Stáří provází mnoho změn, více i méně viditelných. Mezi ně patří změny tělesné, které postihují převážnou část stárnoucí populace. V této kapitole se proto zmíním o nejčastějších fyziologických tělesných projevech stáří.

Pro stáří je typické celkové zhoršení zdravotního stavu. Často se vyskytuje několik chorob najednou, s větším rizikem komplikací a přesunu do chronicity. Organismus seniora je oslaben a snižuje se jeho schopnost zvládat i běžné nemoci. V 85. roce života je postižen nějakým chronickým onemocněním prakticky každý člověk. Pro seniory je v souvislosti s nemocemi nejdůležitější stupeň jejich zdravotního postižení, jelikož určuje míru jejich soběstačnosti. Právě soběstačnost a možnost radovat se ze života je pro stárnoucího člověka synonymem zdraví. (Vágnerová, 2007, s. 402)

Nejčastěji je postižena oběhová soustava, jejímž chronickým onemocněním trpí zhruba 75 % lidí nad 60 let. Rovněž se vyskytují kardiovaskulární choroby, za kterými mohou být funkční i psychické problémy. Ve stáří se zvyšuje výskyt cévních mozkových

příhod, jejichž prodělaní má negativní vliv na psychiku člověka. Tito lidé mají zhoršenou schopnost soustředění, jejich reakce jsou zpomalené nebo naopak dráždivé, trpí emoční labilitou. Důsledkem cévní mozkové příhody může být i poškození řeči (afázie, resp. dysfázie) nebo apraxie, záleží na lokaci, ve které k cévní příhodě došlo. (Vágnerová, 2007, s. 403-404)

Častým problémem vyskytujícím se ve stáří je demence, která představuje úbytek rozumových schopností. Důsledkem tohoto onemocnění může být nesoběstačnost jedince a jeho naprostá závislost na druhých lidech. *„Nejčastější příčinou demence je ve stáří Alzheimerova neurodegenerativní choroba, o něco méně častá je demence vaskulárního typu. Demencí trpí přibližně 12 % populace 70letých, u lidí starších 80 let je to již 20 % populace.“* (Vágnerová, 2007, s. 404)

Téměř 40 % lidí starších 60 let trpí onemocněním pohybového ústrojí. Důsledkem snížené pohyblivosti může být sociální izolace a nedostatečná schopnost sebeobsluhy. Starý člověk se tak obává pádu a úrazu v neznámém prostředí, že raději zůstává sám doma a na pohyb rezignuje. Jeho četnost kontaktu s okolím se snižuje, obzvláště pokud jsou seniorovi přátelé rovněž pohybově omezení. (Vágnerová, 2007, s. 405-406)

Během realizace průzkumu jsem zaznamenala největší výskyt právě u onemocnění pohybového ústrojí. Velká část klientů LDN Privamed je naprosto imobilní. Našeho kurzu se zúčastňovali jedinci schopni přemístění, navzdory všem pohybovým omezením. Velkou oporou jim byly různé kompenzační pomůcky (berle, hole, vozíky aj.). **Možnost zůstat mobilním je pro seniora velkou hodnotou.** Klienti několikrát prohlásili, že *„dokud se člověk může trochu hýbat, ještě to jde.“*

## 1.2 Kognitivní změny ve stáří

Stáří ovlivňuje také kognitivní schopnosti člověka. Jaké změny v této oblasti nastávají, se pokusím objasnit v této kapitole.

Se zvyšujícím se věkem dochází u seniorů k narušení smyslového vnímání. Zrak se zhoršuje u 90 % lidí, sluch zhruba u 30 %. To vše již po 60. roce života člověka. Důsledkem těchto změn je samozřejmě pokles výkonu jedince a omezená možnost věnovat se zálibám (četbě, poslechu hudby aj.). Dalším důsledkem těchto negativních změn je ztížená možnost komunikace. Reakcí postiženého tak může být často nejistota, hněv nebo podezíravost. V souvislosti se smyslovými omezeními se navíc zvyšuje riziko pádů a úrazů. Velkým pozitivem je v tomto případě možnost využívat různá pomocná zařízení

(např. sluchadla, brýle aj.). (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 204)

Dalším problémem, který doprovází stáří je zhoršující se paměť. Zejména paměť pro nové události je často oslabena, zatímco staré zážitky zůstávají zachovány. Tyto vzpomínky jsou také často emočně zkresleny a senior je vnímá více pozitivně. Dochází tak k jeho lpění na minulých událostech, předmětech, zvyklostech, což se často setkává s nepochopením ze strany jedinců mladších generací. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 204)

V průběhu 7. decenia dochází ke zhoršení slovní plynulosti, slovní porozumění klesá výrazně od 80. roku života, stejně jako početní schopnosti. V pozdním stáří také klesá fluidní inteligence, což se projevuje výrazným zpomalením reakcí a nedostatečně rychlým vstřebáváním nových informací. S postupujícím věkem klesá rovněž krystalická inteligence, takže jedinec přichází o schopnost využívat dříve osvojené znalosti a dovednosti, případně je užívá velmi stereotypním způsobem. (Vágnerová, 2007, s. 407-408)

Zhoršení pozornosti pozorujeme u starších lidí hlavně v oblasti *výběrové pozornosti* (tj. pozornost udržovaná za přítomnosti rušivých podnětů z okolí), jak dokazují četné experimenty. Další problémy se objevují v oblasti *rozdělené pozornosti* (tj. schopnost sledovat více zdrojů najednou), kde byly výsledky testů seniorů obzvláště neuspokojivé. (Stuart-Hamilton, 1999, s. 74-76) „V důsledku zániku či poklesu výkonnosti nervových buněk nemají totiž starší lidé dostatečnou kapacitu psychiky k tomu, aby mohli věnovat svou pozornost takovému množství podnětů jako ve svém mládí.“ (Stuart-Hamilton, 1999, s. 77)

Pravdivost výše zmíněných informací jsem si mohla ověřit během našich kurzů. Největším problémem zde byla nedoslýchavost a zrakové obtíže. Díky těmto omezením bylo občas nutné zúčastněným opakovaně vysvětlovat postup práce, což mohlo vést k pocitu nejistoty ze strany klienta. Co se týče paměťových schopností, nezaznamenala jsem u žádného z klientů výraznější obtíže, tudíž jsem kategorii paměť v rámci své diagnostiky nakonec nevyhodnocovala. Sledovala jsem také pozornost klientů, konkrétně stálost jejich pozornosti, a v případě přerušení tvorby schopnost návratu do procesu a dokončení rozdělané práce.

### 1.3 Emoční změny ve stáří

Následující kapitola pojednává o změnách týkajících se emočního prožívání seniora.

Ve stáří se mění afektivní prožívání, senioři vše prožívají klidněji a racionálněji.

Zároveň se ale již méně nadchnou pro nové věci a intenzita jejich emocí se snižuje. Senior tak může na okolí působit až apatickým dojmem. „*Mnoho záleží na hodnotové orientaci každého člověka - pro mnohé je delší život příležitostí k tomu, aby přehodnotili svůj dosavadní život a dosáhli nového porozumění smyslu svých činů. Taková moudrost je ovšem založena na celkové integritě osobnosti každého člověka, a není tedy zdaleka dosahována u všech lidí vysokého věku.*“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 207)

V raném období stáří člověk obvykle pociťuje potřebu se nějakým způsobem realizovat, být užitečným. Později více touží po pozitivním přijetí ze strany své rodiny a blízkých. Senior je často soustředěn na své problémy v důsledku čehož mu unikají události okolního světa. Tato sebestřednost a zahleděnost do sebe může vyústit až v hypochondrii. To může být problém, pokud je jedinec umístěn v některém ze sociálních zařízení. Úkolem zdejšího personálu je tedy (mimo jiné) seniora vyvést z jeho sebesoustředění a redukovat pocit osamělosti. „*Právě život v domovech důchodců ukazuje na rozdíl mezi reálnou izolací, která je dána nedostatkem sociálních kontaktů, a psychologickou dezolací, která představuje subjektivní pocit opuštěnosti, osamocení a ztráty významných citových vztahů, tedy emoční deprivaci - citové strádání ve stáří.*“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 207)

Pocit osamění je relativní. Mnozí lidé jsou neustále obklopeni lidmi, přesto se cítí sami. Naopak jsou jedinci, kteří žijí z důvodu imobility nebo nemoci v ústraní a pocit osamění je netrápí. Určité události v životě člověka však vyžadují podporu okolí, zvláště ovdovění, které je doprovázeno velmi intenzivními emocemi. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 207)

Důležitost pozitivního přijetí ze strany rodiny jsem zaznamenala i u účastníků našeho kurzu. Rodinné vztahy často ovlivňovaly psychický stav člověka a jeho chuť do práce. Pokud byl účastník v psychické nepohodě (nejčastěji právě z důvodu sebelítosti plynoucí z nedostatečného zájmu rodiny), odrazilo se to i na jeho chuti tvořit. V těchto případech musela přijít opravdu silná motivace z naší strany v podobě častých pochval a povzbuzování. Někteří klienti také špatně snášeli prostředí, ve kterém žili. Často nám na otázku: „Jaký máte den?“, odpovídali: „Jaký asi tady může být?“

#### 1.4 Změny v osobnosti stároucího člověka

Stáří je náročným obdobím života člověka, a tak často dochází také ke změnám v osobnosti jedince. Tyto změny jsou velmi individuální a dochází k nim v různé míře. Touto problematikou se zabývám v následujícím textu své teoretické práce.

I ve stáří dochází k vývoji osobnosti, který je provázen různými změnami. Podle empirických studií se lidé s postupujícím věkem stávají introvertnějšími, původní struktura osobnosti však velkým změnám nepodléhá. Osobnost člověka tvoří jeho předešlý vývoj, ale i schopnost vypořádat se s problémy a neduhy stáří. Člověk se může vyrovnávat se svým stářím různými způsoby, S. Reichardová (1962) uvádí pět typů strategií:

1. *Konstruktivní strategie*. Jedná se o člověka, který i přes vysoký věk zůstává stále aktivní, má radost ze života, udržuje vztahy s lidmi ve svém okolí a dobře se přizpůsobuje změnám. Umí si užít dobré jídlo i pití, má stále smysl pro humor, dále rozvíjí své záliby. Většinou jde o typy lidí, kteří prožili šťastné dětství, dospělost i manželství.

2. *Strategie závislosti*. Lidé s touto strategií jsou pasivní, rádi nechávají odpovědnost na druhých lidech. Spoléhají více na ostatní než na sebe a v souvislosti s tím se vzdávají i svých povinností. Sociálně se jedná o přijatelný typ strategie, přestože není příliš příznivá.

3. *Strategie obranná*. Tato strategie zahrnuje přílišnou aktivitu jedince, ve snaze potlačit myšlenky na nemoc nebo blížící se konec života. Tito lidé často až příliš pečlivě jednají dle konvencí a velmi se emočně kontrolují.

4. *Strategie hostility (nepřátelství a hněvivost vůči druhým)*. Jedná se o jedince, kteří za své životní prohry a nezdary viní ostatní. Vůči druhým lidem jsou nedůvěřiví a agresivní, neustále jsou s něčím nespokojení.

5. *Strategie sebenávisti*. Senioři s touto strategií obrací veškerý svůj hněv proti sobě, ze svého života jsou zklamaní, vůči sobě nešetří kritikou. Často se jedná o typy lidí s nešťastným dětstvím, problémovým vztahem s rodiči nebo manželem/manželkou. Smrt je pro ně vysvobozením z nešťastně prožitého života. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 207-208)

Stáří znamená pro člověka nutnost přizpůsobovat se mnoha novým situacím, přičemž každý člověk se s nastalou událostí vypořádává po svém. Nelze seniora obviňovat z toho, jak se s vlastním stářím vyrovnává, jeho strategie by tedy měla být okolím plně akceptována. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 208)

V rámci projektu jsem se setkala s lidmi využívajícími pouze první dvě výše zmíněné strategie. Už jen to, že se klienti rozhodli zúčastňovat se výtvarných kurzů, dokazuje, že se snaží zůstat stále aktivními.

## 1.5 Komunikace se stárnoucími lidmi

Hovoříme-li se starými lidmi, musíme brát v potaz některé specifické komunikační potíže. Potýkáme se totiž často s nedoslýchavostí, takže musíme svou mluvu přizpůsobit situaci a více se soustředit na celý komunikační proces. To vyžaduje hlasitější projev, tvorbu kratších vět, pečlivou artikulaci a oční kontakt. Pokud dojde k úplné ztrátě sluchu, stává se vhodnou kompenzační pomůckou naslouchátko. Starý člověk také celkově pomaleji komunikuje, což je často způsobeno únavou. V tomto případě je na nás, abychom se přizpůsobili jeho rytmu. (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 84)

Při komunikaci se starším člověkem dbáme také na správnou vzájemnou vzdálenost. Příliš velký odstup může způsobit, že nás jedinec neslyší a ani po opětovném zopakování věty nedochází z jeho strany k porozumění. Pokud jsme naopak v seniorově těsné blízkosti, působíme příliš ustaraným a ochranným dojmem, což v něm může rovněž vyvolat nepříjemné pocity. (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 85)

Lidé, kteří navštěvují seniorajsovu často v dominantní pozici. První navazují rozhovor, pokládají různé dotazy, zakazují, utěšují, ale velmi často mu opravdu nenaslouchají. (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 86)

Mezi další prostředky komunikace patří prosté a jednoduché mlčení. Často tím člověk vyjádří více než slovy a může druhému poskytnout oporu jen svou přítomností. Pouhý pohled může také vyjádřit více než slova a často bývá i pravdivější. Hmat může být dalším prostředkem komunikace, vhodný fyzický dotyk umí vyjádřit blízkost, uklidnit, ubezpečit, vyjádřit lásku. (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 88)

Během komunikace se starým člověkem si mnoho lidí ani neuvědomuje, co vše může z našeho projevu na jedince zapůsobit. Při realizaci výtvarných kurzů jsem se snažila o co nejefektivnější komunikaci - adekvátní hlasitost, oční kontakt, letmý povzbudivý dotyk. Při rozhovoru jsem si často usedala k nim, abych nepůsobila příliš nadřazeným dojmem. Mým cílem bylo jednat s klienty jiným způsobem než jejich ošetřující personál, s větším zájmem a vstřícností. **Příjemné prostředí dokáže vytvořit takové podmínky, ve kterých se člověku lépe přemýšlí a tvoří.**



## 2 Senioři a výtvarná aktivita

I v pokročilém věku vyhledává celá řada seniorů možnost být výtvarně aktivní. Někteří stárnoucí jedinci netouží výtvarně tvořit, ale jsou zase manuálně zruční, proto i oni mohou ve výtvarných činnostech najít pro své schopnosti využití. Důležité je se seniory jednat jako s dospělými, nevnucovat jim svůj vkus a nechat je utvořit si na dílo vlastní názor. Velkou motivací k činnosti je u této věkové skupiny praktická využitelnost. Velmi potěšující je, pokud výrobek může dále sloužit, ať už k praktickým nebo dekorativním účelům. Vhodné období pro tvoření jsou Vánoce nebo Velikonoce, kdy je motivace pro tvorbu snazší. Výtvarné aktivity by měly mít charakter zájmové činnosti, jelikož ne každý senior se v minulosti výtvarnými činnostmi zabýval. Vhodné je také zařazovat činnosti, jež zapojí každého člena. Jedinci spolu komunikují, spolupracují a výsledkem je společné dílo, které přináší radost všem. (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013, s. 131)

Klienti LDN Privamed mají příležitost výtvarně i manuálně tvořit na lekcích ergoterapie, které jsou pro ně pravidelně pořádány. Řada seniorů tuto možnost využívá, což dokazuje, že i v pokročilém věku si přeje člověk zůstat aktivním a produktivním.

V následujících podkapitolách se zaměřím na kreativitu ve stáří a na specifika seniorského výtvarného projevu.

### 2.1 Kreativita ve stáří

Tvořivost dle statistik klesá již od střední dospělosti. Člověk v oblasti tvořivosti dosahuje největšího vrcholu mezi 25. a 40. rokem, poté dochází k poklesu produktivity. Tyto statistické údaje jsou však velmi zavádějící vzhledem k pozoruhodným výkonům některých stárnoucích lidí. Například Michelangelo zemřel v nedožitých devadesáti letech a ještě krátce před smrtí pracoval na Pietě, Hobbes psal až do 91 let, Sofokles psal Oidipa jako osmdesátiletý. Neexistuje tedy žádná hranice, která by omezovala schopnost člověka kreativně tvořit. Člověk zůstává tvořivým po celý život, nehledě na svůj věk. Rozhodujícími faktory jsou spíše nadšení pro věc, motivace a vytrvalost. Řada lidí i v pozdním věku studuje nebo se učí pracovat na počítači. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 206-207)

*„Ve stáří se mění charakter umělecké i vědecké produkce pozdního období, časté jsou i některé korekce předchozích názorů, uplatňuje se iniciační přínos pro mladší spolupracovníky, odhad dalšího rozvoje oboru a jeho priorit, schopnost integrace dílčích*

*poznatků do širších souvislostí a koncepcí.*“ (Mühlpachr, 2004, s. 134)

Tvorbu jedince vyššího věku ohrožuje únava, úbytek novátorství a nedostatečnost technických dovedností. Výhodou staršího člověka je jistota v zaběhlých situacích, kdy organismus jedince nemusí vynakládat takovou energii, jelikož čerpá ze zkušeností. Myšlenkové pochody jsou v tomto případě plynulé a jisté. Tvořivost člověka je ovlivňována např. zdravotním stavem, sociálními podmínkami, vývojem osobnosti. *„Při uplatňování kreativních schopností a zkušeností se stejně jako v mladším věku spolupodílejí i další faktory jako sociální inteligence, altruismus, morálně volní vlastnosti atd.*“ (Mühlpachr, 2004, s. 134)

V praxi jsem si ověřila, že na schopnosti kreativně tvořit, se velmi podílí psychický stav člověka. Nejlépe to lze demonstrovat na případě jedné z našich klientek. Pokud nebyla paní Jana v dobrém psychickém rozpoložení, projevovала velkou nechuť kreativně tvořit. Činnosti, u kterých musela například vymýšlet kompozici, komentovala výroky, že by raději jen něco obkreslovala, aby nemusela přemýšlet.

## 2.2 Výtvarný projev ve stáří

V následující kapitole se kromě jiného zabývám také konkrétními technikami vhodnými pro jednotlivé druhy zdravotních omezení u seniorů. Některé níže uvedené techniky a náměty na činnosti byly použity i při našich kurzech a jsou přiblíženy v praktické části mé práce.

Výtvarná činnost je jednou z možností skupinové terapie, její výsledky lze využít k diagnostickým účelům a analyzovat je. Prostřednictvím kreseb lze mnohdy odhalit různá psychická onemocnění, např. depresi. Skupině však musí umění hlavně přinášet radost a zábavu. Zdrojem této radosti by měla být nejen samotná tvorba, ale i vzájemná komunikace a oceňování ostatních. Pocit, že jsem vytvořil něco sám, něco, co ostatní vysoce hodnotí a uznávají, zvyšuje pocit sebedůvěry a vlastní užitečnosti. (Walsh, 2005, s. 130)

Výtvarnými činnostmi můžeme trénovat orientaci v realitě a to formou koláží, které lze neustále obměňovat. Koláže jsou velmi dobrou aktivitou pro pacienty trpící demencí.

Dalším námětem a zároveň také drobným připomenutím se může stát aktuální roční období, zde lze pracovat jemu odpovídajícími technikami. Důležité je, aby lektor své svěřence nezesměšňoval, nefrustraval a nekladl na ně nepřiměřené nároky. Velmi efektivní je také retrospektivní pohled na díla, poskytuje totiž seniorům zpětnou vazbu. Užitečné je si uvědomit, že ne každý je z výtvarné činnosti nadšený. Nikdo by tedy neměl být do výtvarné činnosti nucen. Pokud jsou senioři ochotní výtvarně tvořit, je to dobrý krok k procvičení jejich kognitivních, pohybových i smyslových dovedností. (Walsh, 2005, s. 130-131)

U jedinců trpících kognitivní poruchou je vhodné vybírat aktivity jednoduché na provedení a nenáročné na kreativitu. Ideální je, pokud senior vidí hotový výrobek a může si tak lépe uvědomit, jaké kroky musí podniknout, aby se k výsledku také dopracoval. V případě, že pracujeme s lidmi s poruchou krátkodobé paměti, rozdělujeme činnosti do několika fází a postupujeme v jednotlivých krocích. U pacientů s kognitivní poruchou je také efektivní rozdělení do skupin. Jedna skupina pod vedením lektora pracuje, druhá ji sleduje (rovněž vede ke stimulaci) a následně se skupiny vystřídají. Při práci je nutné dbát na bezpečnost, tzn. vyhnout se ostrým předmětům a jiným nebezpečným nástrojům. Pacienti trpící demencí pocítují také často potřebu orální stimulace, a tak může dojít ke kontaktu výtvarného materiálu s ústy, což musíme mít rovněž na paměti. (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013, s. 132)

S kolegyní jsme na úplný závěr našeho kurzu zařadily práci s hmotou (těstem), jež svou strukturou připomínalo hlínu. Šicková (2000) poukazuje na velký diagnostický přínos práce s hlínou. Klienti jsou často tímto materiálem fascinováni a experimentují s ním. Úkolem arteterapeuta je demonstrovat možnosti práce s touto hmotou, ideální je začínat s jednoduchými tvary a postupně tvořit konkrétní objekty. (Šicková in Slavík, 2000, s. 117). Práce s těstem měla u našich klientů skutečně velký úspěch, tento materiál nezanechával takovou barevnou stopu jako hlína, takže se zúčastnění nemuseli obávat zašpinění a více si tvorbu užít.

Výtvarná činnost může být tedy velmi cenným diagnostickým nástrojem, především je ale příležitostí ke zlepšení psychomotorických funkcí jedince a zdrojem jeho radosti a zábavy. (Walsh, 2005, s. 130-131)

Zda je výtvarná činnost opravdu přínosná pro zlepšení psychomotorických funkcí člověka jsem se snažila ověřit v praktické části mé práce. K analýze mi posloužily výstupy z výtvarného projevu jednotlivce, které jsem použila do návrhu své diagnostiky. Téma diagnostiky rozvinu v nadcházející kapitole.

### 3 Diagnostika

Psychodiagnostika je aplikovanou vědní disciplínou, která zjišťuje a měří duševní stavy, vlastnosti, případně další charakteristiky jedince. Je v těsném vztahu s diferenciální psychologií a s psychologií osobnosti. Účelem diagnostické činnosti je stanovit diagnózu (psychický stav sledovaného) dle konkrétního cíle. Ten může být následující: „1. *určení stupně vývoje*, 2. *zjištění příčin odchýlného vývoje od věkové normy*, 3. *zjištění individuálních zvláštností osobnosti*, 4. *zjištění podstaty, podmínek a příčin individuálních rozdílů*, 5. *prognóza nebo predikce*.“ (Svoboda, 2010, s. 11)

Diagnostická činnost je proces, v němž se od metody dostáváme k reakcím (tvořeno pozorování a měřením), od reakcí k vlastnostem individua, nebo k celkovému chování (vyplývá z interpretace a hodnocení). V psychologii je úkolem diagnostiky hlavně určování odchylek od normy a zjišťování úrovně individuálních abnormalit u jedince z hlediska statistiky i vývoje. Vytváření diagnózy je složitý proces, zahrnující získávání informací, analýzu a interpretaci dat. (Svoboda, 2010, s. 11)

Diagnózu lze rozdělit na diagnózu symptomatologickou, syndromatologickou, patofyzickou, etiologickou, patogenetickou, diferenciální a multidimenzionální. Dále můžeme také mluvit o diagnóze statické a dynamické. První jmenovaná popisuje status, druhá postihuje jevy ve vztazích a ve vývoji. (Svoboda, 2010, s. 11)

Psychodiagnostická metoda je široký pojem a v nejobecnější rovině za ni můžeme považovat každý postup, který vede k získání poznatků o jedinci (k získání psychologické diagnózy). Tato metoda v sobě zahrnuje soubor podnětů, které slouží k vyvolání chování u zkoumaného jedince. Záměrně vyvolané chování nám po přesném měření poukáže na psychické zvláštnosti v osobnosti zkoumané osoby. (Svoboda, 2010, s. 12)

Postupy, vedoucí k dosažení společného cíle diagnostiky, rozdělujeme na klinické a testové. Klinické metody nemají tak přísná pravidla, jsou pružné, s absencí statistického základu a lze je obměňovat. Testové metody využívají standardizovaný postup vyšetření, využíváme stejný podnět a stejné podmínky. Odpovědi jsou v tomto případě registrovány přesně stanoveným způsobem a jednotně vyhodnocovány. (Svoboda, 2010, s. 12)

V rámci návrhu své diagnostiky výtvarných činností jsem využívala metody klinické, konkrétně pozorování a analýzu výkonů a výtvorů. Jelikož jsem svou diagnostiku založila na popisu jevů ve vztazích a vývoji, lze ji označit za diagnostiku dynamickou.

## 4 Možnosti psychoterapie ve stáří

*„Psychoterapie je léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii nejrůznějšími psychologickými prostředky: slovem, mimikou, rozhovorem, učením, sugescí, hypnózou, uměním, hudbou. Jejím principem je záměrné a cílevědomé nefarmakologické působení na pacienta a formování kvalitního léčebného a nosného vztahu mezi lékařem a nemocným.“ (Kalvach et al., 2004, s. 433)*

V souvislosti s psychoterapií ve stáří se objevilo mnoho pochybností o tom, zda je vůbec účinná. Vzniklo mnoho mýtů týkající se tohoto tématu, uvedu alespoň některé z nich:

- staří lidé jsou nepřístupní psychoterapii
- psychoterapie má svůj věkový limit
- senioři nejsou schopni měnit své postoje
- práce se seniory je zbytečná

Při práci se seniory vznikají některá reálná omezení - starý člověk pomaleji chápe, hůře slyší, je méně flexibilní. Potíže může způsobit i nedostatečná hybnost nebo zhoršující se paměť. Terapeut tedy musí všechna tato úskalí stáří brát v úvahu a přizpůsobit se jim. S častějším výskytem duševních poruch ve stáří nastupují spíše neverbální metody - terapie pohybem, hudbou, společenskými zábavami aj. (Kalvach et al., 2004, s. 434-435)

Dle Vymětala (2003) funguje psychoterapie jako primární, sekundární i terciální prevence v oblasti zdraví a je používána v různých intenzitách a formách. Psychoterapie je tedy pomocníkem při léčbě, prevenci i rehabilitaci zdravotních potíží. O klienta je pečováno soustavně a systematicky a tuto péči poskytují odborně kvalifikovaní pracovníci. (Pelcák, 2005-6)

V zařízení, ve kterém probíhal náš výtvarný kurz, je prováděna terciální forma prevence - rehabilitace. Klienti se s pomocí zdejších pracovníků snaží o odstranění zdravotních potíží nebo alespoň zmírnění jejich dopadu na jedincovu schopnost provádět každodenní úkony. Součástí každé anamnézy je pak informace o tom, zda se klient zúčastňuje rehabilitací, a jakých pokroků dosahuje. Tyto informace nám byly poskytnuty, lze je nalézt v příloze *-Kazuistiky pacientů*).

Psychoterapeutická rovina rehabilitace se pak zabývá tím, jak klient vnímá sám sebe, svůj zdravotní stav a jeho následky. Psychoterapie a komplexní rehabilitace jsou

spolu úzce spjaty, na úspěšnost rehabilitace má psychoterapie velký vliv. (Pelcák, 2005-6)

V následujícím textu se zaměřím na arteterapii a ergoterapii, které souvisejí s praktickou částí mé práce.

#### 4.1 Ergoterapie

Pojem ergoterapie je složením dvou slov pocházejících z řečtiny - *ergon* (práce) a *therapia* (terapie, léčení). Výraz ergoterapie je často chybně zaměňován s pojmem pracovní rehabilitace, což je ovšem pojmenování přípravy na určitý druh povolání odpovídající možnostem klienta. Ergoterapie umožňuje pacientům návrat k činnostem, které sami považují za důležité a smysluplné, navzdory jejich postižení. Jedná se o činnosti, které člověk provádí každý den, a díky kterým je stále součástí okruhu své rodiny a nejbližšího okolí. Možnost provádět každodenní činnosti je velmi důležitá, jelikož pocity z ní vyplývající přispívají k celkovému zdraví a životní pohodě člověka., *V ergoterapii se všechna tato zaměstnávání (činnosti) nazývají odborným termínem oblasti výkonu zaměstnávání a obvykle se dělí do tří velkých skupin: 1. všední denní činnosti, 2. práce a produktivní činnosti, 3. hra a volný čas.*“ (Krivošíková, 2011, s. 13)

Ergoterapie může fungovat individuálně či skupinově, poskytuje ale i konzultace nebo je přítomna jako preventivní opatření v různých zdravotnických zařízeních. Náplní práce ergoterapeuta je využívat k léčbě klientovy nemoci činnost (specifické zaměstnání), které ho udrží činným a vyplní tím jeho volný čas a prostor. *„Jedinečným charakterem ergoterapie, který ho odlišuje od ostatních profesí, je studium a uplatnění smysluplného zaměstnávání nebo činnosti, kterých se jedinec ve svém životě účastní.*“ (Krivošíková, 2011, s. 14)

Pfeiffer (1997) rozlišuje pět hlavních oblastí ergoterapie podle cíle, na který je činnost zaměřena:

1. *Ergoterapie zaměřená na nácvik všedních denních činností* - např. osobní hygieny, koupání, oblékání, použití WC, stravování apod.
2. *Ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností* - zde je hlavním cílem znovuzачlenění jedince do pracovního procesu, usnadnění tohoto návratu, případně hledání jiné alternativy pracovního uplatnění.
3. *Ergoterapie zaměstnáváním* - účelem je udržení dobré fyzické i duševní kondice a směřování pozornosti jinam než na nemoc a postižení jedince.
4. *Ergoterapie funkční* - cílem je procvičení postižené oblasti, která je předem definovaná.

5. *Ergoterapie zaměřená na poradenství* - poskytuje radu a pomoc klientovi a jeho blízkým v nastalé nepříznivé situaci. (Krivošíková, 2011, s. 23-28)

Hlavní cíle ergoterapie jsou dle Reedové a Sandersonové (1983) následující:

1. *„Zhodnotit chování a působení jedince v oblastech výkonu zaměstnávání a v jednotlivých složkách výkonu zaměstnávání (např. senzomotorických, kognitivních nebo psychosociálních).*
2. *Maximálně rozvíjet a podporovat zdraví každého jedince a vycházet přitom jednak z jeho vlastních potřeb a dále z požadavků jeho nejbližšího okolí.*
3. *Rozvíjet, zlepšovat, podporovat nebo udržet normální funkční výkon jedince v průběhu celého jeho života.*
4. *Zabránit vzniku dysfunkce, napravovat nebo minimalizovat jeho dysfunkční výkon v průběhu celého jeho života.“* (Krivošíková, 2011, s. 19)

Ergoterapii zmiňují ve své práci hlavně proto, že má podobný cíl jako náš projekt - zlepšení psychomotorických funkcí jedince nebo jejich udržení na stávající úrovni. Jedná se rovněž o činnost praktickou, která zároveň vyplňuje volný čas zúčastněných a umožňuje jim udržovat sociální kontakt. Ergoterapie má s arteterapií mnoho společného, rozdíl je však v tom, *„že v prvoprocesové arteterapii se neustále sleduje proces vlivu činnosti na psychiku. – tj. jde primárně (pokud se nejedná o čistou skupinovou arteterapii) o subjektivní prožívání jedince. V ergoterapii se zase sledujete vliv na sociální vztahy, schopnost zařadit jedince do pracovního procesu a rozvoj jemné motoriky.“* (Grimová, 2013, s. 20)

## 4.2 Arteterapie

*„Arteterapie v širším smyslu znamená léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. Arteterapie v užším slova smyslu znamená léčbu výtvarným uměním.“* (Šicková - Fabrici, 2002, s. 30)

Arteterapii lze členit na arteterapii receptivní a produktivní. První ze zmíněných zprostředkovává klientovi dojem z díla, nedochází k jeho přímému zapojení do procesu tvorby. Divák může prostřednictvím vybraného díla lépe poznat vlastní nitro nebo pocity druhých. Příkladem mohou být návštěvy různých výstav, galerií, videoprojekcí apod. Produktivní arteterapií rozumíme zapojení klienta nebo klientů do procesu tvorby, při které dochází k výtvarnému vyjádření (pomocí malby, kresby, modelování atd.). (Šicková -

Fabrici, 2002, s. 30).

Dále lze arteterapii rozdělit na tři směry - *prvoprocsová arteterapie (terapie uměním, art for therapy)*, *druhoprocesová arteterapie (art psychoterapie)* a *integrativní arteterapie (eklektická, systémová arteterapie)*. Dále se budu blíže věnovat arteterapii prvoprocsové, na jejímž principu byly naše kurzy organizovány. (Komzáková in Jedlička et al., 2005, s. 264)

V prvoprocsové arteterapii je nejdůležitější proces tvorby, který má již sám o sobě léčivý efekt. Proces tvorby je zde nejvýznamnější, komunikace mezi klientem a jeho terapeutem je druhotná a týká se hlavně realizace procesu tvorby. Právě omezením verbální složky se prvoprocsová arteterapie odlišuje od arteterapie druhoprocesové, kde je součástí také verbální reflexe. (Komzáková in Jedlička et al., 2005, s. 264)

Naše výtvarná setkání v sobě nesou více znaků prvoprocsové arteterapie - klienti docházeli na kurzy s cílem výtvarně tvořit, my samy jsme pro ně byly spíše lektorkami. Výtvarná díla nám sice klienti vždy po skončení kurzu okomentovali, jednalo se však spíše o informace týkající se náročnosti (viz příloha - *Reflexe z jednotlivých setkání*).

Arteterapii lze provádět individuálně i skupinově. Do skupinové arteterapie řadíme i rodinnou arteterapii a arteterapii partnerského vztahu. (Šicková-Fabrici, 2002, s. 43) Naše výtvarná setkání měla formu skupinovou, tudíž se jí budu v následující podkapitole blíže věnovat.

#### 4.2.1 Skupinová arteterapie

Forma této arteterapie klade vysoké nároky na samotného terapeuta. Liebmanová (1984) definuje její výhody:

- sociální učení je účinnější a má rychlejší průběh,
- podobné problémy členů mohou být společně diskutovány a posilovat tak pocit jejich sounáležitosti,
- poznatky všech členů skupiny jsou použitelné i pro samotného jedince,
- dochází k rozdělení moci i odpovědnosti, čímž je docíleno větší demokratičnosti,
- je vhodnější pro jedince, jemuž nevyhovuje intenzita individuální arteterapie,
- je více ekonomická, jelikož ve shodnou dobu vypomůže více osobám.

Jednou z výhod skupinové arteterapie je také dle Horňákové (1999) možnost zařazovat zajímavější a dynamičtější aktivity. Skupinová arteterapie má také sjednocující



účinek, díky kooperaci pomáhá stmelovat skupinu a vytvářet přátelské vztahy. Tato forma arteterapie má však také řadu nevýhod, mezi něž patří např. ohrožení diskrétnosti, organizační nedostatky, větší nároky na terapeuta, méně času na jednotlivce nebo nálepkování skupiny. (Šicková-Fabrici, 2002, s. 43-44)

Při práci s klienty jsem si všimla opravdu stmelujícího účinku skupinové formy setkávání. Jedinci jsou na pokojích často sami nebo sdílí pokoj s jiným klientem neschopným komunikace. Možnost alespoň jednou týdně být součástí skupiny, podělit se o zážitky, sdílet prožitky z tvorby s ostatními, má velmi pozitivní dopad na psychiku klienta. Tyto informace jsem získala z rozhovoru se samotnými účastníky, kteří vnímali toto vytržení ze stereotypu velmi kladně.

Aby mohla být práce ve skupině co nejefektivnější, je potřeba si stanovit optimální počet členů skupiny. Liebmanová (2005) uvádí počet 6 až 12 členů, s možným navýšením. (Liebmann, 2005, s. 22)

#### 4.2.2 Arteterapie a psychosomatika

V této podkapitole bych se ráda věnovala vztahu arteterapie - psychosomatika. Díky arteterapii lze ovlivňovat lidskou psychiku a dosáhnout tak pozitivních změn v oblasti psychosomatických onemocnění. Arteterapie je velmi silným pomocníkem při léčbě zdravotních problémů, což dokazuje i její zařazení do programu různých zdravotnických zařízení, o kterých se v této kapitole rovněž zmíním.

*„Přístup art for therapy je založen na premise, že reálná výtvarná činnost s konkrétními výtvarnými médii a technikami (kresba, malba, modelování, nová vizuální média - tj. fotografie, film, počítačová grafika, animace) má celostní účinek, který ovlivňuje psychické (kognitivní a afektivní) procesy v člověku a má přímé dopady na stav a funkce jeho těla.“* (Komzáková in Jedlička et al., 2015, s. 271). Jak je uvedeno v citaci, výtvarná činnost tedy působí na psychický i fyzický stav jedince. Aby byla terapie co nejefektivnější, musíme brát v úvahu případné psychické obtíže klienta i hranice jeho tělesných schopností. V souvislosti s těmito znalostmi, můžeme určit nejvhodnější výtvarné techniky, jimiž lze u klienta dosáhnout terapeutického účinku. (Komzáková in Jedlička et al., 2015, s. 271-272)

*„Shodných psychosomatických účinků lze dosáhnout různými výtvarnými technikami. A je zde podstatné umět dobře diagnostikovat autorovy (klientovy) výtvarné a estetické preference, které podmiňují, jaká technika mu bude vyhovovat. Existují základní*

*rozlišovací typologie výtvarných tvůrčích preferencí - malířský, kresebný, haptický (prostorový) a smíšený.*“ (Komzáková in Jedlička et al., 2015, s. 272)

Při volbě výtvarných technik pro naše klienty jsme se s kolegyní soustředily spíše na stupeň náročnosti techniky. Jelikož jsme pracovaly neustále se obměňující skupinou, přistupovaly jsme tak i k výběru technik, které byly různorodé (malba, kresba, prostorová tvorba aj.). Vzhledem k cílové skupině, se kterou jsme pracovaly, pro nás byl nejdůležitější právě ukazatel náročnosti. Naším záměrem bylo, aby byla technika pro klienta zvládnutelná a aby se tvůrci podařilo dílo dokončit. Díky správné indikaci výtvarné techniky, s ohledem na preference klienta, lze dosáhnout pozitivních výsledků v podobě uspokojení z tvorby a ochoty dále v terapii spolupracovat. Arteterapeut by si tedy měl být při práci s klientem schopen odpovědět na dvě důležité otázky: 1. Je klient schopen vzhledem ke svým možnostem a dispozicím tuto výtvarnou techniku zvládnout? 2. Jak tyto činnosti ovlivní jeho psychosomatický stav? (Komzáková in Jedlička et al., 2015, s. 272)

Důkazem provázanosti psychosomatiky a arteterapie je i zařazování tohoto druhu terapie do programu různých zdravotnických institucí. Příkladem může být Psychosomatická klinika na Praze 6, kde je arteterapie poskytována v rámci programů Denního stacionáře (bez nutnosti hospitalizace) a Seberozvoje výtvarnou expresí.<sup>1</sup>

#### 4.2.3 Má role v projektu

Jelikož jsme výtvarné kurzy pro klienty LDN Privamed organizovaly společně s kolegyní, lze říci, že jsem byla v pozici spoluedoucího skupiny. Společně s D. Stankovou jsme konzultovaly přípravu výtvarných technik a hodnotily proběhnuvší lekce. V případě potřeby jsem asistovala seniorům při tvorbě, případně doplňovala některé informace k výtvarným technikám. Rolí hlavního mluvčího a organizátora hodiny zajistila má kolegyně, tudíž jsem se mohla podrobně věnovat pozorování. V možnosti pracovat ve dvojici spatřuji velké pozitivum. Tím, že jsme si dopředu stanovily své výzkumné záměry a rozdělily role, jsme zefektivnily svou práci a výsledky jsou, dle mého názoru, průkaznější.

Mým úkolem během kurzu bylo především pozorování klientů při činnosti, záznam sledovaných údajů a následná analýza jejich prací. Výtvary jsem vždy po skončení lekce popsala (jméno klienta/datum/čas/technika) a následně vyfotografovala. Tyto práce jsem později podrobila analýze, na jejímž základě jsem sestavila svou diagnostiku (viz praktická

---

<sup>1</sup>(<https://psychosomatika.cz/clanek/arteterapie>)

část *Kapitola 9 - Návrh diagnostiky*).

Cílem prvoprocsovú arteterapie je zvládnutí techniky, potřebné k zajištění terapeutického účinku. Jedinec musí být schopen činnost zvládnout. (Komzáková in Jedlička, 2005, s. 272) Náročnost techniky a její zvládnutelnost byla nejčastějším tématem naší diskuse. Často jsme si představovaly nejméně zdatného člena skupiny a pokládaly si otázku: „Je tato činnost pro klientku zvládnutelná?“ V možnosti podrobit návrh okamžité konfrontaci, vidím další pozitivum spolupráce na takto složitém projektu.

#### 4.2.4 Vedoucí skupiny / Arteterapeut

Jelikož jsem během realizace našeho výzkumu působila jako „spoluvedoucí“ skupiny a v žádném případě se nemohu považovat za arteterapeuta, uvedu nyní jen pro srovnání, jaké jsou povinnosti arteterapeuta, a v jakých oblastech vědy musí být orientován.

Arteterapeut čerpá ze znalostí z psychologie, medicíny, pedagogiky i antropologie. Tato profese vyžaduje rovněž orientaci jak v oblasti umění (arte), tak v oblasti terapie. Součástí je také supervize a zážitkový výcvik, který by měl zkušený arteterapeut absolvovat. (Šicková-Fabrice, 2002, s. 58)

Arteterapeut by měl být orientován jak v psychoterapii, tak ve výtvarné oblasti, přičemž poměr mezi psychoterapií a výtvarnou znalostí není zatím definován. Další otázkou je stanovení míry náročnosti kladené na arteterapeuta pracujícího samostatně a na arteterapeuta, jež je součástí týmu. „*Nároky na samostatného arteterapeuta by měly být přirozeně vyšší a mimo to by měl mít příležitost k pravidelné supervizi, což je však bolestí celé české psychoterapeutické scény.*“ (Koblicová in Slavík, 2000, s. 24)

Vedoucí skupiny by měl být vyrovnanou osobností, měl by znát postupy, kterými lze dosáhnout co nejefektivnějšího výtvarného procesu. Zároveň by si měl od tohoto procesu udržovat určitý distanc a v případě potřeby do něj vhodně zasáhnout. Aby bylo těchto cílů dosaženo, je vhodné se před a po sezení věnovat krátké meditaci, konzultovat svou práci s jiným vedoucím a v neposlední řadě naslouchat svým klientům. Odborné znalosti si lze rozšířit ve speciálních kursech, věnujících se arteterapii. (Campbell, 1998, s. 31)

Jako spoluvedoucí skupiny jsem se snažila především získat zpětnou vazbu od klientů. Po každém našem sezení následovala reflexe, během níž jsme se od zúčastněných snažily s kolegyní dozvědět, jak setkání vnímali, co jim dělalo největší potíže, co pro ně

bylo naopak snadné (viz přílohy - *Reflexe z jednotlivých setkání*). Tyto informace pro nás byly velmi cenné a v závislosti na nich jsme volily další postup. Svou práci jsme konzultovaly mezi sebou, s paní ergoterapeutkou a samozřejmě s vedoucí diplomové práce.

#### 4.2.5 Cíle arteterapie u seniorů

Vzhledem k charakteru skupiny, se kterou jsem pracovala, se nyní soustředím na cíle arteterapie u seniorů. Arteterapie zde pomáhá procvičit jemnou motoriku, krátkodobou paměť, bojuje proti pocitu méněcennosti. Zároveň usnadňuje adaptaci na nově nastalou životní situaci a na změny spojené s pokročilým věkem. „*Hlavní strategie arteterapie se seniory jsou v práci s klientem v jeho momentálním aktuálním problému, práce s technikami, které odpovídají věku klienta, a hlavně posílení smyslu pro důstojnost. Arteterapie se seniory se snaží aktivizovat zbytky jejich vitality, flexibility, stimulovat jejich kreativitu.*“ (Šicková-Fabrici, 2002, s. 65-67)

Výše zmíněné cíle arteterapie se shodují i s cíli, které jsme si s kolegyní Danou kladly my. Soustředily jsme se na procvičení jemné motoriky a svalů celé horní končetiny. Výtvarné techniky jsme volily tak, aby došlo k co největšímu zapojení svalů celé ruky, abychom zapojily zápěstí a "natrénovaly" špetkový úchop. Udržení horních končetin v "dobré kondici" přispívá k zachování soběstačnosti a sebeobsluhy, která má u seniorů velkou důležitost. Použité techniky se také zaměřovaly na orientaci v prostoru a krátkodobou paměť (např. vybarvování mandal, viz praktická část *Kapitola 8 - Seznam aktivit a jejich psychomotorická náročnost*). Některé námi navržené techniky kladly vyšší nároky na kreativitu jedince. Snažily jsme se, aby výsledky těchto aktivit vypovídaly více o osobnosti a schopnostech klienta (jakou zvolí kompozici, barvy, jak se vypořádá s materiálem apod.). V neposlední řadě bylo naším cílem navození příjemné atmosféry a poskytnutí možnosti zažít úspěch, cítit se důležitým. Vyvolání těchto příjemných pocitů bylo klíčové pro získání klienta a pro další vzájemnou spolupráci. Klienty jsme se snažily často motivovat pochvalami a uznáním, rozptylovaly jsme jejich obavy z vlastní neschopnosti.

Výtvarná setkání, která jsme pro seniory organizovaly, nelze nazvat přímo arteterapií. Byly jsme spíše v roli lektora než terapeuta, jelikož pro vykonávání terapeutické činnosti nemáme potřebné vzdělání ani zkušenosti. Naší snahou však bylo se tomuto modelu přiblížit a díky kurzům na principu art-therapy se pokusit o zodpovězení některých výzkumných otázek (viz praktická část *Kapitola 5 - Cíle projektu*). Ve své

praktické části jsme se soustředila hlavně na možnost zlepšení psychomotorické činnosti a pozornosti u seniorů. **Na základě mnou navrženého modelu diagnostiky se pokusím určit, zda lze dosáhnout výše zmíněných cílů - zlepšení v oblasti psychomotoriky a pozornosti.**

Tímto uzavírám svou teoretickou část, jejíž kapitoly mi poskytly základy pro zpracování části praktické. V té se věnuji návrhu diagnostiky pro detekci změn psychomotorických a kognitivních funkcí seniorů s využitím jednotlivých výtvarných technik.

## Praktická část

### 5 Cíle projektu

Projekt byl založen na realizaci výtvarných aktivit s klienty LDN Privamed v Plzni. Výtvarné kurzy byly pro zájemce pořádány v období červen až říjen 2015. Mým úkolem bylo sledování seniorů při konkrétních výtvarných činnostech a podrobný záznam sledovaných kategorií. Zaměřila jsem se konkrétně na motorickou činnost a pozornost. V oblasti motoriky jsem prováděla záznamy týkající se úchopu, pohybu zápěstí, pohybu celé ruky - toto bylo předmětem mého pozorování během probíhajícího kurzu. Po dokončení výtvarů jsem se zaměřila ještě na míru přetahu a na přítlak - toto bylo možné vypočítat z hotových výkresů, tedy ex post. V oblasti pozornosti jsem prováděla záznamy týkající se stálosti pozornosti, návratu do procesu tvorby a schopnosti dílo dokončit. Tyto kategorie jsem si vybrala záměrně, jelikož jsou snáze pozorovatelné a výsledky z nich se lépe vyhodnocují. Mým původním záměrem bylo také sledování paměťových a řečových schopností, ale žádný z klientů netrpěl výraznějšími poruchami v těchto oblastech, tudíž jsem je do diagnostiky nezahrnula. Výsledné záznamy z kurzů mi posloužily k návrhu diagnostiky, kterému se blíže věnuji v *Kapitole 9 - Návrh diagnostiky*.

Cílem diagnostiky je tedy zmapování a popis vybraných psychomotorických funkcí, které jsou sledovány při konkrétních výtvarných činnostech. Tyto výtvarné aktivity byly voleny tak, aby byly pro klienta zvládnutelné a zároveň docházelo k postupnému zvyšování jejich náročnosti (více o technikách a jejich náročnosti v *Kapitole 8 -Seznam aktivit a jejich psychomotorická náročnost*).

Během realizace výtvarných činností ve vybraném zařízení jsem se pokusila prokázat, zda je možné analyzovat a nastavit výtvarné činnosti tak, aby u jedinců s různými druhy znevýhodnění mohlo dojít ke zlepšení psychomotorických schopností. Stanovila jsem si proto tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: „Je možné změřit úspěšnost výtvarných činností?“

Výzkumná otázka č. 2: „Lze nastavit výtvarné činnosti tak, aby došlo ke zlepšení psychomotorických funkcí jedince?“

## 6 Popis metody

Během projektu byly využity dvě následující metody - pozorování a analýza výkonů a výtvorů. Tyto metody jsou níže podrobněji popsány a rozebrány.

### 6.1 Pozorování

Pozorování je základní vědecká metoda a lze ji rozdělit na pozorování sebe sama (introspekce) a pozorování druhých (extrospekce). Pozorování druhých lidí je zaměřeno na viditelné chování, ale mnohdy se zabývá i tím, co se děje "pod povrchem" pozorovaného. Metoda pozorování by měla být dopředu kvalitně naplánována a její průběh by měl být systematický. Pozorovatel může směřovat k volnému popisu pozorovaných jevů, nebo se omezit jen na některé druhy chování. Pozorování lze zdokonalit užitím různých technických prostředků, které nám pomohou zachovat pozorovaný jev a případně se k němu vrátit a dále ho zkoumat (např. fotografie, videozáznamy apod.). (Nakonečný, 1998, s. 103)

Já, jako pozorovatel, jsem si dopředu stanovila, co bude klíčové pro mé pozorování. Předmětem mého zájmu byla pohyblivost klientova zápěstí, hybnost celé horní končetiny a úchop nástroje (pastelky, štětce, nůžek apod.). Dále jsem se zaměřila také na klientovu pozornost (stálost, návrat do procesu tvorby, dokončení práce). Během kurzu jsem si samozřejmě všímala i jiných událostí, a rovněž je znamenala pro případ, že bych je později mohla považovat za důležité.

Další dělení pozorování poskytuje např. Ferjenčík (2000), který rozlišuje mezi tzv. molárním a molekulárním přístupem v pozorování. „*Molekulárním přístupem je méněno zaměření na menší části (segmenty) a jejich detailní pozorování a popis. Hlavní výhodou je výsledek spočívající ve velmi detailním popisu určité části pozorovaného fenoménu. Nevýhodou naopak bývá slabší popis kontextu a schopnost pozorovat danou část (segment) v širších souvislostech. Při molárním přístupu se snažíme objekt svého zájmu pozorovat právě v širších souvislostech, mít jakýsi nadhled a schopnost vnímat širší vazby. Nevýhodou však může být, že nám mohou uniknout různé detaily, které někdy mohou mít nezanedbatelný význam.*“ (Miovský, 2006, s. 143)

Při svém pozorování jsem se snažila co nejpodrobněji zaznamenat sledované kategorie (kterým jsem dávala největší důležitost). Zároveň jsem se pokusila vnímat širší kontext, takže jsem do záznamového archu zařadila kategorii *Různé*. Zde byl prostor pro

informace různého druhu (zdravotním stav pacienta, zázpis o jeho aktuální náladě apod.).

Spolehlivost pozorování je různá, záznamy dvou pozorovatelů se mohou značně lišit, přesto, že jsou prováděny odborníky. Pozorování je velmi cennou vědeckou metodou, kterou lze doplňovat i jinými metodami. (Nakonečný, 1998, s. 104)

## 6.2 Analýza výkonů a výtvorů

Dále jsem pozorování doplnila o analýzu výkonů a výtvorů, která probíhala ex post. Jednalo se konkrétně o hodnocení klientova přítlaku a míry přetahu. Výsledky těchto kategorií jsem poté využila k diagnostickým účelům. V tomto případě jsem hodnotila a posuzovala kvalitu výstupu, výsledek nesloužil k analýze klientovy osobnosti.

*„Analýza produktů spočívá v rozboru produktů minulé činnosti zkoumané osoby. Patří sem celá řada rozmanitých a značně se lišících metodických postupů. Jejich společným znakem je, že se zabývají jevy, které vznikly bez diagnostických či výzkumných záměrů. Původce těchto jevů ani činnost, která k nim vedla, nemusí být při rozboru přítomny. Jestliže tyto metodické postupy charakterizujeme souhrnně jako analýzu výkonů a výtvorů, máme na zřeteli dva vzájemně spjaté důvody: 1. činnostní, neboť chápeme výkony a výtvary jako výsledky činnosti, 2. rezultativní, respektive diagnostický, protože klademe důraz na výsledky činnosti.“ (Šnýdrová, 2008, s. 111)*

Analýza výkonů a výsledků činnosti poskytuje mnohdy cenné, jinak nezjistitelné informace o zkoumané osobě. Zdrojem informací mohou být v tomto případě kresby, malby, básně, dopisy, deníky aj. Analýza probíhá vždy ve dvou úrovních - formální a obsahové a najde uplatnění v různých oborech (kriminalistika, psychiatrie apod.), kde pomáhá dotvořit obraz o osobnosti sledovaného jedince. (Šnýdrová, 2008, s. 112)



## 7 Průběh projektu

Realizace projektu probíhala v prostorách městské nemocnice Privamed v Plzni, konkrétně na léčebně dlouhodobě nemocných (LDN). Výzkumné šetření jsem zde absolvovala společně s kolegyní Danou Stankovou, která zde rovněž získávala podklady pro svou diplomovou práci. Společně jsme konzultovaly činnosti, které s klienty uskutečníme, a spolu jsme také organizovaly jednotlivé kurzy. Během našich výtvarných setkání jsem byla spíše v roli pozorovatele a zapisovatele, zatímco Dana se ujala organizace kurzu a v případě potřeby asistovala zúčastněným seniorům.

K dispozici jsme dostaly prostory jídelny, které byly pro naše záměry dostačující. Po celou dobu nám byla velmi nápomocná zdejší paní ergoterapeutka, která klienty informovala o našich kurzech, případně je na naše setkání doprovázela. Zároveň nám poskytla příslušnou dokumentaci, bez které bychom projekt mohly jen těžko uskutečnit.

Projekt byl realizován v období červen až říjen 2015 s frekvencí konání 1x týdně s občasným vynecháním, dle možností paní ergoterapeutky. Kurzy jsme začínaly v 9:00 a končily je cca v 10:30. Nebylo vždy možné začít včas, jelikož většina klientů LDN je značně pohybově omezena a přesun z jiných pater byl pro ně časově náročnější.

Už na samotném začátku našeho projektu jsme si stanovily, že skupinu, se kterou budeme pracovat, necháme otevřenou. Kurzu se tedy mohl zúčastnit kdokoli, nezávisle na tom, zda byl již dříve na kurzu přítomen. Počet účastníků je pro daný záměr významný, jelikož při velkém množství zájemců by nebylo možné všem věnovat dostatečnou pozornost. My samy jsme dopředu nenastavovaly přesný limit pro zájemce o naše kurzy, čekaly jsme, jak se vyvine naše první setkání, kolik klientů projeví zájem. S výběrem účastníků nám také pomáhala paní ergoterapeutka, která již měla přehled o tom, kdo je v tomto ohledu aktivní a mohl by být pravidelným výtvarným aktivitám nakloněn. V prvních pár týdnech jsme se setkávaly s celkem stabilním složením skupiny, kterou tvořily ženy ve věku od 69 do 88 let. Tyto klientky však postupně odcházely buď domů, nebo do jiného sociálního zařízení, takže se naše skupina časem obměnila.

Výtvarné činnosti jsme si s Danou vždy připravovaly s dostatečným časovým předstihem. Bylo celkem obtížné vymyslet aktivity, které by klienty zaujaly a zároveň pro ně byly zvládnutelné - motorické dovednosti členů skupiny byly totiž velmi rozdílné a často se odvíjely od zdravotního stavu klientů (podrobněji viz přílohy – *Kazuistiky pacientů*). Výtvarné aktivity jsme navrhovaly tak, aby je mohl i ten nejméně zdatný

účastník zvládnout. Zároveň jsme navyšovaly náročnost technik, aby mohlo docházet k pokroku a rozvoji klientových schopností.

Má role spočívala v důkladném pozorování klientů při tvorbě, přičemž jsem sledovala jejich motorické dovednosti, schopnost udržení pozornosti, řečové možnosti a případné defekty paměti. K podrobné analýze jsem poté využila záznamy týkající se motoriky a pozornosti. **Tyto poznámky byly mým hlavním zdrojem při sestavování diagnostiky výtvarných schopností a dovedností u seniorů.**

## 8 Seznam aktivit a jejich psychomotorická náročnost

Výtvarné činnosti, které jsme s kolegyní pro klienty navrhovaly, jsme se snažily odstupňovat vzhledem k jejich psychomotorické náročnosti kladené během tvorby na klienta. Začínaly jsme vybarvováním omalovánek, jelikož tuto činnost klienti dobře znají již z lekcí ergoterapie. Naším cílem bylo začít opravdu známou a osvojenou technikou, abychom klienty na úvod příliš nestresovaly. Následovala opět technika vybarvování, tentokrát se však jednalo o vybarvení mandal, které jsou náročnější na orientaci v prostoru. Ke kresbě jsme při dalším setkání přidaly práci s tuší, která byla pro klienty velkou neznámou. Následovala koláž doplněna kresbou, kresba voskovkou doplněna malbou, lepení krepových kuliček do předkresleného tvaru (asambláž) a modelování z těsta. V následujícím textu se budu věnovat jednotlivým technikám z hlediska jejich náročnosti, jelikož určování stupně náročnosti bylo klíčové při sestavování jejich pořadí. Toto pořadí bylo důležité pro průkaznost pokroku v psychomotorické činnosti i pozornosti. **Kvalitně nastavené a dle náročnosti odstupňované výtvarné aktivity totiž umožnily objektivní sledování psychomotorické činnosti a pozornosti a záznam jejich vývoje.**

### 8.1 Kresba / omalovánky pomocí šestibokých pastelek

**Formát:** A5

**Motiv:** zvířata

**Popis aktivity:** Pro klienty LDN Privamed jsme si s Danou připravily vlastní omalovánky s různorodými motivy - slunce, květina, pes, kočka. Motivy jsme volily záměrně odlišné, aby mezi sebou neměli klienti možnost srovnání. Zúčastněným jsme daly vybrat, přičemž nejvíce voleným motivem byl obrázek psa a kočky. Klienti měli k dispozici šestiboké pastelky, se kterými běžně při ergoterapii pracují, takže jsou na ně zvyklí. Výtvarným cílem bylo vybarvení obrázku dle vlastní fantazie s libovolným užitím barev.

**Náročnost:** Tuto aktivitu považujeme za nejlehčí, jelikož ji mají klienti natrénovanou z lekcí ergoterapie. K dispozici mají navíc šestiboké pastelky, které jsou praktičtější na úchop. Při činnosti je zapojována z větší části jedna ruka (která aktivně vybarvuje), doplňkově pak působí druhá (která přidržuje papír). Klient dále hojně pohybuje zápěstím při tazích pastelkou, a při držení pastelky také využívá špetkového úchopu. Aby

nedocházelo k přetahování, musí klient dbát na přesnost svých pohybů a tahů kresebným nástrojem. Zároveň zde využívá přítlak, aby pastelka zanechala dostatečnou barevnou stopu. Při vyplňování linie klient také zapojuje svůj smysl pro orientaci v prostoru, jelikož musí mít přehled o dosud nevybarvených bílých místech. Zároveň prokazuje určitou míru kreativity - sám volí, jak se barevně vypořádá s bílou plochou.

## 8.2 Kresba / omalovánky pomocí šestibokých pastelek

**Formát:** A4

**Motiv:** mandala

**Popis aktivity:** Pro klienty jsme připravily různé druhy mandal vytištěné na formátu A4. Zúčastnění měli k dispozici barevné šestiboké pastelky, výběr jednotlivých mandal jsme nechaly na nich. Cílem aktivity bylo vybarvení obrázku dle vlastní fantazie s libovolným užitím barev.

**Náročnost:** Tato činnost je, na rozdíl od činnosti předešlé, náročnější na schopnost koncentrace. Vybarvení mandaly klade vyšší nároky na kognitivní funkce klienta i na jeho motorické schopnosti. Tato aktivita zároveň vyžaduje abstraktní myšlení a kreativitu. Změna formátu z A4 na A5 je rovněž dalším stupněm co se náročnosti týče. Při činnosti je zapojována opět jedna ruka dominantněji (tvořící), druhá ruka doplňkově (přidržující papír). Dochází k procvičení špetkového úchopu, rotaci zápěstí, zapojení svalů celé horní končetiny při snaze o dostatečný přítlak na pastelku. Zároveň posilujeme schopnosti koncentrace a orientace v prostoru, jelikož mandala je složena ze složitějších a propojenějších tvarů. To nutí klienta nad úkony více uvažovat a zapojovat abstraktní myšlení. Výběr barev opět klade nároky na tvořivost klienta.

## 8.3 Kresba / tuš, pastelky

**Formát:** A3

**Motiv:** pareidolie

**Popis aktivity:** Pomocí nitě namočené v tuši vytvářeli klienti zajímavé obrazce na čtvrtce formátu A3. V tuši namočenou nit umístili v libovolné poloze na jednu polovinu papíru, následně nit druhou polovinou přiklopili a tahem ji vytáhli. Výsledkem byly různé obrazce,

kteřé pak měli klienti za úkol dobarvit podle toho, co jim obrazec připomíná. K dispozici měli opět pastelky.

**Náročnost:** V pořadí třetí aktivita je pro klienty náročná zejména proto, že ji nikdy předtím nedělali. Novým prvkem je také tuš, se kterou běžně nepracují, navíc se jedná o materiál, který přináší riziko ušpinění. Tato činnost je více zaměřena na abstraktní myšlení a kreativitu jelikož musí klient v nově vzniklých tvarech rozpoznávat jemu známé objekty a abstrahovat je ze své paměti. Zároveň dochází ke koordinaci obou rukou a k použití většího přítlaku (při kresbě i při vyvinutí tlaku na čtvrtku, aby došlo k obtisku). Formát papíru se zvětšuje z A4 na A3, klient se tedy musí vypořádat s větší plochou. Díky kresbě dochází k procvičení špetkového úchopu, který je v tomto případě velmi náročný vzhledem k obtížně uchopitelné tenké niti. Procvičujeme také zápěstí a svaly celé horní končetiny (obzvláště při vytahování nitě z přeložené čtvrtky). Při hledání objektů vzniklých za použití tuše zapojuje tvůrce fantazii a představivost. Dotvoření vzniklých tvarů do konkrétních objektů klade vysoké nároky na kreativitu jedince a jeho paměťové schopnosti.

#### 8.4 Koláž doplněna kresbou

**Formát:** A3

**Téma:** Léto

**Popis aktivity:** Pro klienty jsme si připravily koláž na téma Léto, která mohla být (dle jejich uvážení) doplněna o libovolnou kresbu. K dispozici jsme jim daly různé druhy časopisů, ze kterých mohli vybírat letní motivy a vystřihovat je. Tyto motivy následně umisťovali na čtvrtku a doplňovali kresbou.

**Náročnost:** Tato činnost je náročná hlavně z důvodu zapojení nového nástroje, což jsou v tomto případě nůžky. Manipulace s nimi vyžaduje určitou dávku šikovnosti, zvláště při stříhu větších detailů. Aktivita klade vyšší nároky na pohyblivost zápěstí i celé horní končetiny. Dochází také k zapojení prstů - do pohybu dostáváme při stříhu palec a ostatní prsty. Přidávají se také různé druhy úchopu: při objímání madel nůžek využíváme jednotlivé prsty, špetkový úchop užívá tvůrce při držení papíru během stříhu a dlaňový úchop při lepení tubovým lepidlem. Přítlak je zapojen při nanášení lepidla i při samotném lepení, není však tak silově náročný jako přítlak u kresby. Během stříhu musíme sledovat,

zda přesně kopírujeme linii obrazu, je zde tedy kladen nárok na orientaci v prostoru a koncentraci. Tvorba koláže také vyžaduje zapojení fantazie a představivosti, klient je nucen přemýšlet nad výběrem tematických obrázků a nad jejich kompozicí, což rovněž vyžaduje orientaci v prostoru. Součástí této aktivity je i kresba, která je nyní náročnější v tom ohledu, že jedinec již sám tvoří vlastní obrázek. Musí nyní zvládnout konstrukci zvoleného objektu a zároveň tento objekt vhodně umístit do prostoru s ohledem na zadané téma. Vysoké nároky jsou tedy kladeny převážně na představivost a kreativitu.

## 8.5 Malba a kresba (kresba voskovkou doplněna malbou)

**Formát:** A4

**Téma:** Pohádka

**Popis aktivity:** Úkolem klientů byla kresba libovolného motivu na téma "Pohádka". K dispozici měli pouze voskovky, které následně překrývali vodovými barvami. Voskovky byly dvojího druhu - klasické a trojboké. Trojboké voskovky byly lepší na úchop, ale nezanechávaly tak silnou stopu. (Klientům jsme doporučovaly voskovky klasické, ale výběr jsme nechávaly na nich).

**Náročnost:** Tato aktivita je pro klienty ojedinělá tím, že používají voskovky zároveň s vodovými barvami, s čímž se nikdy předtím na ergoterapii nesetkali. Aby byla tato činnost co nejvíce efektivní, musí klienti použít většího přítlaku při kresbě voskovkou. Přítlak při použití akvarelových barev není sice tak silný jako při kresbě, ale dochází k jeho střídání (přítlak při nanášení barvy z vodových barev na štětec s přítlakem při samotné malbě). Držení voskovky i štětce vyžaduje opět špetkový úchop a klienti opět zapojují zápěstí a svaly celé horní končetiny. Účastníci kurzu tvoří dle vlastní fantazie na téma "Pohádka", pracují na vlastní kompozici, tudíž jsou nuceni zapojovat kreativitu a paměť. Práce s novým materiálem (v našem případě s akvarelovými barvami) vyžaduje také zvýšenou pozornost při volbě optimálního množství barvy nabírané na štětec v poměru k množství použité vody. Je zde také větší riziko ušpinění. Náročnost této činnosti spatřuji tedy především v netradičním postupu (účinek spojení voskovek a vodových barev) a v zapojení malby jako nové techniky.

## 8.6 Kresba a dotváření obrázku lepením kuliček z krepového papíru (asambláž)

**Formát:** A5

**Téma:** Podzimní listí

**Popis aktivity:** Úkolem klientů byla kresba listu (přírodniny), kterou následně vyplňovali barevnými kuličkami utvořenými z krepového papíru. K upevnění kuliček na papír jsme používali tuhé lepidlo ve vysouvací tubě.

**Náročnost:**

Tato technika klade nejvyšší nároky na pohybové dovednosti. Klient často pohybuje zápěstím, a to při manipulaci s lepidlem i s kuličkami. Úprava krepového papíru do formy kuličky vyžaduje mnoho úkonů - špetkový úchop při držení papíru, použití síly při odtržení, pohyb prstů při deformaci papíru, použití síly při stlačení a pohyb dlaní a celé ruky při válení. Na činnosti se podílejí obě ruce, které jsou s ohledem na potřebné množství vyrobených kuliček velmi zaměstnávány. Kuličky jsou lepeny do tvaru listu, který si klienti předtím sami předkreslí, tudíž jsou nuceni použít opět přítlak jak při kresbě, tak při lepení. Nanášení lepidla na kuličku vyžaduje rovněž koncentraci, aby bylo použito adekvátní množství lepidla na potřebné ploše kuličky. Zároveň si tvůrce sám volí barevnost materiálu, takže zapojuje svou fantazii a prokazuje schopnost dále předvídat (kolik kuliček této barvy budu ještě potřebovat, abych dosáhl tohoto tvaru?). Pokud bychom chtěli tuto aktivitu dále rozvíjet, jako další krok se nabízí tento tvar nepředkreslovat a nechat klienty tvarovat list pouze kuličkami.

## 8.7 Kresba listu / návaznost na předchozí setkání

**Formát:** A5, A3

**Téma:** Podzim (skupinová práce)

**Popis aktivity:** Úkolem klientů byla kresba listu (přírodniny) s využitím trojbokých pastelek. List měl být následně vystřížen a nalepen na balicí papír s obrázkem stromu. Obrázek stromu měl být kolektivní prací všech klientů.

**Náročnost:** Tato činnost je náročná hlavně v tom ohledu, že se jedná o skupinovou práci. Pro klienty je to něco naprosto nového a neotřelého. Kresba listu je v tomto případě méně

obtížná, jelikož klienti měli možnost ji nacvičit z předchozích kurzů. Práce s nůžkami je náročnější, protože klade vyšší nároky na šikovnost jedince. Klienti navíc opět používají obě ruce, což je samo o sobě také obtížnější. Tato činnost je zaměřena na rozvoj komunikace a sociálních vztahů ve skupině. Zúčastnění také procvičují jemnou motoriku a celkově svaly horní končetiny. Při kresbě společného stromu uplatňují svou kreativitu a představivost. Vzhledem k tomu, že pracují s kompozicí, trénují i orientaci v prostoru.

## 8.8 Modelování z těsta

**Formát:** -

**Téma:** Libovolné

**Popis aktivity:** Pro klienty jsme připravily slané těsto připomínající modelínu. Jejich úkolem byla modelace libovolných tvarů/objektů z tohoto materiálu. Pro inspiraci jsme klientům nabídly možnost tvorby korálků, knoflíků nebo podzimního listí.

**Náročnost:** Tato činnost vyžaduje zapojení obou rukou, a přesto, že se jedná o měkký materiál, musí klienti vyvinout určitou sílu, aby se dalo těsto tvarovat. Při práci s hmotou dochází opět k mnoha pohybovým úkonům - špetkový úchop při odtržení potřebného množství těsta, pohyb prstů, zápěstí i celé horní končetiny při modelaci. Objekty, které klienti modelují, vyžadují dále určitou povrchovou úpravu (např. těsto u koláčků musí být hladké, naopak náplň na nich hrubá). Klienti musí využít svou představivost a um, aby výsledný produkt měl takovou podobu, jakou má objekt reálný, tzn. potřebují neustále kontrolovat, zda se svou činností přibližují požadovanému tvaru (k posouzení úspěšnosti je však nutné znát klientův autorský záměr). V případě, že chce klient dosáhnout razantní změny ve tvaru hmoty (např. z kuličky na placku), musí použít silného přítlaku. Přítlak využívá i tehdy, pokud do hmoty zasahuje kresebně (např. špejlí vyrývá ornamenty). Vzhledem k tomu, že se jedná o volnou tvorbu a téma není zadáno, je kladen velký důraz na kreativitu a představivost.



## 9 Návrh diagnostiky

Aby bylo možné utřídit sesbírané poznatky z jednotlivých lekcí a určit výsledek našeho snažení, budeme se při diagnostice opírat o tři pilíře - určení náročnosti techniky, záznam motorické činnosti a záznam kvality pozornosti. U posledních dvou zmíněných jsem navrhla škály, které nám pomohou dopracovat se k viditelnějšímu výsledku. Bodové hodnocení sledovaných údajů jsem pro větší přehlednost zaznamenala do tabulky. Tato tabulka se mi poté stala jakýmsi vzorem pro určování výstupů z jednotlivých setkání. Hodnoty, kterých klient při tvorbě dosáhl, jsou zprůměrovány a jejich pokles nebo vzestup lze sledovat ve výsledném grafu. Tyto hodnoty jsem získala pozorováním a analýzou produktů činnosti (viz *Kapitola 6 - Popis metody*).

Během našich setkání jsem rovněž pozorovala řeč a paměť klientů. Vzhledem k tomu, že jsme se za celou dobu neseťkaly s klientem, který by měl výraznější paměťové nebo řečové obtíže, rozhodla jsme se pouze pro okrajové zmínění těchto sledovaných údajů.

### 9.1 Náročnost techniky

Určení náročnosti techniky nám pomohlo nejen ke skladbě a řazení jednotlivých aktivit, ale i k objasnění některých jevů, ke kterým při tvorbě došlo. V rámci své diagnostiky jsem po každém bodovém vyhodnocení (z navržených škál), u každé klientky zvlášť analyzovala, proč byla daná technika konkrétně pro ni náročná. Z obecného uvažování o náročnosti techniky (viz *Kapitola 8 - Seznam aktivit a jejich psychomotorická náročnost*), jsem se tedy dostala k aplikaci na konkrétní osoby, naše účastníky kurzu. Tato analýza je provedena formou komentáře pod tabulkou s bodovým hodnocením (viz přílohy - *Kazuistiky pacientů*). Brala jsem v úvahu zdravotní stav klientů, takže mi byly velmi nápomocné poskytnuté anamnézy. Náročnost techniky určuji také s ohledem na dvě fáze tvorby - idey a realizace. Za ideu považuji myšlenku, záměr klienta, kterou se rozhodne následně uskutečnit. Jedná se o zamýšlenou podobu výsledného díla, k němuž právě realizace směřuje. Ve fázi idey rovněž rozlišuji, zda u dotyčného docházelo k eustresu (klienta napadá mnoho řešení, přičemž se rozhoduje pro to neoptimálnější a stále zůstává "v procesu") nebo distresu (klient nevidí žádné řešení, cítí se bezradně a je "mimo proces"). Tyto informace jsou rovněž součástí komentáře pod tabulkovým hodnocením (viz přílohy - *Kazuistiky pacientů*). Při analýze jsem se také odvolávala na odpovědi klientů z reflexí, které mám k dispozici v příloze (*Reflexe z jednotlivých setkání*). Tyto

odpovědi byly potvrzením mého předešlého uvažování nad důvodem případného neúspěchu klientky v dané činnosti.

## 9.2 Motorická činnost

Motorickou činnost klientů jsem sledovala hned v několika kategoriích - míra přetahu, úchop, přítlak, pohyb zápěstím, pohyb celou rukou. Sledování a následný záznam v těchto oblastech mi poskytl dostatečný přehled o motorické činnosti jednotlivého klienta. Zároveň jsem mohla vývoj těchto kategorií sledovat v čase.

**Míra přetahu** - určuje, v jak velkém množství klient nedodržel tvar linie a v jaké míře došlo k přetažení obrysu. Odstupňování v této oblasti je i s bodovým hodnocením uvedeno v níže uvedené škále. Hodnoceno ex post, z hotového výtvoru.

<b>míra přetahu</b>	nulové přetahování	místa drobné přetahování	středně silný výskyt přetahu	silný výskyt přetahu
<b>bodové hodnocení</b>	4	3	2	1

**Úchop** - určuje, jak úchop pracovního nástroje klientem objektivně působil. Odstupňování v této oblasti je i s bodovým hodnocením uvedeno v níže uvedené škále. Hodnoceno pozorováním při tvorbě.

<b>úchop</b>	přirozený/pevný	nepřirozený/slábý
<b>bodové hodnocení</b>	2	1

**Přítlak** - určuje kvalita stopy pastelky, intenzita barevnosti linie a její dynamika. Nejistá linie = roztřesená, slabá, přerušovaná stopa. Jistá linie = pevný jistý tvar linky se stejnou barevnou intenzitou. Odstupňování v této oblasti je i s bodovým hodnocením uvedeno v níže uvedené škále. Hodnoceno ex post, z hotového výtvoru.

<b>přítlak</b>	silný	středně silný	slabý/jemný
<b>bodové hodnocení</b>	3	2	1

**Pohyb zápěstím** - určuje, zda klient během tvorby pohyboval zápěstím nebo pouze celou rukou. Odstupňování v této oblasti je i s bodovým hodnocením uvedeno v níže uvedené škále. Hodnoceno pozorováním při tvorbě.

<b>pohyb zápěstím</b>	pohyblivé	nepohyblivé
<b>bodové hodnocení</b>	2	1

**Pohyb celou rukou** - určuje, zda klient během tvorby pohyboval celou rukou a zapojoval tak svaly celé horní končetiny. Odstupňování v této oblasti je i s bodovým hodnocením uvedeno v níže uvedené škále. Hodnoceno pozorováním při tvorbě.

<b>pohyb celou rukou</b>	pohyblivá	nepohyblivá
<b>bodové hodnocení</b>	2	1

### 9.3 Pozornost

Schopnost udržet pozornost klientů jsem sledovala také v několika kategoriích - stálost pozornosti, návrat do procesu tvorby, dokončení práce. Sledování a následný záznam v těchto oblastech mi poskytl dostatečný přehled o úrovni pozornosti jednotlivého klienta. Zároveň jsem mohla vývoj těchto kategorií sledovat v čase.

**Stálost pozornosti** - určuje míru udržitelnosti klientovy koncentrace na danou činnost. Odstupňování v této oblasti je i s bodovým hodnocením uvedeno v níže uvedené škále. Hodnoceno pozorováním při tvorbě.

<b>stálost pozornosti</b>	bez přerušení	přerušení ale stálost v tvorbě	přerušení pozornosti i tvorby
<b>bodové hodnocení</b>	3	2	1

**Návrat do procesu tvorby** - určuje, zda se (pokud došlo k přerušení tvorby) dokázal sledovaný do procesu vrátit a pokračovat v něm. Odstupňování v této oblasti je i s bodovým hodnocením uvedeno v níže uvedené škále. Hodnoceno pozorováním při tvorbě.

<b>návrat do procesu tvorby</b>	bez přerušení	ano	ne
<b>bodové hodnocení</b>	3	2	1

**Dokončení práce** - určuje, zda klient práci dokončil nebo nedokončil. Odstupňování v této oblasti je i s bodovým hodnocením uvedeno v níže uvedené škále. Hodnoceno ex post, z hotového výtvaru.

<b>dokončení práce</b>	dokončil	nedokončil
<b>bodové hodnocení</b>	2	1

## 10 Transformace technik

Aby bylo možné použít stejné kategorie mapující motorické schopnosti a kvalitu pozornosti v plošné i v prostorové tvorbě, a dojít tak k objektivnímu hodnocení, je nutné provést transformaci prostorových technik na plošné. Jedná se o techniky, při kterých jsme s klienty využívali nůžky (koláž doplněna kresbou), dále technika zahrnující práci s kuličkami, a v poslední řadě činnost spojená s tvarováním těsta. Tyto zmíněné aktivity jsem se za pomoci hledání analogií s činnostmi předešlými snažila přetransformovat, aby bylo možné jejich škálové hodnocení bez nutnosti změny kategorií.

### Koláž doplněna kresbou

Při této činnosti využívali naši klienti nůžky, které jsem se rozhodla do škálového hodnocení zapracovat tímto způsobem:

- Přetah - při stříhání se klient soustřeďuje především na přesnost stříhu. Pokud nedokáže jedinec nůžkami přesně kopírovat tvar, který má vystříhnout, lze to považovat za stejný jev, ke kterému dochází při přetahování pastelkou.
- Úchop - v tomto případě hodnotíme úchop nůžek stejným způsobem jako úchop pastelky – tedy objektivním posouzením (přirozený/nepřirozený/pevný/slabý).
- Pohyb zápěstím - v tomto případě hodnotíme pohyb zápěstím při práci s nůžkami stejným způsobem jako při práci s pastelkou - objektivním posouzením (pohyblivé/nepohyblivé).
- Pohyb celou rukou - v tomto případě hodnotíme pohyb celou rukou při práci s nůžkami stejným způsobem jako při práci s pastelkou – opět objektivním posouzením (pohyblivá/nepohyblivá).
- Přítlak - při stříhání je nutné vyvinout určitou sílu, aby nůžky vytvořily na části papíru stopu. V případě, že by klient žádnou sílu nepoužil, nemohl by nic vystříhnout. S využitím menšího množství síly by při stříhání docházelo k nepřesnému vystříhnutí tvaru. Lze tedy předpokládat, že pokud klient vyvine silný přítlak a využije správný technologický postup, nedojde (v ideálním případě) k žádné výrazné nepřesnosti ve stříhu.

## Kresba a dotváření obrázku lepením kuliček z krepového papíru

Tato činnosti obsahovala jak kresbu, tak lepení již utvořených kuliček z krepového papíru. Jelikož zde z pouhé kresby listu nelze přesně určit, zda došlo k přetahu, zahrneme do škálového hodnocení práci s kuličkami.

- Přetah - klient při lepení nejvíce dbá na to, aby kuličky co nejlépe kopírovaly tvar listu, který si předkreslil. Pokud tento tvar nedokáže dodržet, lze to považovat za stejný jev, ke kterému dochází při přetahování pastelkou.
- Úchop - v tomto případě hodnotíme úchop pastelky – objektivním posouzením (přirozený/nepřirozený/pevný/slabý).
- Pohyb zápěstím - v tomto případě hodnotíme pohyb zápěstím při práci s pastelkou i kuličkami – objektivním posouzením (pohyblivé/nepohyblivé).
- Pohyb celou rukou - v tomto případě hodnotíme pohyb celou rukou při práci s pastelkou i kuličkami – objektivním posouzením (pohyblivé/nepohyblivé).
- Přítlak - u této techniky můžeme brát v úvahu výslednou linii pastelky a její dynamiku. Nejistá linie se vyznačuje roztřeseností, slabostí, přerušovanou stopou. Jistá linie zase pevným tvarem linky se stejnou barevnou intenzitou. Zároveň lze také hodnotit přítlak při lepení kuliček. Jestliže se kuličky z papíru neodlepují a výsledný produkt neobsahuje žádná nevyplněná místa, lze předpokládat, že klient použil při tvorbě dostatečně silný přítlak.

## Modelování z těsta

Tato činnost obsahovala práci s měkkým těstem, transformaci jsem provedla následovně:

- Přetah: hlavním cílem klienta při této činnosti je co nejvěrněji napodobit tvar a povrch objektu, který si vybral pro modelování. Autorský záměr klienta, tedy konkrétní objekt, který má v plánu vytvořit, mi byl sdělen v rozhovoru, který probíhal během tvorby (viz příloha – *Kazuistiky pacientů*). V případě, že tento tvar není schopen vytvořit a výsledek se tedy tvarově odlišuje od naplánovaného objektu, lze to považovat za jev srovnatelný s přetahováním při kresbě.

- Úchop - objektivně lze vypořádat, jak klient přistupuje k držení těsta a manipulaci s hmotou, zda lze úchop považovat za nepřirozený a křečovitý či naopak.
- Pohyb zápěstím - v tomto případě hodnotíme pohyb celou rukou stejným způsobem jako při práci s pastelkou – objektivním posouzením (pohyblivé/nepohyblivé).
- Pohyb celou rukou - v tomto případě hodnotíme pohyb celou rukou stejným způsobem jako při práci s pastelkou – opět objektivním posouzením (pohyblivá/nepohyblivá)
- Přítlak - při této aktivitě byli klienti nuceni použít určité množství síly, aby bylo možné hmotu tvarovat. V případě, že by nedošlo k žádnému silovému zapojení, těsto by tvar nezměnilo. Ke správnému tvaru objektu může dojít pouze za použití optimálně silného přítlaku. Dle dokonalosti tvaru výsledného výrobku lze tedy odvodit, zda klient použil dostatečný přítlak při výrobě. Jestliže klient nevolil dostatečnou intenzitu přítlaku, tvar výrobku bude působit nepřirozeně a nebude se shodovat s tvary plánovaného objektu (opět je nutné znát konkrétní autorský záměr klienta, tedy co má v plánu tvořit).

## 11 Případové studie - kazuistiky

Následující text obsahuje již konkrétní kazuistiky jednotlivých klientek. V každé kazuistice uvádím křestní jméno, věk, diagnózu, současný stav - tyto informace jsem získala z anamnézy. Dále uvádím také naše pozorování (tzn. jak na nás klientka působila, jak se chovala apod.), a také počet kurzů, které navštívila. Všechny tyto informace byly důležité při vyhodnocování výsledků, jelikož pomohly objasnit, proč docházelo k některým jevům.

Předmětem mého pozorování byla motorická činnost a pozornost klientek. Tyto sledované oblasti jsem rozdělila do několika kategorií - míra přetahu, přítlak, pohyblivost celé končetiny, pohyblivost zápěstí, úchop (motorická činnost) a stálost pozornosti, návrat do procesu tvorby, dokončení práce (pozornost). Tyto kategorie mi dle mého názoru poskytly dostatečné informace o stavu motorické činnosti a úrovni pozornosti klientek a zároveň byly dobře sledovatelné v čase. Záznam obsahuje rovněž informace o paměti a řeči klientek, tyto oblasti jsem však do celkového vyhodnocení nezahrnula. Podrobný záznam z jednotlivých lekcí jsem se z důvodu lepší přehlednosti rozhodla zařadit do příloh (*Kazuistiky pacientů*). Tento záznam je vypracován pro každou klientku zvlášť napříč všemi lekci, které navštívila. Následující text tedy obsahuje grafy, které demonstrují vývoj motorické činnosti a pozornosti u konkrétních klientek a jsou tak souhrnem těchto záznamů. Křivku grafu tvoří hodnoty (obdržené dle škálového hodnocení), kterých účastnice kurzu dosáhla. Zároveň je patrné, o jakou lekci se konkrétně jednalo. Komentáře ke grafu a celkovou spolupráci s klientkou pak popisují v části textu *Shrnutí výsledků*.

### 11.1 Případová studie č. 1 - paní Jaroslava

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 69 let

**Diagnóza:** Diabetes mellitus 2. typu, hypertenzní choroba, počínající demence.

**Současný stav:** Chůze je schopna s doprovodem nebo s vycházkovou holí, zatím nejistě. Je klidná, spolupracující. Snaží se používat WC, ne vždy včas. Zúčastňuje se rehabilitace, cvičí chůzi, je aktivní v ergoterapii.

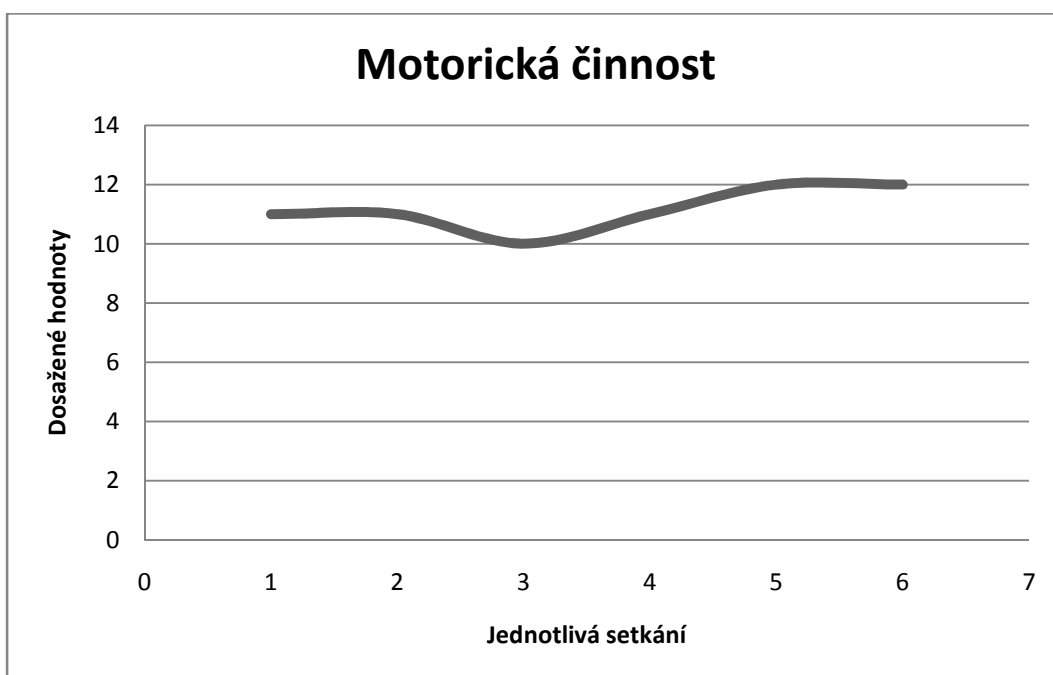


**Naše pozorování:** Klidná a tichá paní. Pracuje s velkým západem, v rukodělných a výtvarných činnostech působí sebevědomě a jistě. Během práce téměř nemluví, s ostatními komunikuje, ale ne z vlastní iniciativy.

**Počet navštívených kurzů:** 7

**Grafické znázornění poklesu/vzestupu motorické činnosti:**

**Graf č. 1**



**Grafické znázornění poklesu/vzestupu pozornosti:**

**Graf č. 2**



## **Shrnutí výsledků:**

Z grafu č. 1, který zobrazuje průběh motorické činnosti lze vyčíst, že u paní Jaroslavy nedocházelo k větším výkyvům. Mírný sestup pozorujeme při 3. setkání, jehož náplní byla práce s tuší. Tento pokles přisuzuji spíše technice, která byla pro klienty nová a netradiční. Další setkání mají již vzestupnou tendenci.

Graf č. 2 sledující pozornost paní Jaroslavy ukazuje, že tato klientka pracovala opravdu soustředěně, plynule a svou práci vždy dokončila.

Paní Jaroslava byla již od počátku prací velmi zaujata. Od paní ergoterapeutky máme informaci, že na ergoterapii docházela pravidelně. Ona sama nám potvrdila, že ji tvorba baví, dříve dokonce pracovala v galerii. Od prvního do posledního kurzu, který s námi absolvovala, si v činnostech věřila a neměla problémy s jejich realizací. V souvislosti s počínající demencí se objevil problém ve fázi idey, kdy klientka před tvorbou často váhala a potýkala se s nedostatkem fantazie.

Během našich kurzů jsem také paní Jaroslavu sledovala v oblasti komunikace. Tato pacientka z počátku téměř nehovořila, pouze pokud ji někdo oslovil. Odpovídala většinou stroze a vypadala, že ji hovory ostatních nezajímají. Během kurzů jsem pozorovala v tomto směru značné změny. Paní Jaroslava docházela na naše hodiny v dobré náladě a v závěru kurzů nás dokonce sama oslovila a více se rozhovořila. Možnost tvorby a skupinové práce ji dle mého názoru velmi svědčí, takže bych určitě doporučila v činnostech pokračovat.

## 11. 2 Případová studie č. 2 - paní Miluše

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 88 let

**Diagnóza:** Vertebrogenní algický syndrom bederní páteře, různé druhy fraktur (novějšího i staršího data).

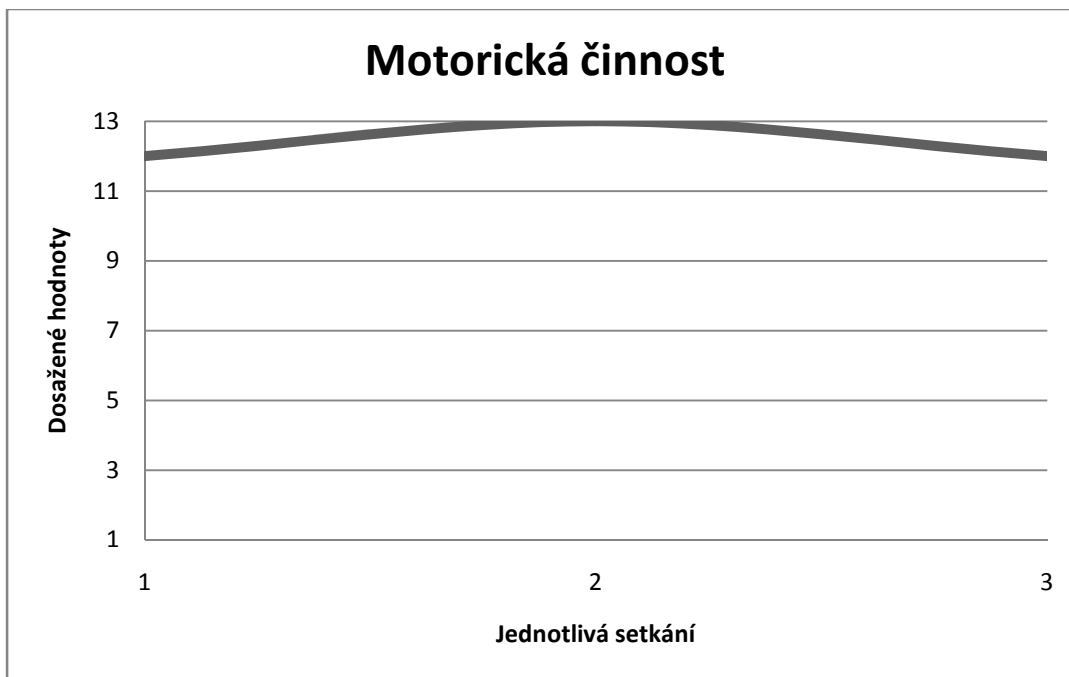
**Současný stav:** Pacientka je schopna chůze s chodítkem, které umožňuje odlehčení páteři. Během hospitalizace v LDN dochází k postupnému zlepšení sebeobsluhy, účastní se rehabilitací. Základní hygienu zvládá s dopomocí, je orientovaná a psychicky čilá. Hodně čte, je aktivní v ergoterapii. Momentálně má podanou žádost o přijetí do Domova pro seniory sv. Jiří.

**Naše pozorování:** Upovídaná, lehce negativní, pesimistická. Občas vztahovačná. Ruční práce zvládá bez obtíží.

**Počet navštívených kurzů:** 3

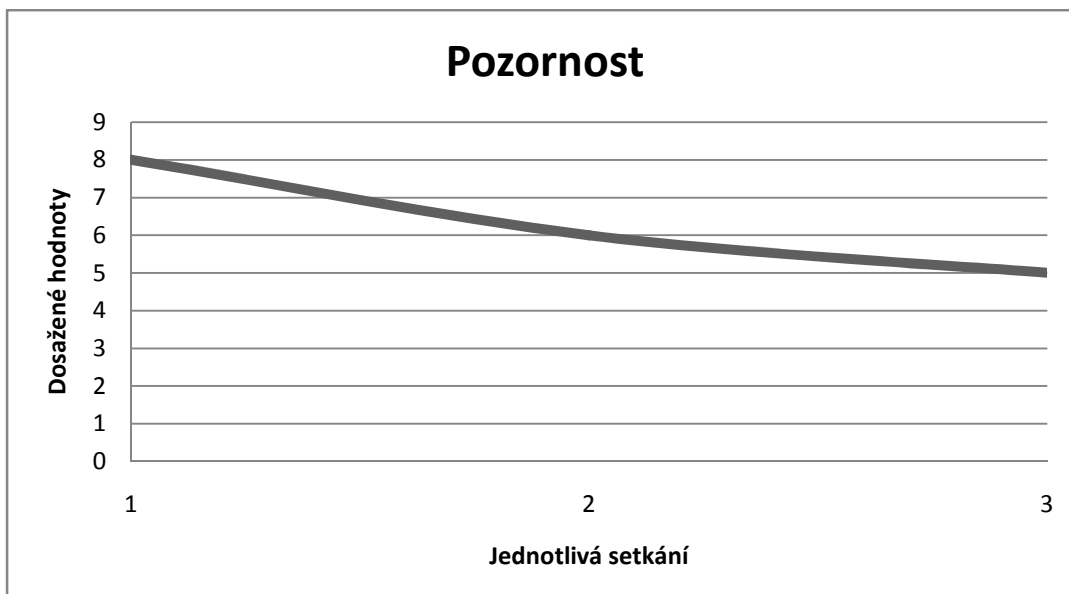
**Grafické znázornění poklesu/vzestupu motorické činnosti:**

**Graf č. 3**



**Grafické znázornění poklesu/vzestupu pozornosti:**

**Graf č. 4**



## **Shrnutí výsledků:**

Z grafu č. 3, který zaznamenává motorickou činnost paní Miluše je patrné, že nedocházelo k větším kvalitativním výkyvům. Obzvláště při druhém setkání si tato klientka vedla velmi dobře. Paní Miluše patřila k nejzručnějším klientkám, které náš kurz navštěvovaly, což tento graf jen potvrzuje. Kromě ergoterapie se paní Miluše věnovala i jiným praktickým činnostem, takže docházelo k pravidelným tréninkům jemné motoriky.

Graf č. 4 je již co do výkyvů zajímavější, jelikož znázorňuje pokles pozornosti v rámci jednotlivých kurzů. Tento pokles byl způsoben příchodem paní Jiřiny, která paní Miluši dobře znala a při činnosti ji často oslovovala. Při prvním setkání, kdy zde ještě paní Jiřina nebyla přítomna, tvořila paní Miluše bez jakéhokoliv přerušení. Během dalších setkání ji však paní Jiřina často zapojovala do hovoru a rozptylovala, což se u pacientky projevovalo zhoršenou schopností udržet pozornost.

Paní Miluše byla v LDN umístěna pouze dočasně, nakonec bylo vyhověno její žádosti o přesun do domova důchodců sv. Jiří v Plzni. Mezi pacienty vynikala svou zručností a šikovností. Je až neuvěřitelné, že v tak pokročilém věku neměla problémy se sluchem nebo se zrakem. Na kurzy chodila vždy upravena a pěkně oblečena. Pokud se jí během tvorby něco nelíbilo, dala to najevo. Také občas ohodnotila činnost jako "poněkud primitivní". Jelikož byla paní Miluše přeložena do jiného zařízení, přišla jsem o možnost ji dále pozorovat.

### 11. 3 Případová studie č. 3 - paní Dagmar

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 88 let

**Diagnóza:** Arteriální hypertenze, diabetes mellitus II. typu, hypercholesterolemie, hyperurikemie, dekubitus levé paty.

Během hospitalizace na rehabilitaci zlepšení hybnosti, pacientka je schopna chůze ve čtyřbodovém chodítku po chodbě s doprovodem. V základní sebeobsluze je nutná pomoc. Pacientka velmi dobře spolupracuje, je psychicky čilá, aktivní v ergoterapii, účastní se rehabilitací.

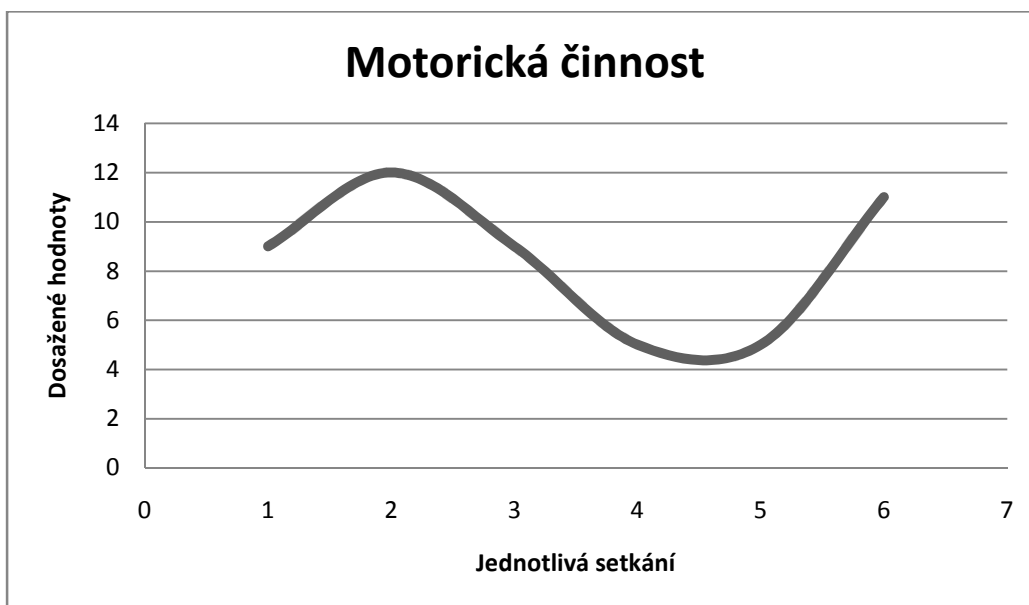
### Naše pozorování:

Velmi čilá, sečtělá, optimistická. Ruční práce jí činí drobné obtíže, ale snaží se. Je veselá a usměvavá.

Počet navštívených kurzů: 6

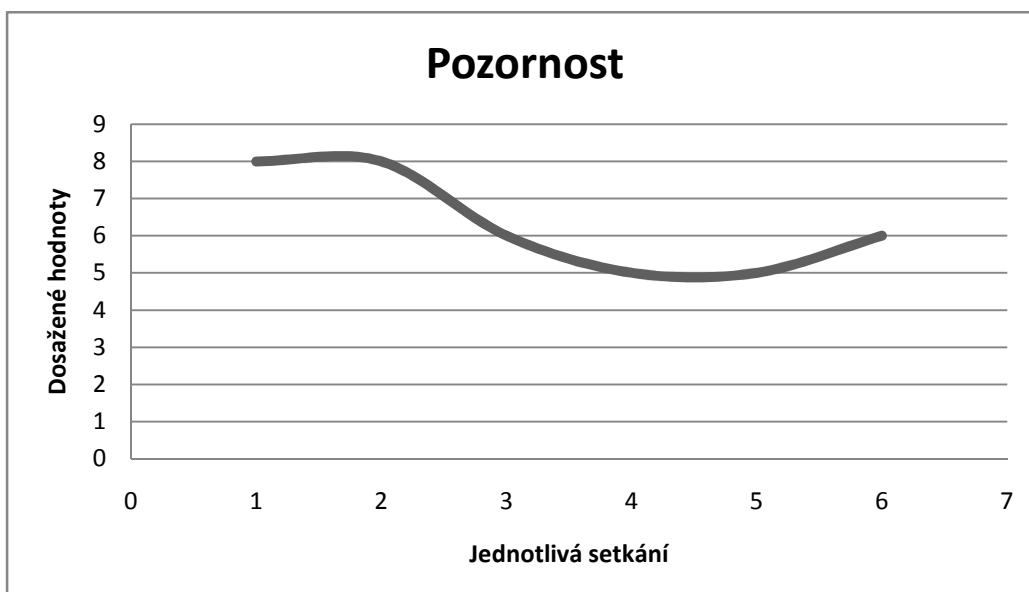
Grafické znázornění poklesu/vzestupu motorické činnosti:

Graf č. 5



Grafické znázornění poklesu/vzestupu pozornosti:

Graf č. 6



## **Shrnutí výsledků:**

Z grafu č. 5 můžeme vyčíst, že paní Dagmar byla nejúspěšnější při 2. setkání (vybarvování mandal). Naopak největší propad je patrný u kurzu č. 4 a 5, což je ovšem způsobeno nemožností výsledný produkt objektivně zhodnotit, neboť nebyl dokončen. Náplní tohoto kurzu bylo vystřihování, lepení a tvorba koláže. Vystřihování však bylo pro tuto klientku tak náročné, že se již k dalšímu postupu nedostala. Hodnoty dosažené ve zbytku kurzů jsou víceméně srovnatelné, menší vzestup vidíme u posledního setkání, kde si paní Dagmar vedla dobře. Navíc mne potěšilo, že se pustila do nové a neznámé techniky s velkou vervou.

Napříč všemi kurzy jsme se u této pacientky potýkaly s problémem ve fázi realizace. S pokročilým věkem se u paní Dagmar projevila počínající artróza, takže byla v tomto ohledu při činnostech značně znevýhodněna. Na této pacientce se mi ovšem líbilo, že se svým zdravotním stavem nenechala odradit a pracovala vždy s velkou chutí.

Graf č. 6 znázorňující pozornost poukazuje na značný pokles počínající 3. setkáním. Náplní 3. kurzu byla zcela nová technika, navíc obohacena o práci s tuší. Paní Dagmar se vyznačovala velkou pečlivostí, tudíž se nás neustále dotazovala, zda pracuje správně. Její potřeba neustále své další kroky konzultovat se projevila i v poklesu pozornosti, který graf vykazuje. Stejně tomu bylo i u následujících činností, které pro ni byly zcela nové.

Paní Dagmar jsem si velmi oblíbila. Tato pacientka byla navzdory svému věku nesmírně psychicky čilá. Její slovní zásoba byla opravdu obdivuhodná, na což měla jistě vliv její záliba ve čtení. Na naše kurzy docházela vždy dobře naladěna a s úsměvem na tváři. Na této pacientce mě fascinovalo, jak svou práci opravdu promýšlela a dala si na ní záležet. Během našich setkání jsem si všimla, že se často podceňuje, takže jsme se s Danou snažily ji co nejvíce podporovat. Paní Dagmar nakonec z LDN odchází domů, kde o ni bude pečovat snacha, takže jsem přišla o možnost ji dále pozorovat.

### 11.4 Případová studie č. 4 - paní Jana

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 70 let

**Diagnóza:** Hypertenze, epilepsie, diabetes.

Spolupracující, místy však náladová, odklonitelná, chůze i do schodů samostatně o hůlce. Trpí obezitou.

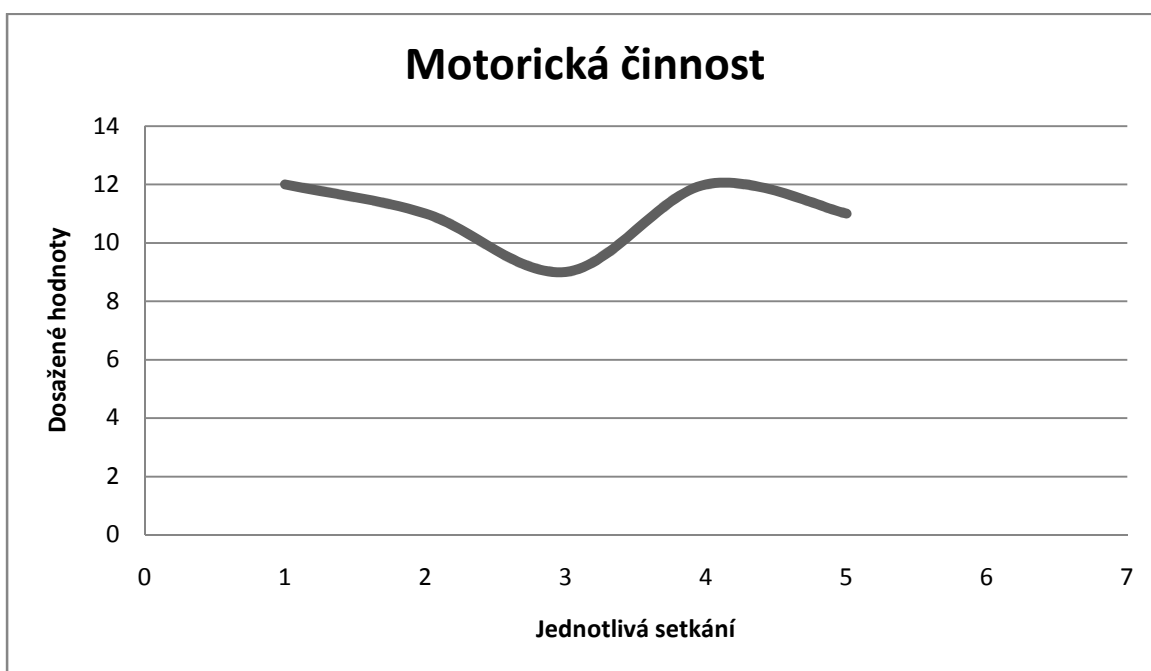
**Naše pozorování:** Paní Jana působí klidně, vyrovnaně. O činnost jeví zájem, často vyjadřuje vděčnost. Při práci se nenechá vyrušovat a pracuje plynule. Někdy bývá náladová, má sklony se podceňovat. Příliš nehovoří, převážně jen pokud je tázána. S činnostmi nemá problémy, nerada však pracuje dle fantazie, potřebuje přesný návod/ukázkou.

**Počet navštívených kurzů: 5**

Poznámka: Paní Jana se k nám připojila až od třetího setkání a během kurzů dvakrát nedorazila.

**Grafické znázornění poklesu/vzestupu motorické činnosti:**

**Graf č. 7**



## Grafické znázornění poklesu/vzestupu pozornosti:

Graf č. 8



### Shrnutí výsledků:

Z grafu č. 7 lze vyčíst, že k žádným dramatickým výkyvům v motorické činnosti paní Jany nedocházelo. Hodnoty se pohybují v rozmezí 9 až 12, nejnižšího výkonu dosáhla klientka při tvorbě koláže, konkrétně ve fázi kresby. Naopak nejlepších výsledků dosáhla při tvorbě pareidolií a při práci s voskovkami. Obě tyto činnosti pro ni byly nové, takže je potěšující vidět, že se s nimi vypořádala bez problému, přesto, že s námi neabsolvovala kurzy od úplného začátku.

Co se týče pozornosti, byla paní Jana opravdu ukázněným klientem. Pracovala tiše, samostatně a na tvorbu se opravdu soustředila. Její činnost probíhala v pomalejším tempu a působila při ní velmi klidným dojmem. Jak je vidět z grafu č. 8, paní Jana se na všech kurzech plně soustředila na svou práci a nenechala se v ní nikým a ničím vyrušovat.

Paní Jana je, jak jsem si během našich setkávání všimla, velmi náladový člověk. To, s jakou vervou a chutí bude pracovat, hodně záleží na jejím momentálním rozpoložení. Většinu našich kurzů absolvovala s úsměvem, ale pokud nebyla dobře naladěna, dala nám to jasně najevo. Pokud tato situace nastala, nechtěla paní Jana pracovat dle vlastní fantazie. Neměla chuť něco nového vymýšlet, raději by dostala jasný úkol, který by splnila bez většího vlastního úsilí. Jinak k nám tato klientka byla velmi milá, vstřícná a projevovala o činnosti zájem.



## 11. 5 Případová studie č. 5 - paní Květa

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 84 let

**Diagnóza:** Masivní plicní embolie, absolutní stenóza páteřního kanálu, artrosa kloubů, osteoporosa, polyarthrosa.

Během hospitalizace v LDN zvládá rehabilitaci u lůžka s asistencí, účastní se ergoterapeutických aktivit. Celkově ale výrazně psychomotoricky zpomalena, nutná asistence v základní sebeobsluze. Inkontinentní, hodně spavá.

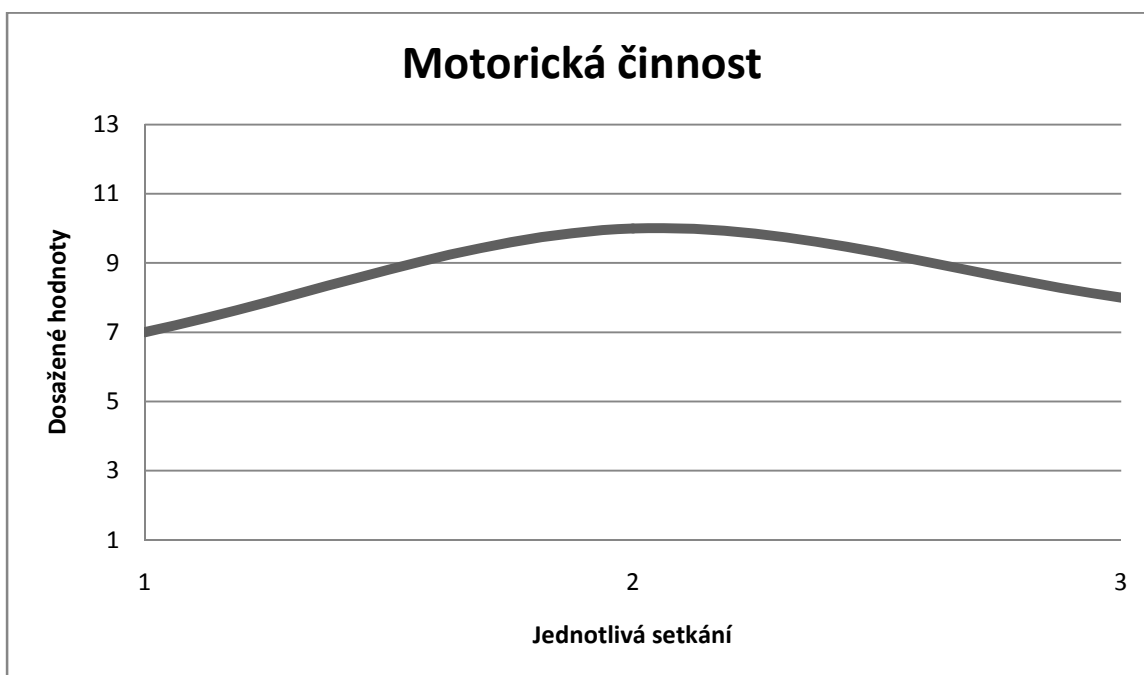
**Naše pozorování:** Paní Květa je celkově pomalejší, při činnostech potřebuje časté přestávky. Sama od sebe příliš nehovoří, pouze pokud je oslovena. Hůře slyší a v důsledku toho působí občas dezorientovaně. Vzhledem k artróze kloubů má při tvorbě problémy s jemnou motorikou.

**Počet navštívených kurzů:** 3

Pozn.: Paní Květa se k nám připojila až při sedmém kurzu.

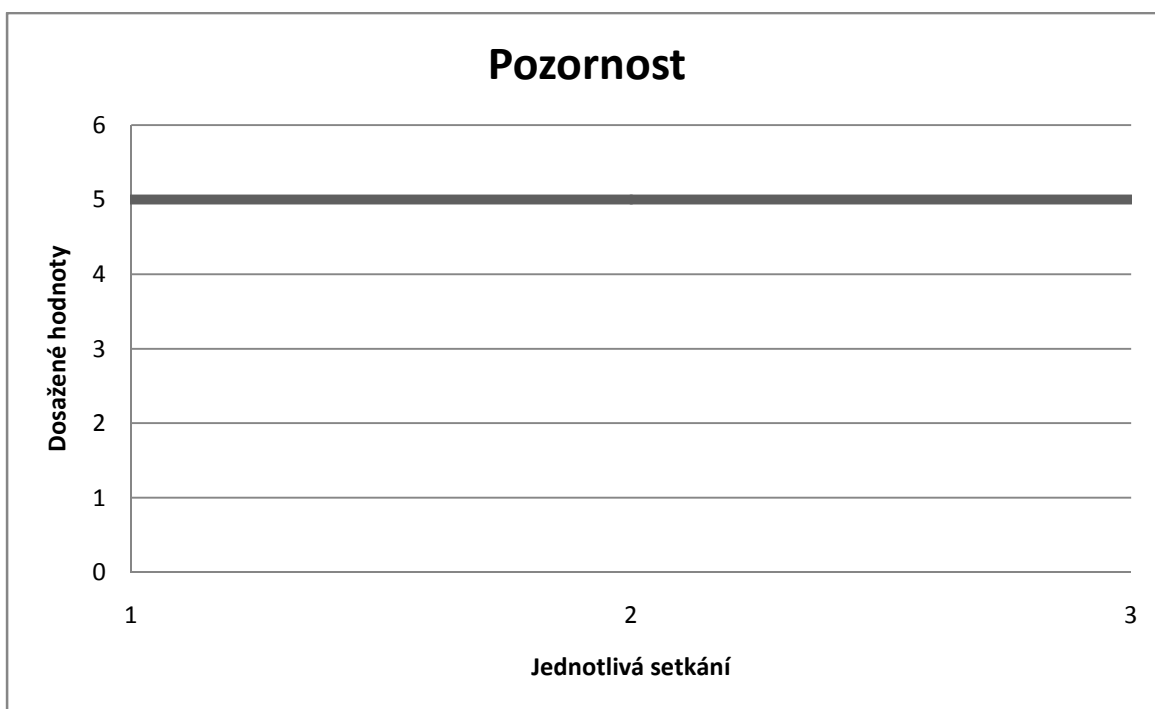
**Grafické znázornění poklesu/vzestupu motorické činnosti:**

**Graf č. 9**



## Grafické znázornění poklesu/vzestupu pozornosti:

Graf č. 10



### Shrnutí výsledků:

Hodnoty grafu č. 9 se pohybují v rozmezí 7 až 10. Nejvyšších hodnot v oblasti motorické činnosti dosáhla klientka v polovině našich setkávání. Konkrétní činností v tomto kurzu byla kresba listu (v případě paní Květy vybarvování listu). Klientka se pravidelně účastní ergoterapie, kde je tato technika trénována, je tedy pochopitelné, že při ní byla nejúspěšnější. Mírný vzestup lze také zaregistrovat při posledním setkání, kdy klienti pracovali s těstem. Paní Květa trpí zdravotním znevýhodněním, které jí značně omezuje v oblasti motorických dovedností, je tedy žádoucí, aby se dále pravidelně zúčastňovala ergoterapie.

Co se týče pozornosti, kterou lze sledovat na grafu č. 10, nedocházelo u paní Květy k žádným výkyvům. Tato klientka tvorbu často prokládala jinými činnostmi, obvykle jídlem nebo spánkem. Do procesu tvorby se však vždy vrátila a svá díla dokončila. Tuto klientku bylo nutné často povzbuzovat a motivovat.

Paní Květa patřila k tišším účastnicím, téměř nehovořila, pouze pokud byla tázána. Vzhledem ke svému pokročilému věku trpěla kromě jiného i nedoslýchavostí, takže komunikace s ní byla tímto ztížena. Během kurzů se nijak výrazně neprojevovala, působila chvílemi až apaticky.

Spolupráce s paní Květou probíhala celkem bez problémů, z naší strany často vyžadovala radu nebo asistenci, neboť si sama sebou nebyla příliš jistá. Do budoucna bych v rámci ergoterapie doporučovala techniku vybarvování, kterou má klientka více zvládnutou, s postupným přidáváním zátěže a obměnou technik.

## Závěrečná výstava / reflexe

Náš kurz jsme s Danou završily výstavou, která se konala opět v prostorách jídelny. Jejím cílem byla prezentace prací klientů, která byla rekapitulací toho, co každý z nich vytvořil a dokázal. Jelikož byla výstava přístupná všem klientům (i zaměstnancům LDN), mohla tato výstavka působit i jako motivace pro ostatní klienty navštěvovat lekce ergoterapie, kde se také výtvarně tvoří. Tím, že mohl účastník kurzu vidět své dílo vystavené, dochází také k posílení pocitu sebedůvěry a vlastní užitečnosti.

Všechna díla našich klientů jsme rozprostřely na spojené stoly, protože nám nebylo dovoleno lepit cokoli na zeď. Zároveň jsme pro klienty připravily drobné občerstvení, kde jsme samozřejmě přihlédly i k potřebám pacientů - diabetiků. V průběhu setkání jsme také klientům nabízely teplé nápoje dle vlastního výběru - čaj, kávu, čokoládu. Naším záměrem bylo, aby se na tomto sezení cítili všichni co možná nejpříjemněji.

Výstavu navštívilo 7 klientů LDN a paní ergoterapeutka, která nám celou dobu byla velmi nápomocná. V úvodu jsme se opět představily (protože zde byli klienti, kteří na našem kurzu nebyli ani jednou), poté následovalo vysvětlení jednotlivých technik a ukázka prací, v závěru jsme všem poděkovaly za jejich snahu a samozřejmě je pochválily. Po tomto proslovu jsme nechaly všemu volný průběh a konverzovaly s klienty. Z našeho posledního kurzu se vyvinulo příjemné setkání, kde bylo na všech vidět velké uvolnění. Z bezprostředních reakcí klientů bylo patrné, že takové dny tam zažívají velmi zřídka. Už jen radost z toho, že mohou ochutnat něco jiného než jen nemocniční stravu, byla pro nás velkou odměnou.

Myslím si, že jsme naše kurzy zakončily velmi úspěšně, a s Danou jsme odcházely s velkým uspokojením a s pocitem, že jsme si vedly celkem dobře. V úplném závěru jsme se také rozloučily s paní ergoterapeutkou, která nám v průběhu opravdu velmi pomáhala. Osobně vnímám tuto možnost pracovat s lidmi v tomto druhu zařízení jako velkou zkušenost do života.

## 12 Kategorizace výsledků a vyhodnocení

Aby bylo možné výsledky projektu co nejefektivněji posoudit, získané hodnoty jsem zpracovala do tabulky. Porovnávám zde maximální bodové hodnocení, které mohl klient v jednotlivých kategoriích získat s bodovým hodnocením, kterého klient skutečně dosáhl. Rozdíl těchto hodnot poukazuje na jeho úspěšnost či neúspěšnost ve sledované kategorii. Zároveň lze rozlišit, jaký sledovaný jev dělal klientům největší problémy, a kdy byli naopak účastníci projektu nejúspěšnější. V tabulce také porovnávám hodnoty, kterých dosáhl klient ve škálovém hodnocení na začátku i na konci kurzu, aby bylo možné zjistit, zda došlo u jedince ke zlepšení nebo zhoršení ve sledované kategorii. Výsledky tabulky zpracuji jak individuálně (u každého klienta zvlášť), tak globálně (u všech klientů dohromady).

**Tabulka A** / paní Jaroslava - motorická činnost

jednotlivé kategorie	dosažené hodnoty							rozdíl	výsledek
	stav na začátku						stav na konci		
	1. setkání	2. setkání	3. setkání	4. setkání	5. setkání	6. setkání	7. setkání		
<i>přetah</i> (max. 4 body)	3 (-1)	3 (-1)	3 (-1)	3 (-1)	3 (-1)	3 (-1)	4 (0)	-6	zlepšení
<i>úchop</i> (max. 2 body)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	0	stav stejný
<i>přítlak</i> (max. 3 body)	3 (0)	3 (0)	2 (-1)	2 (-1)	3 (0)	3 (0)	2 (-1)	-3	zhoršení
<i>pohyb zápěstím</i> (max. 2 body)	1 (-1)	1 (-1)	1 (-1)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	-3	zlepšení
<i>pohyb celou rukou</i> (max. 2 body)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	0	stav stejný

Z tabulky je jasné patrné, že největší problém se u paní Jaroslavy vyskytl v oblasti přetahu. Vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu a postižení je to pochopitelné. Tato klientka v dětství utrpěla úraz oka, jehož následky si nese i v dospělosti, zároveň se u paní Jaroslavy objevují počáteční příznaky demence. Tato zdravotní omezení se projevují právě v oblasti přetahu, kde je kladen důraz na přesnost. Té se v případě zmíněných zdravotních problémů obtížněji dosahuje, klientka tedy vykazuje v této sledované kategorii nedostatky. Nejlépe si klientka vedla v oblasti úchopu, který byl v jejím případě opravdu pevný a přirozený a rovněž neměla problémy s pohyblivostí celé končetiny. Celkově lze říci, že u klientky došlo v oblasti motoriky ke zlepšení. Pozitivní výsledky můžeme vidět v oblasti přetahu a pohyblivosti zápěstí, což je potěšující vzhledem k počátečnímu stavu (zejména u přetahu). V kategoriích úchop a pohyb celou rukou zůstává stav stejný, naopak v oblasti přitlaku se klientka mírně zhoršuje. Ke konci našich kurzů působila paní Jaroslava unaveně, nevyspale. Dle jejího vyjádření se nemohla dostatečně vyspat kvůli nové spolubydlící. Myslím si, že polevení v oblasti přitlaku může mít "na svědomí" právě klientčina únava. Jedná se však pouze o spekulaci.

**Tabulka B** / paní Jaroslava - pozornost

jednotlivé kategorie	dosažené hodnoty							rozdíl	výsledek
	stav na začátku						stav na konci		
	1. setkání	2. setkání	3. setkání	4. setkání	5. setkání	6. setkání	7. setkání		
<i>stálost pozornosti (max. 3 body)</i>	3 (0)	3 (0)	3 (0)	3 (0)	3 (0)	3 (0)	3 (0)	0	stav stejný
<i>návrat do procesu (max. 3 body)</i>	3 (0)	3 (0)	3 (0)	3 (0)	3 (0)	3 (0)	3 (0)	0	stav stejný
<i>dokončení práce (max. 2 body)</i>	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	0	stav stejný

V oblasti pozornosti dosáhla paní Jaroslava vždy maximálních hodnot. Na svou práci se soustředila a nikdy se nenechala nikým a ničím vyrušit. Počáteční i konečný stav v

oblasti pozornosti je stejný. Tím, že se klientka vždy se zájmem pouštěla do všech činností a bylo vidět, že je jimi zaujata, nevykazuje v oblasti pozornosti žádnou odchylku.

**Tabulka C / paní Miluše - motorická činnost**

jednotlivé kategorie	dosažené hodnoty			rozdíl	výsledek
	stav na začátku		stav na konci		
	1. setkání	2. setkání	3. setkání		
<i>přetah (max. 4 body)</i>	4 (0)	4 (0)	4 (0)	0	stav stejný
<i>úchop (max. 2 body)</i>	2 (0)	2 (0)	2 (0)	0	stav stejný
<i>přítlak (max. 3 body)</i>	2 (-1)	3 (0)	2 (-1)	-2	stav stejný
<i>pohyb zápěstím (max. 2 body)</i>	2 (0)	2 (0)	2 (0)	0	stav stejný
<i>pohyb celou rukou (max. 2 body)</i>	2 (0)	2 (0)	2 (0)	0	stav stejný

Paní Miluše si po celou dobu vedla motoricky velmi dobře, kromě výtvarných činností se ve volném čase zaměstnává i ručními pracemi. Tabulka vykazuje drobné nedostatky v oblasti přítlaku, konkrétně při prvním a posledním setkání. V případě paní Miluše se však nedomnívám, že by byl příčinou zdravotní problém. Dle mého názoru se spíše jedná o pokles zájmu - polevení v činnosti. První aktivita byla pro tuto klientku velmi jednoduchá, až primitivní. Poslední činnost ji nebavila, obávala se ušpinění. Počáteční i konečný stav v oblasti motoriky je v případě paní Miluše na stejných hodnotách, nedošlo tedy k jejímu zlepšení ani ke zhoršení. Tento výsledek mne v případě této klientky nepřekvapil, paní Miluše byla již od počátku velmi motoricky zdatná a trůfám si říci, že zde ani nebylo co zlepšovat.

**Tabulka D** / paní Miluše - pozornost

jednotlivé kategorie	dosažené hodnoty					rozdíl	výsledek
	stav na začátku				stav na konci		
	1. setkání	2. setkání	3. setkání				
<i>stálost pozornosti (max. 3 body)</i>	3 (0)	2 (-1)	1 (-2)		-3	zhoršení	
<i>návrat do procesu (max. 3 body)</i>	3 (0)	2 (-1)	2 (-1)		-2	zhoršení	
<i>dokončení práce (max. 2 body)</i>	2 (0)	2 (0)	2 (0)		0	stav stejný	

Největší problém měla paní Miluše s udržení pozornosti. Snadno se nechala vyrušit a činnost prokládala hovorem s ostatními klienty. Nestálost pozornosti si vysvětlují rušivým elementem v podobě paní Jiřiny, která paní Miluši neustále zapojovala do hovoru. Zároveň byla pro paní Miluši činnost jednodušší než pro ostatní klienty, tudíž se na ni nemusela příliš soustředit. V souvislosti s výše uvedenými informacemi došlo u paní Miluše k celkovému zhoršení v oblasti pozornosti.

**Tabulka E** / paní Dagmar - motorická činnost

jednotlivé kategorie	dosažené hodnoty					rozdíl	výsledek
	stav na začátku				stav na konci		
	1. setkání	2. setkání	3. setkání	4. + 5. setkání	6. setkání		
<i>přetah (max. 4 body)</i>	4 (0)	4 (0)	4 (0)	-	4 (0)	0	stav stejný
<i>úchop (max. 2 body)</i>	1 (-1)	1 (-1)	1 (-1)	1 (-1)	2 (0)	-4	zlepšení
<i>přítlak (max. 3 body)</i>	1 (-2)	3 (0)	1 (-2)	- -	1 (-2)	-6	stav stejný

<i>pohyb zápěstím (max. 2 body)</i>	1 (-1)	2 (0)	1 (-1)	2 (0)	2 (0)	-2	zlepšení
<i>pohyb celou rukou (max. 2 body)</i>	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	0	stav stejný

Paní Dagmar činil největší potíže přítlak a úchop, který působil velmi křečovitým dojmem. Tato klientka se potýkala s artrózou, výsledky v tabulce tudíž nejsou překvapivé. Přes své zdravotní problémy však paní Dagmar pracovala s velkou přesností a bez přetahování, což je vzhledem k vysokému věku klientky velmi obdivuhodné. Celkově dosáhla paní Dagmar v motorické oblasti zlepšení, zvláště co se týče úchopu a pohyblivosti zápěstí. Vzhledem k tomu, že paní Dagmar měla největší problémy s úchopem a zároveň se v této oblasti časem zlepšila, považuji to za její největší úspěch, za kterým stojí její velká snaha.

**Tabulka F** / paní Dagmar - pozornost

<i>jednotlivé kategorie</i>	<i>dosažené hodnoty</i>						<i>rozdíl</i>	<i>výsledek</i>
	<i>stav na začátku</i>					<i>stav na konci</i>		
	1. setkání	2. setkání	3. setkání	4. + 5. setkání	6. setkání			
<i>stálost pozornosti (max. 3 body)</i>	3 (0)	3 (0)	2 (-1)	2 (-1)	2 (-1)	-3	zhoršení	
<i>návrat do procesu (max. 3 body)</i>	3 (0)	3 (0)	2 (-1)	2 (-1)	2 (-1)	-3	zhoršení	
<i>dokončení práce (max. 2 body)</i>	2 (0)	2 (0)	2 (0)	1 (-1)	2 (0)	-1	stav stejný	

Paní Dagmar měla problémy jak se stálostí pozornosti, tak s návratem do procesu tvorby. Během činnosti měla potřebu se s námi neustále radit o tom, jak by měla



postupovat, aby dosáhla kýženého výsledku. Nedomnívám se, že by tomu bylo z důvodu nepochopení postupu, jelikož klientka je inteligentní a i přes vysoký věk velmi bystrá. Důvod potřeby konzultovat svou práci vidím ve velké snaze o pečlivost a dokonalý výsledek, na kterém si paní Dagmar vždy zakládala. Jak můžeme vidět v tabulce, v jednom případě se paní Dagmar dílo nepodařilo dokončit. Celkově vykazuje v oblasti pozornosti tato klientka mírné zhoršení, což příkládám právě výše uvedené snaze o neustálou kontrolu své činnosti.

**Tabulka G** / paní Jana - motorika

jednotlivé kategorie	dosažené hodnoty					rozdíl	výsledek
	stav na začátku				stav na konci		
	1. setkání	2. setkání	3. setkání	4. setkání	5. setkání		
<i>přetah</i> (max. 4 body)	4 (0)	3 (-1)	3 (-1)	4 (0)	2 (-2)	-4	zhoršení
<i>úchop</i> (max. 2 body)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	0	stav stejný
<i>přítlak</i> (max. 3 body)	2 (-1)	2 (-1)	1 (-2)	2 (-1)	3 (0)	-5	zlepšení
<i>pohyb zápěstím</i> (max. 2 body)	2 (0)	2 (0)	1 (-1)	2 (0)	2 (0)	-1	stav stejný
<i>pohyb celou rukou</i> (max. 2 body)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	0	stav stejný

Z tabulky je patrné, že největší problémy dělal paní Janě přítlak a přetah kontur. V případě této klientky hodně záleželo na tom, v jakém psychickém rozpoložení se aktuálně nachází. Pokud neměla dobrou náladu, odrazilo se to i v chuti pracovat a snaze o dobrý výsledek. U paní Jany můžeme pozorovat zlepšení v oblasti přítlaku, naopak v oblasti přetahu lze vidět zhoršení. Za tímto zhoršením vidím právě odraz psychického stavu klientky, který se promítal i do její snahy o přesnou práci.

**Tabulka H** / paní Jana - pozornost

jednotlivé kategorie	dosažené hodnoty					rozdíl	výsledek
	stav na začátku				stav na konci		
	1. setkání	2. setkání	3. setkání	4. setkání	5. setkání		
<i>stálost pozornosti (max. 3 body)</i>	3 (0)	3 (0)	3 (0)	3 (0)	3 (0)	0	stav stejný
<i>návrat do procesu (max. 3 body)</i>	3 (0)	3 (0)	3 (0)	3 (0)	3 (0)	0	stav stejný
<i>dokončení práce (max. 2 body)</i>	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)	0	stav stejný

Paní Jana si po celou dobu kurzů zachovávala konstantní hladinu pozornosti. Při práci byla soustředěná a nenechala se vyrušovat. Do hovoru s ostatními se nezapojovala, plně se soustředila na tvorbu. V oblasti pozornosti jsem nezaznamenala zlepšení ani zhoršení.

**Tabulka I** / paní Květa - motorika

jednotlivé kategorie	dosažené hodnoty			rozdíl	výsledek	
	stav na začátku					stav na konci
	1. setkání	2. setkání	3. setkání			
<i>přetah (max. 4 body)</i>	2 (-2)	4 (0)	3 (-1)	-3	zlepšení	
<i>úchop (max. 2 body)</i>	1 (-1)	1 (-1)	1 (-1)	-3	stav stejný	
<i>přítlak (max. 3 body)</i>	1 (-2)	1 (-2)	1 (-2)	-6	stav stejný	
<i>pohyb zápěstím (max. 2 body)</i>	1 (-1)	2 (0)	1 (-1)	-2	stav stejný	

<i>pohyb celou rukou (max. 2 body)</i>	2 (0)	2 (0)	2 (0)	0	stav stejný
--	----------	----------	----------	---	-------------

V případě paní Květy se vyskytly problémy hned v několika kategoriích. Největší bodový rozdíl lze vidět v hodnocení přítlaku - paní Květa, které je úctyhodných 84 let, již není v tak dobré fyzické kondici, aby mohla vyvíjet silnější přítlak na pastelku. Artróza, kterou pacientka trpí, jí neumožňuje ani přirozený úchop. Vlivem těchto problémů se u paní Květy vyskytly i obtíže s dodržáním kontury. Celkově došlo u paní Květy ke zlepšení motoriky, pokrok lze vidět v kategorii přetahu, což je dle mého názoru způsobeno tréninkem této činnosti. Jsou to potěšující výsledky vzhledem k tomu, jaké měla tato klientka problémy s dodržáním obrysu.

**Tabulka J** / paní Květa - pozornost

<i>jednotlivé kategorie</i>	<i>dosažené hodnoty</i>			<i>rozdíl</i>	<i>výsledek</i>
	<i>stav na začátku</i>		<i>stav na konci</i>		
	1. setkání	2. setkání	3. setkání		
<i>stálost pozornosti (max. 3 body)</i>	1 (-2)	1 (-2)	1 (-2)	-6	stav stejný
<i>návrat do procesu (max. 3 body)</i>	2 (-1)	2 (-1)	2 (-1)	-3	stav stejný
<i>dokončení práce (max. 2 body)</i>	2 (0)	2 (0)	2 (0)	0	stav stejný

Klientka měla během kurzů velký problém udržet pozornost a setrvat v činnosti. Přes veškerou podporu z naší strany činnost často přerušovala jinými aktivitami (jídlem, spánkem). Z důvodu nedoslýchavosti působila až apatickým dojmem. Za naší asistence a pobídek však díla vždy dokončila. Tyto potíže s koncentrací příkládám vysokému věku klientky, paní Květa byla jednou z nejstarších účastnic našeho kurzu, a také velké náročnosti aktivit vzhledem k jejím možnostem. V oblasti pozornosti zůstal stav na počátku i na konci kurzu stejný, nezaznamenala jsem zlepšení ani zhoršení. Dle mého názoru by paní Květě nejvíce prospělo, pokud by opravdu pečlivě a dlouhodobě trénovala jednu techniku (např. vybarvování). Tím, že by pro ni byla tato činnost přiměřeně náročná, mohlo by dojít i ke zlepšení úrovně koncentrace.

**Tabulka K** / Sumarizace výsledků - globální pohled / motorika

<i>Motorika</i>						<i>Celkem</i>	<i>Celkový výsledek</i>
<i>přetah</i>	-6	0	0	-4	-3	<b>-13</b>	zlepšení
<i>úchop</i>	0	0	-4	0	-3	-7	zlepšení
<i>přítlak</i>	-3	-2	-6	-5	-6	<b>-22</b>	neutrální stav*
<i>pohyb zápěstím</i>	-3	0	-2	-1	-2	-8	zlepšení
<i>pohyb celou rukou</i>	0	0	0	0	0	0	stav stejný

\* ve stejné míře zlepšení i zhoršení stavu

**Tabulka L** / Sumarizace výsledků - globální pohled / pozornost

<i>Pozornost</i>						<i>Celkem</i>	<i>Celkový výsledek</i>
<i>stálost pozornosti</i>	0	-3	-3	0	-6	<b>-12</b>	zhoršení
<i>návrat do procesu</i>	0	-2	-3	0	-3	<b>-8</b>	zhoršení
<i>dokončení práce</i>	0	0	-1	0	0	-1	stav stejný

Z výše uvedených tabulek lze vyčíst, že největší problémy v oblasti motoriky měly klientky s přitlakem a přetahem. Mírnější obtíže vykazují kategorie úchop a pohyb zápěstím, naopak nejmenší problémy činila klientkám celková pohyblivost končetiny. V oblasti pozornosti můžeme vidět největší "propad" v kategorii stálost pozornosti a v souvislosti s tímto se vyskytl problém i s návratem do procesu tvorby.

Co se týče celkové úspěšnosti, nejlepší výsledky můžeme pozorovat v oblasti motoriky. Klientky se zlepšily v kategorii přítlaku, přetahu a v pohyblivosti zápěstí, zároveň nedošlo k žádnému zhoršení ve zbylých kategoriích. Lze tedy konstatovat, že v

oblasti motoriky bylo dosaženo velmi uspokojivých výsledků. V oblasti pozornosti však došlo k pravému opaku a u klientek došlo během kurzů k evidentnímu poklesu pozornosti. Nejvíce je tento pokles patrný v kategorii stálost pozornosti. Domnívám se, že tento "propad" je způsoben tím, že náročnost jednotlivých technik nebyla příliš kompatibilní se schopnostmi klientů. Jelikož připravené činnosti byly pro všechny stejné, ale výtvarné schopnosti klientů se lišily, docházelo k tomu, že aktivita byla pro jednoho člena náročná, ale pro druhého banální. Jako příklad mohu uvést paní Miluši a paní Květu. Paní Miluše byla motoricky velmi zdatná, tudíž ji omalovánky nudily. Paní Květa již díky pokročilému věku a horšímu zdravotnímu stavu přílišnou motorickou zdatností neoplývala, ale protože se připojila až v závěru kurzu, dostala se k činnostem, které byly nad rámec jejích možností.

## 13 Kritické zhodnocení projektu

Se svým návrhem diagnostiky výtvarných činností jsem spokojena, dle mého názoru se tento návrh osvědčil a pomohl nám dospět k dostatečně průkazným výsledkům. Během jeho sestavení jsem se potýkala pouze s jedním problémem, a sice s převodem činností z plošné tvorby na prostorovou. Řešením bylo hledání analogií mezi plošnou a prostorovou tvorbou a následná transformace technik. Tento postup mi pomohl nastavit jednotnou škálu a umožnil mi pokračovat ve vyhodnocování. Mohu si tedy odpovědět na výzkumnou otázku č. 1 : „*Je možné změřit úspěšnost výtvarných činností?*“ Ano, je, pomocí návrhu diagnostiky je úspěšnost činností měřitelná. Díky navrženým kategoriím, ve kterých jsem oblast motoriky a pozornosti sledovala, se dal velmi komfortně a přehledně sledovat jejich vývoj. Na podobě těchto kategorií bych nic neměnila, myslím si, že přinesly objektivně zhodnotitelné výsledky.

Co se těchto výsledků týče, jsem velmi spokojena s pokroky, jakých bylo dosaženo v oblasti motoriky. Je vidět, že výtvarná činnost má pro seniory opravdu smysl, neboť přináší kýžený efekt. Zlepšení v oblasti motoriky je obrazem toho, že jsme s Danou postupovaly správně ve výběru výtvarných technik. Výsledky, které přineslo měření pozornosti mne trochu zklamaly. Dle mého názoru je pokles pozornosti u klientek způsoben již zmíněnými rozdílnými motorickými dovednostmi. Stálost pozornosti tedy na jedné straně ovlivňoval "pocit nudy" (přílišná jednoduchost techniky), na straně druhé pocit nejistoty, potřeba ujišťování se o správnosti postupu (velká náročnost techniky).

**Vidím zde tedy provázanost v obou sledovaných oblastech (motorika - pozornost).**

V souvislosti s tímto zjištěním mohu stanovit i doporučení do budoucna - výtvarné činnosti bych více přizpůsobovala specifickým potřebám klientů. Po důkladnějším seznámení se s jednotlivými členy skupiny by bylo vhodné připravit více variant výtvarných aktivit, které by korespondovaly se schopnostmi jednotlivce. Dle mého názoru by pak nedocházelo k poklesu pozornosti a klient by se mohl těšit z větších pokroků. Tento postup by však vyžadoval větší míru informovanosti o jednotlivých členech a jejich schopnostech, a zároveň větší přípravu na jednotlivé kurzy (zejména co se týče individuálních výtvarných aktivit). Díky výsledkům získaným při vyhodnocování si mohu zodpovědět i výzkumnou otázku č. 2: „*Lze nastavit výtvarné činnosti tak, aby došlo ke zlepšení psychomotorických funkcí jedince?*“ Ano, lze, s větším přihlédnutím ke specifickým potřebám klienta.

## Závěr

V této diplomové práci se zabývám návrhem diagnostiky výtvarných schopností a dispozic u seniorů, v závislosti na zkušenostech z realizovaného výtvarného projektu na principu art-therapy v LDN Privamed v Plzni. Díky realizaci tohoto projektu jsem mohla navrhnout diagnostiku, jejímž prostřednictvím lze mapovat vývoj psychomotorických funkcí jedince při výtvarné činnosti. Cílem práce je prokázat, zda je možné výtvarné činnosti měřit a nastavit tak, aby u jedinců s různými druhy znevýhodnění mohlo dojít ke zlepšení psychomotorických funkcí.

V rámci projektu jsem sbírala informace týkající se individuálních vlastností členů skupiny, se kterou jsem pracovala. Jednalo se nejen o specifika procesu stárnutí, ale i specifika výtvarné činnosti seniorů. Bylo nutné rovněž nastudovat informace z oblasti terapie (arteterapie, ergoterapie) a diagnostiky. Tyto informace byly pro mne velmi přínosné a usnadnily mi práci při realizaci projektu. Samotný průběh projektu, jeho metody a cíle shrnuji v praktické části své práce. Je zde také velmi podstatná kapitola týkající se konkrétních technik a jejich náročnosti. Stěžejní kapitolou mé praktické části je návrh diagnostiky, dle které jsou výsledky projektu zpracovány. Shrnutí celého projektu je obsaženo v předchozích dvou kapitolách (*Kategorizace výsledků a vyhodnocení, Kritické zhodnocení projektu*).

Ve své práci jsem se na základě realizovaného projektu pokusila odpovědět na tyto výzkumné otázky: „*Je možné změřit úspěšnost výtvarných činností? Lze nastavit výtvarné činnosti tak, aby došlo ke zlepšení psychomotorických funkcí jedince?*“ Po téměř roční práci na tomto projektu mohu k první výzkumné otázce říci, že pomocí mého návrhu diagnostiky je úspěšnost činností měřitelná. Velké "obohacení" výsledků z diagnostiky spatřuji v určení náročnosti techniky v souvislosti se zdravotním omezením konkrétního klienta. Výsledky tedy nejsou pouhým souhrnem čísel, ale obsahují i zdůvodnění a můj vlastní komentář k dané problematice. V případě druhé výzkumné otázky mohu opět konstatovat, že lze nastavit výtvarné činnosti tak, aby došlo ke zlepšení psychomotorických funkcí jedince, pokud přihlédneme ke specifickým potřebám klienta. V tomto případě jsem zjistila, že poznání úrovně motorických dovedností jednotlivého klienta je velmi důležité pro nastavení konkrétní výtvarné techniky. Pokud bude tato podmínka splněna, nebude dle mého názoru docházet k poklesu pozornosti u klientů. Na druhou stranu jsem velmi potěšena výsledky, kterých bylo u klientů dosaženo v oblasti

motoriky.

Celkově hodnotím projekt jako velmi přínosný nejen pro sebe, ale i pro seniory v LDN Privamed. Na klientech tohoto zařízení bylo vidět, že jsou rádi, pokud mohou být někým vytrženi ze stereotypu všedního dne. Činnost, při které mohou něco vyrobit a dokázat tím, že na život ještě nerezignovali, působila na jejich psychiku opravdu příznivým dojmem. Tyto informace nám sdělovali sami účastníci kurzu, na kterých bylo mnohdy vidět, že přicházejí ve stavu psychické nepohody. Velkou odměnou pro nás pak bylo, pokud z našeho setkání odcházeli s úsměvem a lepší náladou. Já osobně vnímám realizaci tohoto projektu jako velkou zkušenost do života. Práce se stárnoucími lidmi není jednoduchá, což jsem si sama také ověřila. Díky tomuto projektu jsem mohla nahlédnout více "pod povrch" a získat tak větší pochopení pro naši stárnoucí populaci.



## Použitá literatura

CAMPBELL, Jean. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: [skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti i dospělé]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998, 200 s. ISBN 80-7178-204-1.

GRIMOVÁ, K. *Výtvarné etudy s principem art-therapy u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů*. Plzeň, 2013. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta pedagogická. Vedoucí práce PhDr. Martina Komzáková.

JEDLIČKA, Richard. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Vydání 1. Praha: Grada, 2015, 544 s. ISBN 978-80-247-5447-5.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 280 s. ISBN 80-7178-864-3.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MŮHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. Vyd. 1. Praha: Academia, 1998, 590 s. ISBN 80-200-0689-3.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998, 160 s. ISBN 80-7178-184-3.

SLAVÍK, Jan. *Současná arteterapie v České republice a v zahraničí*. Praha: Univerzita Karlova, 2000, 200 s. ISBN 80-7290-004-8.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, 320 s. ISBN 80-7178-274-2.

SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 173 s. ISBN 978-80-262-0335-3.

SVOBODA, Mojmír. *Psychologická diagnostika dospělých*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2010, 343 s. ISBN 978-80-7367-706-0.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 176 s. ISBN 80-7178-616-0.

ŠNÝDROVÁ, Ivana. *Psychodiagnostika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 143 s. ISBN 978-80-247-2165-1.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

WALSH, Danny. *Skupinové hry a činnosti pro seniory: interakce a sebepoznávání, hry se slovy, kvízy, cvičení a relaxace, každodenní aktivity*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 203 s. ISBN 80-7178-970-4.

### **Internetové zdroje**

- Arteterapie. *Psychosomatická klinika*. [online]. 16.4.2011 [cit. 2016-03-04]. Dostupné z: <https://psychosomatika.cz/clanek/arteterapie/>
- Pelcák, S. 2005-2006. *Základy psychoterapie* [online]. Katedra sociální patologie a sociologie, Pedagogická fakulta v Hradci Králové. Soubor přednášek 2005 - 2006. [citováno 21. 03. 2016]. Dostupné online z WWW: <<http://pdf.uhk.cz/ksop/ZPT.doc>>

## Resumé

In this thesis I describe the diagnostic design of artistic abilities and dispositions of seniors, depending on the experience of an art project realized on the principle of art-therapy in hospice Privamed in Pilsen. Thanks to this project, I could suggest the diagnosis, which can be mapped through the development of psychomotor functions in individual artistic activities. The aim is to establish if it is possible to measure learning activities and set up so that individuals with different types of disadvantage could be improved psychomotor functions. In the project I collected information relating to individual characteristics of the group with whom I worked. It was not only about the specifics of the aging process, but also the specifics of art activities of seniors. It was also necessary to study information related therapies (art therapy, occupational therapy) and diagnostics. This information was very useful for me and facilitated my work in making the project. The progress of the project, its methods and objectives, I summarized in the practical part. There is also a very important chapter concerning specific techniques and their demands. The main part of my practical proposal is part of diagnosis, according to which the results are processed. Summary of the project can be seen in the previous two chapters (Categorization of results and evaluation, critical review of the project).

In my work on the basis of the project I tried to answer the following research questions: *"Is it possible to measure the success of creative activities? You can set artistic activities to improve psychomotor function of the individual?"* After almost a year of working on this project I can to the first research question answer that by designing my diagnosis is the success of activities measurable. Great enrichment of the results of the diagnosis I see in determining performance techniques due to health limitations specific client. The results are therefore not merely the sum of the numbers, but they also contain the rationale and my own commentary on the issue. Regarding the second research question again, I can say that you can set artistic activities in order to improve psychomotor function individual, if we take into account the specific need of the client. In this case, I found that the level of motor skills is very important to set specific art techniques. In my opinion, if that happens, the attention of the clients will be not disturbed. On the other hand, I am very pleased with the results that have been achieved for clients in motor skills. Overall, we consider the project as very beneficial, not only for himself but also for the elderly in hospice Privamed. We could see on the clients of this device that they are happy if they can be somehow raptured from the stereotype of

everyday life. Activity that can make something, to prove that they even not design their life, worked on their psyche very favorable. This informations were telling us the participants of the course, when it was often seen that they come in uncomfortable psychice state. The big reward for us was, then they left our meeting with a smile and a better mood. I personally take this project as an experience to life. Working with elderly people is not easy, which I myself also verified. With this project, I was able to look more "beneath the surface" and gain a greater understanding of our aging population.

## Seznam tabulek

### Kategorizace výsledků

Tabulka A.....	61
Tabulka B.....	62
Tabulka C.....	63
Tabulka D.....	64
Tabulka E.....	64
Tabulka F.....	65
Tabulka G.....	66
Tabulka H.....	67
Tabulka I.....	67
Tabulka J.....	68
Tabulka K.....	69
Tabulka L.....	69

### Kazuistiky pacientů (přílohy)

Tabulka I.....	I
Tabulka II.....	II
Tabulka III.....	V
Tabulka IV.....	VIII
Tabulka V.....	XI
Tabulka VI.....	XIV
Tabulka VII.....	XVI
Tabulka VIII.....	XVII
Tabulka IX.....	XIX
Tabulka X.....	XXI
Tabulka XI.....	XXII
Tabulka XII.....	XXIV

Tabulka XIII.....	XXVI
Tabulka XIV.....	XXVII
Tabulka XV.....	XXIX
Tabulka XVI.....	XXX
Tabulka XVII.....	XXXIII
Tabulka XVIII.....	XXXIV
Tabulka XIX.....	XXXVI
Tabulka XX.....	XXXIX
Tabulka XXI.....	XLI
<u>Reflexe z jednotlivých setkání (přílohy)</u>	
Tabulka č. 1.....	XLIV
Tabulka č. 2.....	XLIX
Tabulka č. 3.....	LVIII
Tabulka č. 4.....	LXIV
Tabulka č. 5.....	LXVIII
Tabulka č. 6.....	LXXIV
Tabulka č. 7.....	LXXIX
Tabulka č. 8.....	LXXXIII
Tabulka č. 9.....	LXXXVII

## Seznam obrázků

### Kazuistiky pacientů (přílohy)

Obr. A.....	II
Obr. B.....	IV
Obr. C.....	IV
Obr. D.....	IV
Obr. E.....	V
Obr. F.....	VII
Obr. G.....	VII
Obr. H.....	X
Obr. I.....	X
Obr. J.....	XI
Obr. K.....	XIII
Obr. L.....	XIII
Obr. M.....	XV
Obr. N.....	XVII
Obr. O.....	XVIII
Obr. P.....	XIX
Obr. Q.....	XX
Obr. R.....	XXII
Obr. S.....	XXIV
Obr. T.....	XXV
Obr. U.....	XXVIII
Obr. V.....	XXX
Obr. W.....	XXXII
Obr. X.....	XXXIV

Obr. Y.....	XXXVI
Obr. Z.....	XXXVIII
Obr. a.....	XL
Obr. b.....	XLII
<u>Reflexe z jednotlivých setkání (přílohy)</u>	
Obr. č. 1.....	XLVI
Obr. č. 2.....	XLVII
Obr. č. 3.....	XLVII
Obr. č. 4.....	XLVII
Obr. č. 5.....	XLVIII
Obr. č. 6.....	LII
Obr. č. 7.....	LII
Obr. č. 8.....	LIII
Obr. č. 9.....	LIII
Obr. č. 10.....	LIV
Obr. č. 11.....	LIV
Obr. č. 12.....	LV
Obr. č. 13.....	LV
Obr. č. 14.....	LVI
Obr. č. 15.....	LX
Obr. č. 16.....	LXI
Obr. č. 17.....	LXI
Obr. č. 18.....	LXII
Obr. č. 19.....	LXII
Obr. č. 20.....	LXIII
Obr. č. 21.....	LXVI
Obr. č. 22.....	LXX



Obr. č. 23.....	LXX
Obr. č. 24.....	LXXI
Obr. č. 25.....	LXXI
Obr. č. 26.....	LXXII
Obr. č. 27.....	LXXII
Obr. č. 28.....	LXXVI
Obr. č. 29.....	LXXVI
Obr. č. 30.....	LXXVII
Obr. č. 31.....	LXXVII
Obr. č. 32.....	LXXX
Obr. č. 33.....	LXXX
Obr. č. 34.....	LXXXI
Obr. č. 35.....	LXXXI
Obr. č. 36.....	LXXXIV
Obr. č. 37.....	LXXXVIII
<u>Fotografie (přílohy)</u>	
Obr. č. 38.....	LXXXIX
Obr. č. 39.....	LXXXIX
Obr. č. 40.....	XC
Obr. č. 41.....	XC
Obr. č. 42.....	XCI
Obr. č. 43.....	XCI
Obr. č. 44.....	XCII
Obr. č. 45.....	XCII

## Seznam grafů

### Případové studie - kazuistiky

Graf č. 1.....	50
Graf č. 2.....	50
Graf č. 3.....	52
Graf č. 4.....	52
Graf č. 5.....	54
Graf č. 6.....	54
Graf č. 7.....	56
Graf č. 8.....	57
Graf č. 9.....	58
Graf č. 10.....	59

## **Seznam příloh**

### **Přílohy na přiloženém CD**

K této diplomové práci přikládám CD s názvem Přílohy \_DP\_Andrea Čížková. Lze zde nalézt tyto soubory:

- Kazuistiky pacientů
- Reflexe z jednotlivých setkání
- Fotografie