

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

**UMĚLECKÉ TERAPIE, JEJICH INTERVENCE A ÚČINKY V LÉČBĚ
A REHABILITACI OSOB SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM: SCOPING REVIEW**

Mgr. Gabriela Špinarová

Doktorský studijní program

Speciální pedagogika

Olomouc 2024

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Veronika Růžičková, Ph.D.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně pod odborným vedením mé školitelky Mgr. Bc. Veroniky Růžičkové, Ph.D., s použitím bibliografických a elektronických zdrojů uvedených v referenčním seznamu v závěru práce. Dále prohlašuji, že jsem spolupracovala s ředitelem z Centre of Evidence-based Education & Arts Therapies: JBI Affiliated Group při PdF UPOL, doc. Jiřím Kantorem, Ph.D., který poskytl dohled nad celým procesem při tvorbě scoping review a zároveň se stal nezávislým hodnotitelem relevantnosti při extrakci získaných dat.

Mgr. Gabriela Špinarová

V Olomouci dne.....

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda vyjádřila své upřímné poděkování všem, kteří mi pomohli při tvorbě této závěrečné práce. Především bych chtěla poděkovat své vedoucí práce a školitelce Mgr. Bc. Veronice Růžičkové, Ph.D., za její neocenitelné rady, odborné vedení, trpělivost, motivaci, energii a čas, které byly klíčové jak pro mě samotnou, tak také pro dokončení této práce. Ovlivnila mě a inspirovala jak v profesním, tak osobním životě a umožnila mi růst nejen v akademickém prostředí. Děkuji také doc. Jiřímu Kantorovi, Ph.D. za odborné vedení a veškeré rady. Dále děkuji celé své rodině, blízkým a přátelům za jejich neustálou podporu, pochopení a motivaci během celého studia. Bez jejich lásky a povzbuzení by bylo mnohem těžší dosáhnout takového cíle.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Mgr. Gabriela Špinarová
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Bc. Veronika Růžičková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Umělecké terapie, jejich intervence a účinky v léčbě a rehabilitaci osob se zrakovým postižením: scoping review
Název práce v angličtině:	Arts Therapies, their Interventions and Effects in the Treatment and Rehabilitation of People with Visual Impairment: Scoping Review
Anotace práce:	<p>Hlavním cílem disertační práce byla identifikace terapeutických intervencí založených na umění (arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, tanečně-pohybová terapie) a expresivních (uměleckých) terapií (biblioterapie) a jejich specifík a účinků pro osoby se zrakovým postižením. Dalším cílem pak byla možnost zanalyzovat výzkumnou evidenci o účincích uměleckých a expresivních (uměleckých) terapií a příbuzných přístupů u osob se zrakovým postižením.</p> <p>Disertační práce s tématem umělecké terapie, jejich intervence a účinky v léčbě a rehabilitaci osob se zrakovým postižením přináší ucelený systematický přehled studií, zaměřených na dané téma. K tomuto účelu byla použita metodika scoping review a to podle standardních postupů JBI. Celkem bylo identifikováno 75 relevantních studií. V teoretickém základu jsou představeny a popsány klíčové pojmy a jejich specifika. Empirická část práce se zaměřuje na metodiku tvorby scoping review a především přináší přehled získaných výsledků.</p> <p>Výsledky scoping review přinášejí ucelený přehled o existujících studiích, které se zabývají intervencemi</p>

	<p>založenými na umění u osob se zrakovým postižením. Studie ukazují, že umělecké terapie mohou mít pozitivní účinky na fyzickou, psychickou a sociální pohodu osob se zrakovým postižením, například zlepšení sebevědomí, komunikace, zvládnání stresu, kvality života a sociální integrace.</p>
Klíčová slova:	<p>zrakové postižení, umělecké terapie, muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, tanečně pohybová terapie, biblioterapie</p>
Anotace práce v angličtině:	<p>The main aim of the dissertation was to identify therapeutic interventions based on art (art therapy, music therapy, drama therapy, dance-movement therapy) and expressive (art) therapies (bibliotherapy) and their specificities and effects for people with visual impairment. A further aim was then to analyse the research evidence on the effects of art and expressive (art) therapies and related approaches for people with visual impairment.</p> <p>This dissertation on Arts Therapies, their Interventions and Effects in the Treatment and Rehabilitation of People with Visual Impairment a comprehensive systematic review of studies on the topic. For this purpose, a scoping review methodology was used following standard JBI procedures. A total of 75 relevant studies were identified. The key concepts and their specificities are introduced and described in the theoretical background. The empirical part of the thesis focuses on the methodology of scoping review and mainly presents an overview of the obtained results.</p> <p>The results of the scoping review provide a comprehensive overview of existing studies that address arts-based interventions for people with visual impairment. Studies show that art-based therapies can have positive effects on the physical, psychological and social well-being of people with visual impairment, such as improved self-esteem,</p>

	communication, stress management, quality of life and social integration.
Klíčová slova v angličtině:	visual impairment, arts therapies, music therapy, art therapy, dramatherapy, dance/movement psychotherapy
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha 1a - Částečná vyhledávací strategie pro tvorbu scoping review (2/2021).</p> <p>Příloha 1b - Částečná vyhledávací strategie pro tvorbu scoping review (4/2021).</p> <p>Příloha 2a - Doplnění vyhledávací strategie pro tvorbu scoping review (11/2022).</p> <p>Příloha 2b - Doplnění vyhledávací strategie pro tvorbu scoping review (5/2024).</p> <p>Příloha 3a - Podrobnější data studií z oblasti AT.</p> <p>Příloha 3b - Podrobnější data studií z oblasti MT.</p> <p>Příloha 3c - Podrobnější data studií z oblasti MM.</p> <p>Příloha 3d - Podrobnější data studií z oblasti DT.</p> <p>Příloha 3e - Podrobnější data studií z oblasti DMT.</p> <p>Příloha 3f - Podrobnější data studií z oblasti Biblioterapie a expresivního psaní.</p> <p>Příloha 4 - Narativní popisy vybraných studií</p>
Rozsah práce:	190 stran
Jazyk práce:	Český

OBSAH

ÚVOD	9
I. TEORETICKÝ RÁMEC	12
1 Zrak a zrakové vnímání.....	12
1.1 Kompenzační činitelé.....	15
1.1.1 Nižší kompenzační činitelé	15
1.1.2 Vyšší kompenzační činitelé.....	20
2 Osoba se zrakovým postižením.....	25
2.1 Klasifikace.....	25
2.1.1 Medicínské klasifikační přístupy	25
2.1.2 Speciálně-pedagogické klasifikační přístupy	28
2.2 Prevalence a incidence	34
2.3 Důsledky zrakového postižení v každodenním životě	37
3 Vybrané formy uměleckých terapií.....	40
3.1 Umělecké a expresivní terapie	43
3.1.1 Arteterapie.....	46
3.1.2 Muzikoterapie	53
3.1.3 Dramaterapie.....	58
3.1.4 Tanečně-pohybová terapie.....	61
3.1.5 Biblioterapie.....	63
II. EMPIRICKÁ ČÁST.....	69
4 Úvod do problematiky výzkumu.....	69
5 Metodika tvorby scoping review.....	72
6 Výsledky	78
6.1 Charakteristika studií zahrnutých do scoping review	80
6.2 Analýza výsledků dle uměleckých modalit.....	84
6.2.1 Studie s využitím výtvarného umění	84

6.2.2 Studie s využitím hudby.....	94
6.2.2.1 Studie s využitím muzikoterapeutické intervence.....	94
6.2.2.2 Studie s využitím hudby v oblasti medicíny.....	108
6.2.3 Studie s využitím dramatu.....	121
6.2.4 Studie s využitím pohybu a tance.....	127
6.2.5 Studie s využitím dalších uměleckých intervencí	135
7 Diskuze.....	139
7.1 Komparace jednotlivých oblastí.....	143
7.2 Společné prvky všech terapeutických modalit.....	154
7.3 Doporučení pro další výzkum a praxi	157
7.4 Celková doporučení pro praxi	160
7.5 Zhodnocení silných stránek a limitů studie.....	162
Závěr	164
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	168
SEZNAM OBRÁZKŮ a GRAFŮ.....	169
SEZNAM TABULEK.....	170
REFERENČNÍ SEZNAM.....	171
SEZNAM PŘÍLOH.....	190

ÚVOD

Umění může pro každého člověka znamenat něco jiného. Každý jeho podobu vnímá podle svého. Někdo jde po jeho povrchu, jiný proniká více do hloubky. Někdo vnímá jeho estetický vzhled, další jde za významem věci. Každý preferuje jiný druh umění. Někteří se na něj rádi podívají, jiní se do něho raději zaposlouchají nebo ho prožijí na vlastní kůži, vlastním tělem. Umění nám přináší celou škálu emocí – radost, smutek, zlobu, vztek, strach, štěstí, lásku... Každý si najde vlastní cestu, jak umění poznávat a prožívat. Je součástí života nás všech, aniž bychom ho záměrně vyhledávali nebo si ho jakkoliv uvědomovali.

Říčky, básničky, písničky, pohádky, hra a hračky – to vše jsou prvky, které nás doprovázejí již od útlého dětství. Setkáváme se s nimi v rodině a postupně se rozvíjejí při nástupu do mateřské školy, na základní školu či během docházky na základní uměleckou školu. Někdo je k takové činnosti veden, jiný se k ní propracuje sám. Tvoříme, zpíváme, kreslíme a malujeme, tančíme, čteme knihy, fotografujeme, sledujeme filmy nebo navštěvujeme kulturní akce a instituce, které našemu poznání mohou dát další rozměr. Je nespočet možností, jak se umělecky rozvíjet a tvořit. Takové jednání a počínání na nás budou mít vždy neodmyslitelně vliv. Rozvíjejí naše estetické vnímání, ale také sociální interakci, emoce či smyslové vnímání a formují naši osobnost. V mnoha případech mají jednotlivé umělecké prvky i terapeutický charakter. Dovolíme si tak tvrdit, že je pro nás umění důležité, a to bez ohledu na to, kdo jsme. Bez rozdílu pohlaví, věku, národnosti či zdravotního stavu.

Tato práce se věnuje umění v kontextu uměleckých terapií a jejich vlivu na osoby se zrakovým postižením. Umělecké terapie mohou být výborným prostředkem, jak jedince se zrakovým postižením stimulovat, dále jej rozvíjet, napomáhat mu v učení, rozvoji pozornosti, myšlení či paměti, jak vyzdvihnout jeho přednosti a učit ho pracovat s ostatními kompenzačními činiteli i přesto, že má zrakovou vadu. Jako příklad si můžeme uvést muzikoterapii, která napomáhá daným jedincům rozvíjet jejich další dovednosti, přizpůsobovat chování a překonávat překážky v jejich životě. Pro osoby se zrakovým postižením může být vnímání okolního světa za pomoci sluchu obtížné kvůli velkému množství okolních hluků. Hudební terapie je tak výborným prostředkem, jak dané zvuky eliminovat a pomoci se soustředit pouze na konkrétní z nich, naučit se je rozpoznávat a dále s nimi pracovat (Coddington, 1984; Metell, 2015; Thaut & Hoenberg, 2014; Wheeler, 2017). V rámci arteterapie je účelné využití různorodých materiálů, které jsou považovány za sensorické stimulanty. Díky těmto prostředkům jsme u jedince se zrakovým postižením schopni rozvíjet hmatové vnímání, pozornost a koncentraci. Jedinec se učí vnímat detaily,

rozpoznávat materiály nebo transformovat jedno umělecké dílo na jiné (hudba – obraz). Výtvarná tvorba může být prostředkem k vyjádření sebe sama, svých pocitů a emocí (Rubin, 2016; Stephenson, 2006). Podobně můžeme s našimi emocemi pracovat i pomocí pohybu a tance. Tato forma terapie (tanečně-pohybová terapie) umožňuje jedinci, aby se mohl uvolnit, poznávat prostor okolo sebe a zbavovat se strachu z něj, vnímat vlastní tělo a jeho přítomnost a polohu v prostoru (Ritter & Low, 1996). U všech výše zmíněných podob terapie můžeme hovořit o možnosti vnímání sebe sama, učení se, prožívání. Umožňují jedinci se zrakovým postižením rozvoj vyšších i nižších kompenzačních činitelů. Rozvíjejí jeho osobnost, ale i možnosti interakce s okolním světem. Nemusejí fungovat odděleně, ale můžeme je propojovat v přístupu expresivních (uměleckých) terapií. Jakýkoliv umělecký prvek tak může být využit pro rozvoj osobnosti, lepší život a přijetí okolního světa i sebe sama.

Cílem této disertační práce je představit problematiku uměleckých terapií ve vztahu k osobám se zrakovým postižením s důrazem na dostupné a již dříve publikované studie a výzkumy zaměřené na dané téma. Následně si pak klademe za cíl vytvořit přehled těchto studií zaměřených na využití uměleckých terapií (arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie a tanečně-pohybová terapie) a expresivních (uměleckých) terapií (všechny dříve vyjmenované + biblioterapie/poetoterapie, psychodrama) u osob se zrakovým postižením. Úvodní kapitoly disertační práce tvoří teoretický základ dané problematiky. Vnímání (zrakové, sluchové, taktilní, čichové, chuťové) je klíčovým prvkem pro poznávání světa okolo nás, nejinak je tomu u osob se zrakovým postižením. Proto na úvod teoretického základu popisujeme danou problematiku, včetně kompenzačních činitelů, jež hrají u osob se zrakovým postižením důležitou roli v každodenním životě. Dále je přiblíženo, kdo je to osoba se zrakovým postižením a jaké příčiny a důsledky jsou s vadou zraku spojovány. V práci se dále seznámíme s jednotlivými oblastmi uměleckých terapií a expresivních (uměleckých) terapií. Zároveň uvedeme jejich možnosti intervence v rámci léčby a rehabilitace u osob se zrakovým postižením. V empirické části si poté klademe za cíl komparovat a systematizovat popisná data o současném stavu a přínosu uměleckých terapií pro osoby se zrakovým postižením. K tomuto účelu bude realizována výzkumná práce s metodikou scoping review.

Navzdory potenciálu, který zkušenost s uměleckým prostředkem při rehabilitaci osob se zrakovým postižením nabízí, se jedná o výzkumem málo podložené oblasti uměleckých terapií. Rešerší v databázích a v registrech protokolů a systematických review (Epistemonikos, Prospero, Cochrane Library a JBI Library) jsme zjistili, že scoping review

(a dokonce ani systematická review) zaměřené na umělecké terapie u osob se zrakovým postižením nebylo doposud systematicky zpracováno. Je tedy účelné a žádoucí předložit inovativní studii typu scoping review s přehledem a popisem dosavadních výzkumných aktivit v této oblasti, a proto je tato disertační práce věnována dané problematice.

Předpokládáme, že na základě výsledků scoping review bude možné vytvořit doporučení pro praxi uměleckých terapeutů i pro praxi dalších rehabilitačních odborností. Výsledky scoping review mohou být užitečné pro ergoterapeuty, speciální pedagogy, klinické psychology, ošetřovatele, zrakové terapeuty, sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách. Přidanou hodnotou scoping review budou o jeho výstupy opřena doporučení k výzkumu v oblasti uměleckých terapií u osob se zrakovým postižením, a to v oblasti primárního i sekundárního výzkumu.

Ačkoliv odborná literatura nabízí řadu příkladů k uplatnění umění při rehabilitaci osob se zrakovým postižením, chybí systematicky vypracované přehledy identifikující takové intervence, které jsou založeny na výzkumné evidenci. Aplikace uměleckých terapií u osob se zrakovým postižením navíc vyžaduje řadu adaptací, které se mohou týkat uměleckých medií, materiálů a nástrojů, metod a technik, hodnocení a evaluace atd. Sumární přehled těchto adaptací doposud nebyl systematicky zpracován. Dílčí přehledy adaptací existují pouze pro oblast muzikoterapie a arteterapie (Anderson, 1996; Elwafi, 2013; Gussac & Riley, 2016). Je tak vysoce potřebné popsat všechny známé typy adaptací, jejichž aplikace v terapeutickém procesu pomůže vytvořit, co nejvíce inkluzivní prostředí pro osoby se zrakovým postižením.

I. TEORETICKÝ RÁMEC

Teoretický rámec disertační práce popisuje pojmy a stěžejní oblasti, jež byly nápomocny při tvorbě a realizaci výzkumné studie v empirické části disertační práce. V teoretické části práce si klademe za cíl představit terminologii a teoretický rámec pro klasifikaci zrakových vad, vymezení zrakového postižení, uměleckých terapií a expresivních (uměleckých) terapií a jejich aplikací u osob se zrakovým postižením.

První kapitola se zabývá problematikou zraku a zrakového vnímání a kompenzačních činitelů u osob se zrakovým postižením. Druhá kapitola definuje pojem zrakové postižení a dále analyzuje současný stav nejstálenějších a nepoužívanějších klasifikačních přístupů využívaných k diferenciaci zrakových vad a jednotlivých stupňů zrakového postižení. Pozornost je věnována také prevalenci, incidenci a důsledkům zrakového postižení. Třetí kapitola charakterizuje jednotlivé modalities uměleckých terapií a expresivních (uměleckých) terapií (muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, tanečně-pohybová terapie, biblioterapie), které byly základem pro vytvoření scoping review. Součástí kapitoly je také vztah mezi zrakovým postižením a uměleckými terapiemi ve spojitosti s danými jedinci, jejich léčbou a rehabilitací.

1 ZRAK A ZRAKOVÉ VNÍMÁNÍ

Vnímání je procesem poznání, které je propojeno se všemi kognitivními procesy. Je důležitým aspektem pro utváření myšlenek o okolním světě a sobě samém. Výsledkem vnímání je vjem – souhrnný obraz vnímaného podnětu, který vzniká za součinnosti více analyzátorů najednou. Kromě kognitivních funkcí je vnímání zastoupeno našimi smysly. Zrak je jednoznačně dominantním smyslem v procesu poznávání a získávání informací. Jeho prostřednictvím zachycujeme přibližně 80 % podnětů z okolního prostředí. Sluchem získáváme pouze 15 % informací, hmatem přibližně 6 % informací a čich a chuť společně zastávají asi 5 % přísunu informací.

K vnímání obrazové informace nám slouží především zrakový analyzátor, tedy samotná oční koule jako nejdůležitější součást zrakového orgánu. Ta je uložena v kostěné orbitě vyplněné tukovou tkání kvůli zabránění otřesů při pohybu. Zevní vazivová vrstva očního bulbu je místem, v němž se nacházejí úpony šlach okohybných svalů a jež obstarává stabilitu jejího tvaru. Průnikem elektromagnetického vlnění skrze lomivé prostředí oka přes receptory (tyčinky a čípky) na sítnici dochází k vnímání obrazu ve zmenšené a obrácené podobě.

Lomivá prostředí oka tvořená především rohovkou a čočkou jsou průhledná, a tak mohou propustit více světla dopadajícího k sítnici. Následkem dopadajícího světla na receptory dochází k jejich podráždění, čímž se světelná energie přeměňuje na nervový vzruch. Ten dále putuje skrze zrakový nerv až do korového zrakového centra v mozku. Zrakový impulz je zde zpracován a dochází k uvědomění si viděného obrazu (Špačková, 2012). Podle Syka a kol. (1981, s. 151) bychom doplnili, že „zraková percepce je komplexní děj, na němž se podílí optický systém oka, zrakové receptory v oku, neuronové elementy zrakové dráhy a spolu s nimi i neuronové okruhy v mnoha dalších oblastech mozku“. Obecně platí, že tento proces je podstatně složitější, nicméně pro představu je tento stručný popis dostačující. Je však důležité zmínit, že zrakové vnímání není dokonalé od narození a v některých případech může dojít k jeho narušení. Pro úplnost si však nyní popíšeme rozvoj zrakového vnímání, který není ovlivněn patologickými jevy a odpovídá běžným standardům vývoje dítěte.

Vývoj zrakového vnímání

Rozvoj zrakového systému je zahájen už v prenatálním vývoji jedince. Převážná část zrakových struktur je dotvořena do konce druhého trimestru. Přesto zrakové vnímání není komplexní již od narození. Kromě dostatečného času k růstu a zrání fyzických mechanismů je zapotřebí doplnit možnosti jedince o zrakovou zkušenost, kterou získává v průběhu života (Johnson, 2011). Vývoj zrakové percepce prochází několika fázemi v době od narození až zhruba do 5 až 7 let dítěte, kdy se jednotlivé reflexy stabilizují. Po narození dítě rozpoznává světlo a tmou a převažuje u něho periferní vidění. Přibližně ve dvou týdnech začíná dítě vidět centrálně a zaostřuje na krátkou vzdálenost. Stále jsou však u něho omezeny barevná citlivost, kontrastní citlivost či rozsah zorného pole, hloubkové vidění a další funkce.

V prvním měsíci života se u dítěte začíná objevovat fixační reflex, tedy schopnost zaměřit svoji pozornost na konkrétní podnět. Zpočátku dítě fixuje předmět jedním okem, proto je běžné, že druhé oko může zašilhávat. V tomto období se nejedná o narušení binokulárního vidění, ale je to běžný fyziologický jev. Dva měsíce života jsou počátkem binokulárního reflexu, kdy se dítě v krátkých intervalech na podnět dívá oběma očima.

Kolem 3. měsíce se projevuje konvergenční a divergenční reflex. Dítě je tedy schopno protisměrného pohybu očí. Zároveň si spojuje zrakové podněty s konkrétní činností či akcí (např. láhev-krmení). V následujícím měsíci života dochází k počátku akomodačního reflexu. Postupně dochází k barevnému vidění, a to zejména žlutých, oranžových a červených podnětů.

Zhruba do 5 měsíců je vizuomotorická koordinace oko-ruka plynulejší. Dítě je tak schopno sledovat předmět, který samo drží. Postupně se začínají zrakové ostrosti z obou očí překrývat a dítě je schopno propojit jednotlivé obrazy v jeden smyslový vjem. Mezi 9. a 12. měsícem dochází k fixaci binokulárních reflexů. Společně se samostatným pohybem dítěte se u něho také rozvíjí hloubkové a prostorové vidění. K úplnému upevnění vizuálních reflexů dochází mezi pátým až sedmým rokem života (Farroni & Menon, 2008; Johnson, 2011; Květoňová-Švecová, 2000).

Zrakový vjem může předávat celou řadu informací o barvě, tvaru, rozměrech, prostoru (vzdálenosti, hloubce), pohybu, světelných podmínkách a dalších vlastnostech. Vnímání barev je pro pozorovatele atraktivní a může mít vliv na jeho emocionální oblast. Barevné zpracování daného podnětu může působit na naše estetické prožívání či v nás může vyvolat různé asociace ve vztahu k dané barevné kombinaci podnětu a ovlivnit tak naše emoční naladění. Vliv barev si uvědomují nejenom marketingové a reklamní společnosti, ale je také účelný v oblasti terapeutického působení. Některé barvy působí uklidňujícím dojmem více než jiné a mohou tak mít pozitivní účinky např. u pacientů s duševním onemocněním (Šikl, 2013).

Zrakové vnímání nám umožňuje transformovat dvojrozměrný podnět na trojrozměrný vjem. Díky tomu jsme schopni zachytit tvar i rozměry daného předmětu, jeho umístění v prostoru apod. Vlivem získaného zrakového vjemu na řadu podnětů reagujeme bezprostředně, bez cíleného zapojení vyšších poznávacích procesů, např. otevírání dveří, chůze po chodníku, vyhýbání se překážkám apod. (Šikl, 2013).

Zraková percepce se vyznačuje řadou vlastností, jako jsou celistvost, konstantnost, výběrovost a zaměřenost. Kvalita zrakové percepce může být také ovlivněna mnoha činiteli, které na jedince působí. Jedná se o jeho aktuální psychický i fyzický stav, stav analyzátorů, počet zapojených smyslů, intenzitu podnětu, časovou náročnost apod. Důležitým aspektem pro posuzování zrakové percepce jsou zrakové funkce. Mezi základní patří zraková ostrost, velikost zorného pole, barvocit, binokulární vidění a kontrastní citlivost.

Ke zhoršení zraku a zrakové percepce dochází, když stav oka ovlivňuje jednu nebo více funkcí vidění zrakového systému (WHO, 2019). Zhoršení zraku s sebou nese vážné důsledky, kdy je však možno mnohé z nich zmírnit včasným přístupem léčby a rehabilitací. Proto je v tomto kontextu prevence zcela zásadní.

1.1 Kompenzační činitelé

Vzhledem k narušení či úplné ztrátě zrakové percepce jsou u osob se zrakovým postižením zcela zásadní kompenzační činitelé. Pokud na pojem kompenzace nahlížíme velmi ze široka, hovoříme o nějaké náhradě či vyrovnání toho, co nám schází nebo je u nás omezeno. V tomto kontextu jej lze použít v mnoha různých oborech a oblastech. Pro nás je však v tuto chvíli důležité nahlížet na kompenzaci směrem k osobám se zrakovým postižením.

Ve smyslu speciálněpedagogickém již Sovák (1986) uvádí stále platnou tezi, že se jedná o „souhrn speciálně pedagogických postupů, jimiž se zlepšuje a zdokonaluje výkonnost jiných funkcí než funkce postižené. Kompenzační metody se tedy zaměřují nikoli jenom na poruchu té činnosti, která je příčinou defektivity, ale na náhradní výkonnost funkcí jiných.“

V rámci postupného rozvoje jiných smyslů v kontextu kompenzace dochází k působení na psychiku daných jedinců. Jsou ovlivněny také další aspekty jejich osobnosti, a to včetně oblasti fyzické a sociální. Díky možnosti kompenzačních činitelů můžeme u jedinců se zrakovým postižením zmírňovat, a dokonce v některých případech i překonávat nedostatky, jež jsou s omezením či ztrátou zraku spojovány. Vždy je nutné myslet na fakt, že každý jedinec je jiný, má svá specifika, odlišný stupeň zrakové vady a další osobnostní charakteristiky, které ho vystihují. Je tedy zapotřebí v uplatnění kompenzačních faktorů přistupovat individuálně. Jednotliví činitelé se navzájem ovlivňují a hovoříme tak zde o multifaktoriálně podmíněném procesu, jež svojí intenzitou a zvolenou mírou kompenzace dále působí na osobnost každého jedince, jeho uplatnění ve společnosti a celkovou kvalitu života. Jedná se tedy o celoživotní působení a rozvoj.

Mezi nižší kompenzační činitele u osob se zrakovým postižením řadíme především hmat a sluch, ale i ostatní z nižších kompenzačních činitelů, jako jsou čich nebo chuť, jsou pro jedince v mnoha ohledech důležité. Značný podíl v získávání informací a celkovém fungování člověka se zrakovou vadou mají také vyšší kompenzační činitelé. Ty jsou zastoupeny kognitivními funkcemi.

1.1.1 Nižší kompenzační činitelé

Jak již bylo řečeno, nižší kompenzační činitelé jsou u osob se zrakovým postižením zastoupeny našimi smysly – hmat, sluch, čich a chuť. Jedná-li se o jedince se zbytky zraku či slabozraké, můžeme sem také zařadit zachovalé zrakové reziduum (Majerová, 2016).

a) HMAT

U osob se zrakovým postižením je nevýznamnějším kompenzačním činitelem hmat. Jedná se o kontaktní analyzátor, jehož prostřednictvím můžeme identifikovat vlastnosti podnětů, jako jsou tvar, velikost, směr, vzdálenost, trojrozměrnost, tvrdost, váha, teplo, chlad či materiál, ze kterého je předmět vyroben. Finková (2011) dále hmat přibližuje jako „schopnost kožního a pohybového analyzátoru odrážet prostorové a fyzikální vlastnosti a kvality objektů, jež je vlastní pouze člověku. Ruka je orgánem poznání, protože odráží svět, který člověka obklopuje“. Naše tělo disponuje tzv. somatosenzorickým systémem, jehož součástí je kožní a hloubkové cití. Hloubkové cití v sobě zahrnuje především vnímání polohy a pohybu těla a jeho částí v prostoru. Kožní cití je však zaměřeno na povrchové počítky, skrze které jsme schopni vnímat různé charakteristiky podnětů. Jedná se především o taktilní cití zaměřené na mechanické podněty jako dotek, tlak nebo termoreceptivní počítky jako teplota či vnímání bolesti skrze nociceptory. Je tedy patrné, že tato receptorová síť prochází skrze celé tělo, a přestože je haptické vnímání u osob se zrakovým postižením vedeno primárně skrze ruku (konečky prstů, dlaň), neměli bychom opomíjet i další části těla citlivé na dotek, např. plosky nohou, obličejovou část (čelo, tváře) apod. (Orel & Facová, 2010).

Hmatové vnímání se od zrakové percepce liší kvalitativně i kvantitativně. Je především časově náročnější, více vyčerpávající a vyžaduje intenzivnější zapojení kognitivních funkcí jako např. pozornost, paměť či myšlení. Je tedy patrné, že skrze hmatové vnímání nepojmeme takové množství informací jako zrakem. Odlišnosti se týkají i analyticko-syntetického myšlení. Hmatové vnímání je parciální, jelikož dochází k poznávání předmětu od částí k celku. U zrakového vnímání nejprve analyzujeme objekt jako celek a teprve posléze se zpravidla zaměřujeme na jeho detaily. Přestože hmatové vnímání není dostatečně komplexní, analytické či v příjmu informací rychlé jako vnímání zrakové, je u osob se zrakovým postižením jedním z nejdůležitějších aspektů v poznávání světa kolem sebe (Růžičková & Kroupová, 2020).

K rozvoji hmatu by tak mělo docházet již od útlého dětství. Dítěti vkládáme do rukou hračky vytvořené z různých materiálů. V pozdějším věku je možné využít navlékání korálků, mačkání či trhání papíru, práci s modelínou, pískovničky, přírodniny apod. Rozvoj taktilní percepce souvisí nejenom s rozvojem jemné motoriky, ale promítá se i do oblasti sebeobslužných činností, prostorové orientace a samostatného pohybu a rovněž v práci s kompenzačními pomůckami, v tyflografice či konkrétně v oblasti čtení Braillova písma. V tomto kontextu jej můžeme rozvíjet i přípravou na tyto činnosti, jako je práce s B-kostkou,

později s kolíčkovou písankou či kolíčkovou kreslenkou a následná orientace v šestibodu s užíváním Braillova písma.

Zcela zásadní je péče o ruce a hygiena, spočívající ve správné manikúře a čistotě rukou. Snažíme se tak předcházet různým kožním onemocněním, ekzémům, mykózám apod. Je potřeba myslet i na bezpečnost, aby nedošlo k poleptání, popálení, omrzlinám či zaražení cizích těles do kůže (Kochová & Schaeferová, 2015). Narušení hmatového vnímání by mohlo mít u osob se zrakovým postižením zásadní negativní dopad na poznávání a získávání informací z okolního prostředí.

b) SLUCH

Sluch slouží k získávání informací auditivní cestou a můžeme jej označit za druhý nejdůležitější kompenzační faktor u osob se zrakovým postižením (Fitzgerald & Parkes, 1998). Hraje významnou roli při orientaci v prostoru, úzce souvisí s rozvojem myšlení, řeči, paměti a dalších kognitivních funkcí. Sluch přináší osobám s těžkým zrakovým postižením nejrychlejší způsob příjmu informací. Svoji neodmyslitelnou roli také hraje při terapeutickém působení u osob se zrakovým postižením, ať už v podobě muzikoterapie, dramaterapie, ale také tanečně pohybové terapie nebo arteterapie.

Často se setkáváme s mylným pojetím, že sluch je u osob se zrakovým postižením automaticky posílen a jedinci tak disponují jakousi vylepšenou schopností sluchové percepce. Je pravda, že u zrakově postižených může být sluch na vyšší úrovni než u jedinců intaktních. Nejedná se však o vrozené predispozice, nýbrž je to dáno pouhým tréninkem (Heyraud, 2013).

Podstatnými oblastmi v rozvoji sluchu jsou schopnost lokalizace, identifikace a diferenciací zvuků. U jedinců s vrozeným zrakovým postižením je takovýto rozvoj nutné podporovat už od novorozeneckého období. K tomu je vhodná především stimulace s využitím řeči a práce s ní. Pomoci si můžeme také zvukovými hračkami, hudebními nástroji, zvukovými nahrávkami apod. Hlasový projev by měl být klidný, mírný, tichý, ale zároveň častý, aby si dítě zvyklo na osoby kolem sebe a naučilo se je rozpoznávat. To, že nebudeme užívat křik nebo jiných příliš hlasitých projevů, může na dítě působit bezpečným dojmem. Pocit bezpečí je především u malých dětí se zrakovým postižením velmi důležitý.

Kromě hlasového doprovodu je důležité propojovat učení s konkrétní zkušeností. Pokud je to možné, nabídněme jedinci hmatovou podporu určitého předmětu, zvířete, nástroje, dopravního prostředku apod., který daný zvuk vydává. Dítě seznamujeme také s lidskými

zvukovými projevy, které může zaslechnout nejen u ostatních, ale také u sebe. Vedle osvojení si sluchových dovedností se zaměřujeme i na další oblasti sluchové percepce, jako jsou rozvoj sluchové paměti, užití uvědomělé sluchové pozornosti či osvojení si specifických kritérií pro hodnocení projevů okolního světa, která se odlišují od kritérií dětí vidoucích (Keblová, 1999).

Kvalita sluchového vnímání může být ovlivňována vnějšími i vnitřními faktory, kterým je dobré předcházet. Mezi vnitřní můžeme zařadit např. různé záněty, infekce, onemocnění apod., jež mohou na čas ovlivnit sluchový vjem a jedinci se zrakovým postižením snížit schopnost kvalitního příjmu sluchového podnětu (Baslerová a kol., 2012). Vnější faktory jako hluk, šum či jiný ruch je dobré eliminovat jak při učení, tak v rámci běžné komunikace. Mohou působit velmi rušivým dojmem a ovlivňovat nejenom kvalitu přijímaného, ale také pozornost jedince.

c) ČICH a CHUŤ

Čich a chuť společně zastupují tzv. chemické smysly. Jelikož se však jedná o smysly, které u člověka nejsou vyvinuty do takové míry jako u jiných živočichů, je zapotřebí myslet na jejich rozvoj (FBLT, 2022). U jedinců se zrakovým postižením hrají roli především varovných smyslů. Jedinci se tak učí rozpoznávat nebezpečné látky nebo zkažené jídlo. Učí se rozlišovat mezi pachy a vůněmi z různých prostředí a svou využitelnost tak naleznou především v kuchyni, při práci s potravinami, kořením apod. V této souvislosti je zapotřebí myslet i na nácvik hygienických a stravovacích návyků v oblasti čistoty, správné přípravy surovin apod.

Čich a chuť jsou zároveň užitečné při prostorové orientaci, sebeobslužných činnostech a doplňují obraz vjemů a počitků získávaných ostatními smysly (Majerová, 2016). Napomáhají jedinci při tvorbě představ a mohou být nápomocny pro vyřešení konkrétních situací. Pokud trénujeme čich a chuť u osob s vrozeným zrakovým postižením již od útlého dětství, mohou se stát citlivějšími k přijímaným podnětům. Platí zde však stejné tvrzení, že automaticky nejsou lépe vyvinuty od narození, ale k jejich zdokonalení dochází správným tréninkem.

Opatrnost a péče o čich a chuť jsou u osob se zrakovým postižením velmi důležité. Keblová (1999) hovoří o potřebě brát ohled na různá respirační onemocnění, která by mohla v důsledku snížit schopnost čichového vnímání. Především u malých dětí bychom měli dohlédnout na to, aby nestrkaly do nosu nepatřičné předměty a nepoškodily si nosní sliznici.

Pro zachování citlivosti chuťových buněk by si jedinci měli dát pozor na konzumaci příliš horkých nápojů a jídel, aby nedošlo k opaření či popálení jazyka a dutiny ústní.

d) ZACHOVALÉ ZRAKOVÉ REZIDUUM

Zachovalé zrakové reziduum může doplnit získaný vjem, přestože je následkem zrakové vady sníženo či omezeno. Je tak důležité věnovat mu náležitou pozornost a stimulovat zrak v dostatečné míře s respektem ke zrakové hygieně.

Zraková stimulace v sobě zahrnuje soubor postupů, jimiž se snažíme u dítěte vzbudit zájem o podnět vnímaný za pomoci zraku. Je tak zcela žádoucí, aby byly prvky zrakové stimulace využívány i u dětí se sníženými či omezenými vizuálními schopnostmi. Především se tak jedná o děti slabozraké, se zbytky zraku či poruchami binokulárního vidění. Základem pro stanovení správných postupů je oftalmologické vyšetření, speciálně pedagogické vyšetření funkčních schopností zraku a případné informace od rodičů, aby mohlo být lépe posouzeno např. chování dítěte ve známém prostředí, při konkrétních úkonech a aktivitách apod. Na základě získaných informací je vypracován individuální program (Moravcová, 2007). Jednotlivé aktivity jsou vybrány podle schopností a možností dítěte. Jsou tedy aplikovány individuálně a postupují od jednodušších dovedností ke složitějším úkonům. V každé fázi procesu si dítě osvojuje dovednost, na kterou je tak následně navazováno. Je tedy patrné, že pokud není osvojena dovednost z první fáze, není možné tuto akci přeskočit a jít dále. Zrakový terapeut proto pracuje v individuálním tempu s respektem ke schopnostem a možnostem konkrétního dítěte.

Základními pomůckami při zrakové stimulaci jsou různé prvky světelných zdrojů. Použity mohou být pomůcky jako např. sound box, light box, zdroj UV světla, bodová světla, světelné zdroje s barevnými filtry, baterka jako světelný zdroj či jiné pomůcky jako světelné koule, světelné hadice apod. Pomůcky by měly také splňovat určitá kritéria, podle kterých jsou lépe vnímatelné. Především se jedná o kontrastnost podnětů, sytost barev a jejich přiměřenost. Vhodné je vyobrazení v podobě šachovnice, spirál či kontrastních geometrických tvarů. Pokud terapeut pracuje s obrázky, měly by mít dostatečně silnou černou konturu, která zdůrazňuje podstatné rozlišovací a poznávací prvky, bez velkého množství detailů. Vhodné mohou být i různé lesklé předměty, odrazové plochy (CD) apod. Hojně jsou používány také předměty denní potřeby jako prostředky k propojení s využitím v běžném životě. Pomůcky využívané pro zrakovou stimulaci by měly mít nejlépe multifaktoriální charakter. To znamená, že se nejedná pouze o podněty stimulující zrak, ale také především sluch a hmat. Jejich stimulace a podnětění jsou následně důležité pro

rozvoj jemné motoriky, orientace v prostoru, lokalizace, diferenciacie podnětů a zvuků apod. Jedná se tedy o hračky ozvučené, vytvořené z různých materiálů, barevné stavebnice, korálky, pískovničky, magnetické tabule, skládky a mnoho dalšího (Růžičková a kol., 2017).

Nejenom v rámci zrakové stimulace, ale i při práci ve škole nebo doma je zapotřebí dodržovat zásady zrakové hygieny. Zraková hygiena je zastoupena celou řadou postupů a metod, jež zabraňují zhoršování zchovalých zbytků zraku (Růžičková, 2006). Jelikož je těchto zásad opravdu mnoho a u každého jedince je můžeme opět lehce upravovat a užívat podle jeho individuálních specifik, vyjmenujeme si jen ty nejzákladnější a nejdůležitější z nich. Především je řeč o správném osvětlení nejenom místnosti, ale také při práci na blízko. Pracujeme buď s přirozeným světlem, nebo pokud si to situace vyžaduje, zvyšujeme intenzitu osvětlení za využití lampiček, light boxu apod. Mezi zásady zrakové hygieny patří také rozmístění a úprava (především barevné provedení) nábytku v místnosti. Zaměřujeme se opět na kontrast, vyhýbáme se velkým lesklým a skleněným plochám. S kontrastem pracujeme i při práci na blízko. Hovoříme zde tak např. o psaní na tabuli kontrastní fixou či křídou, o kontrastní pracovní desce oproti pracovnímu listu či sešitu, zvýrazněných linkách při psaní do sešitu apod. Zásadní je však vždy správná korekce vady a střídání aktivity s odpočinkem, stejně tak i střídání práce na blízko či do dálky.

1.1.2 Vyšší kompenzační činitele

Vyšší kompenzační činitele jsou zastoupeny kognitivními procesy neboli poznávacími procesy, jež nám napomáhají v poznávání sebe sama, prostředí, ve kterém žijeme, jsou zásadní v oblasti socializace, komunikace a při získávání informací z okolního prostředí. Jsou také základním stavebním prvkem při využívání nižších kompenzačních činitelů. U osob se zrakovým postižením je celkově ovlivněna kognitivní složka každého jedince. Především zde budeme hovořit o pozornosti, představitosti, paměti, myšlení a řeči.

a) POZORNOST a KONCENTRACE

Pozornost je primárně založena na zrakovém vjemu. Je charakterizována jako soustředěné vnímání okolních jevů či činností (Čáp & Mareš, 2001). Ve vztahu k vnímání vnějších podnětů je pozornost spojována s dalšími kognitivními funkcemi a sociálními procesy. Je tak nezbytná pro lidské fungování. Už rané učení funguje na bázi pozornosti. Dítě se učí na základě názornosti, kdy svoji pozornost směřuje k dospělému a jeho projevům chování a jednání v určitých situacích. Dochází tak k rozvoji sociálně-kognitivních

dovedností, jež jsou základem nejenom pro motorické dovednosti, ale i pro budoucí chování, práci s emocemi apod. U dětí se zrakovým postižením se tak můžeme v důsledku snížené interakce s okolím, setkávat s problémy ve vývoji. Převážně je jako prvotní reakce používána pozornost sluchová, což může být pro dítě náročnější (Tadić a kol., 2009).

Koncentrace charakterizuje intenzitu pozornosti věnované určitému podnětu. Někdy bývá označována jako pozornost záměrná, aktivní, kdy se reálně potřebujeme na podnět, situaci či aktivitu soustředit, např. psaní testu ve škole, důležitý sportovní zápas apod. (Jarmar, 2021).

Pozornost a koncentrace jsou nezbytné při jakékoliv každodenní činnosti osoby se zrakovým postižením. Kromě záměrného soustředění se na práci či úkol (např. ve škole) se také jedná o vnímání a soustředění se na vlastní tělo, jeho polohu v prostoru, a proto jsou významné i v prostorové orientaci a samostatném pohybu jednice.

Pozornost může být snížena následkem rušivých podnětů (okolní hluk apod.). Především u dětí je potřeba motivace a aktivace za pomoci různorodých činností, aby docházelo k trénování pozornosti. Zásadní je tak bdělost a vytrvalost pozornosti, která je neustále aktivována po celý život.

b) PŘEDSTAVIVOST

Představivost je ovlivňována řadou sekundárních faktorů. Především se jedná o další kognitivní funkce, ale také naši zkušenost, vědomosti, charakter podnětů, které na nás působí apod. U osob se zrakovým postižením je důležitá zejména s ohledem na utváření představ o okolním světě. V tomto kontextu je zapotřebí brát zřetel i na časové hledisko doby vzniku zrakového postižení. Jinak bude charakterizována představivost u osob s vrozenou zrakovou vadou, jiná bude u osob s později získaným zrakovým postižením. Ovlivněna bude i stupněm zrakové vady s ohledem na zachovalé zrakové reziduum. Především u osob se zrakovým postižením bez předchozí zrakové zkušenosti se objevuje nižší počet představ než u intaktních jedinců. Představy jsou obrazově chudé, schematické, zevšeobecňované, doplněné o verbalismus (Litvak, 1979).

V souvislosti s představami a fantazijními obrazy se také zmíníme o snech. Sny jsou ve vztahu k osobám se zrakovým postižením cílem řady výzkumníků. Dánská studie (Meaidi a kol., 2014) se zabývala srovnáváním tří skupin respondentů ve vztahu k jejich snění. Zařazeni byli respondenti s vrozenou nevidomostí, respondenti, jenž přišli o zrak v průběhu života, a vidící respondenti jako kontrolní skupina. Sledována byla vizuální schopnost respondentů během dne, jejich kvalita spánku a aktuální míra depresivity a úzkosti.

Otázky v dotazníku, který účastníci vyplňovali každé ráno, byly zaměřeny na smyslové, emocionální a tematické poznatky ze snů. Z hlediska vizuality ve snech přinesla studie následující informace. Všem respondentům z kontrolní skupiny se zobrazil vizuální vjem ve snu. U jedinců s vrozenou nevidomostí bez zrakové zkušenosti byly tyto vjemy ojedinělé. Spíše než vizuální vjemy byly ve snech zastoupeny především vjemy sluchové, dotykové a v částečné míře i pachové a chuťové. Obdobná intenzita ostatních smyslových vjemů byla zaznamenána i u jedinců se zrakovým postižením získaným v průběhu života. Zde se však objevovaly i vizuální vjemy, které byly závislé na faktu, jak dlouho byla u jedinců v průběhu života zachována zraková zkušenost. Goodwin (2004) v této souvislosti uvádí, že jedinci s vrozenou nevidomostí nemohou mít ve svých snech světelné vjemy, jelikož s nimi nemají předchozí zkušenost. Obecně bychom mohli tato tvrzení shrnout shodou odborníků, že vizuální prožitek z běžného života má vliv na výskyt vizuálních podnětů ve snu u osob se zrakovým postižením.

c) PAMĚŤ

Paměť je psychický poznávací proces, který nám odráží minulé prožívání a chování člověka. Je důležitá pro uchování naší zkušenosti, představuje podmínku pro učení a psychický vývoj. Podílí se i na rozvoji dalších kognitivních funkcí, především myšlení. Je podstatná pro naši historii, utváří naši osobnost, vnímání sebe sama a toho, kdo vlastně jsem a jací jsme (Sternberg, 2009).

V rámci procesu zapamatování dochází k podráždění v mozku a vytvářejí se tak dočasné spoje v mozkové kůře, tzv. paměťové stopy. Proces paměti prochází několika fázemi. První z nich je nazývána kódování, během ní si informace do paměti vkládáme. Následně dochází k uchovávání informací v paměti. Tato fáze je také nazývána jako retence. Jedná se o stav, kdy následkem vyhasínání dočasných spojů v mozku dochází nejčastěji k zapomínání. Je tedy důležité paměť neustále aktivovat a cvičit. V poslední fázi se snažíme informace vybavit. Rozlišujeme dva základní druhy paměti. Paměť krátkodobou a paměť dlouhodobou. Existuje však celá řada možností, jak paměť rozlišovat. Podle doby ukládání můžeme paměť dále dělit na vizuální, akustickou či schémantickou (Ludíková, 2013).

U osob se zrakovým postižením musí být paměť neustále aktivována a zatěžována. To, co je intaktní jedinec schopen postřehnout pouhým pohledem, si musí osoba se zrakovým postižením velmi často zapamatovat (např. rozmístění oblečení v šatní skříni, nádobí na polici v kuchyni apod.) (Kudelová & Květoňová-Švecová, 1996). Tímto způsobem si uchovává řadu důležitých informací, které dále využívá nejen při každodenních

činnostech, ale i v dalším učení. Rozvoj paměti však probíhá se zapojením stejných mechanismů, ve stejných fázích a podléhá stejným zákonitostem jako u jedinců intaktních (Růžičková, 2006). Zpravidla platí, že se lépe pamatují věci atraktivní, záživné, poutavé. Je tak potřebné dítě motivovat i v oblasti poznávání a rozvoje paměti. Kromě akustické paměti je také důležité zmínit paměť haptickou, čichovou, chuťovou a motorickou. Ty jsou zcela zásadní pro fungování osoby se zrakovým postižením v běžném životě.

d) MYŠLENÍ a ŘEČ

Myšlení je jedním z ontogeneticky i fylogeneticky nejmladších kognitivních procesů. Je zastoupeno celou řadou myšlenkových operací. Základními z nich jsou např. indukce, dedukce, analýza, syntéza, abstrakce či analogie. Přestože je daný proces považován za jednu z nejsložitějších forem poznání, je zcela nenahraditelný v poznávání světa kolem nás i sebe samých a napomáhá pochopit vztahy a souvislosti mezi jednotlivými jevy a podněty. Zároveň je založen na spolupráci s dalšími kognitivními funkcemi a při jeho užívání či tréninku je využíváno i jich. V kontextu myšlení je často pracováno také s řečí. Řeč je považována za nástroj myšlení, pomocí něhož je samotné myšlení uskutečňováno, současně můžeme skrze řeč vyjádřit svoje myšlenky.

U osob se zrakovým postižením dochází k narušení CNS, což ovlivňuje jejich myšlení. Problémy se objevují v oblasti srovnávání a porovnávání, identifikace předmětů se stejnými znaky a vlastnostmi či zevšeobecnování (Balunová a kol., 2001; Požár, 2000). Myšlení je spíše konkrétnější nežli abstraktní (Kimplová & Kolaříková, 2014).

Důležitým prvkem socializace je schopnost komunikovat s okolím, s čímž se pojí především možnost užívat účelně řeč. Na základě řeči je jedinec schopen rozpoznávat emocionální naladění komunikačního partnera (intonace, rytmus, melodie řeči apod.). Zároveň získává důležité podněty a informace nejenom o okolním prostředí, ale také v oblasti vzdělávání. Je zcela zásadní pro vytváření mezilidských vztahů - jak přátelských, tak partnerských. U osob se sníženými zrakovými funkcemi je schopnost porozumět obsahu sděleného velmi podstatná i v oblasti prostorové orientace, sebeobslužných činností, při popisu prostředí a také v oblasti bezpečnosti. Velmi často je prvkem pro získání pozornosti. Řečové dovednosti se však projevují sníženou schopností nejenom porozumět mluvenému, ale také řeč prakticky užívat.

Ve vztahu ke stupni zrakové vady můžeme hovořit o různých stupních narušení komunikační schopnosti. Zpočátku vývoje se setkáváme s opožděným rozvojem řečových schopností, které se však zpravidla postupem času zlepšují (Růžičková, 2006). Pro osoby se

zrakovým postižením je typický tzv. verbalismus. Jedná se o neschopnost správného porozumění významu slov, kdy jsou tato slova následně nevhodně zasazena do kontextu řeči. Jedinec tak zcela jasně nezná význam daného slova (slovního spojení) nebo mu neporozuměl. Problematické jsou především pojmy abstraktní, které si jedinec těžce propojuje s konkrétním předmětem či jevem.

Neverbální komunikace je u dané skupiny osob narušena. Kvůli chybějící mimice a gestům může být ovlivněno utváření vztahů. Hovoříme např. o tzv. „sociálním úsměvu“, který se zpravidla objevuje již v útlém dětství, a tvoří tak vztah především mezi matkou a dítětem. U dítěte s těžkou zrakovou vadou sociální úsměv chybí, což může mít negativní dopad na vztah dítěte s rodiči. Rušivým dojmem mohou působit i případné fyzické projevy jako houpání, kývání, mačkání očí, bouchání, mrkání apod., čímž si jedinec kompenzuje nedostatek vizuálních podnětů (Skalická, 2007). Naopak prvky neverbální komunikace jako haptika či proxemika jsou pro osoby se zrakovým postižením zásadní (Metodický portál RVP.cz, 2022).

Kompenzační činitelé jsou klíčové pro celkovou socializaci a kvalitu života jedince se zrakovým postižením. Napomáhají mu v přijímání informací z okolního prostředí a usnadňují mu samotné fungování v běžném životě. Podstatnou úlohu hrají v celkové bezpečnosti jedince se zrakovým postižením. Zapojují se v řadě aktivit, jako jsou sebeobslužné činnosti, prostorová orientace a samostatný pohyb, komunikace či sociální interakce. Podstatnou úlohu plní v rámci výchovně-vzdělávacího procesu, přípravě na zaměstnání i při samotném výkonu povolání. Jak nižší, tak vyšší kompenzační činitelé jsou navzájem propojeny a podporou jejich rozvoje pomáháme jedinci se zrakovým postižením přijímat, co největší množství informací z okolního prostředí, díky čemuž si může utvářet komplexnější představy o světě, ve kterém žije.

2 OSOBA SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Světová zdravotnická organizace (WHO, 2019) hovoří o jedinci se zrakovým postižením jako o „osobě, která má postižení zrakových funkcí, jež přetrvávají nadále i po medicínské léčbě nebo korekci standardní refrakční vady, a jeho zraková ostrost je nižší než 0,3 (6/18) až po světlocit nebo je zorné pole omezeno pod 10 stupňů při centrální fixaci“. Jedná se jak o děti, tak mladistvé a dospělé jedince. Obdobně bylo zrakové postižení definováno již dříve, např. Schererem a kol. (1983), Flenerovou (1985) či Ludíkovou (2007), jejichž tvrzení jsou stále platná a využitelná pro současnou praxi. Zrakové postižení může vzniknout poruchou v jakékoliv části zrakového systému, tj. poruchou očí, optického nervu nebo mozku (Clark, 2012). Níže si uvedeme základní oblasti zrakového postižení, jeho klasifikaci, příčiny a důsledky. Nástin této problematiky a základní terminologie jsou klíčové pro následný postup při tvorbě scoping review.

2.1 Klasifikace

V rámci klasifikace zrakových vad se setkáváme s výraznou diverzitou, což je dáno různorodostí institucí a oborů, které se zrakovými vadami zabývají. Především se jedná o oblasti zdravotnictví a školství. Vlastní klasifikaci má i sportovní odvětví. U každého jedince je zapotřebí brát ohled na druh a stupeň zrakového postižení, věk a časové hledisko doby vzniku vady (Beneš, 2019). Právě např. časové hledisko je jednou z možností, jak na zrakové vady pohlížet. Vrozená vada ovlivňuje celkové vnímání světa, jeho přijímání a smýšlení o něm. Narušen je optimální rozvoj jedince a celkový proces socializace. Zraková vada získaná v pozdějším věku je náročná především psychicky. Smíření se s postižením a jeho přijetí může být dlouhodobý a někdy zcela neukončený proces (Vondráková a kol., 2020). Ať už je zraková percepce narušena v kterékoliv části vývoje jedince (prenatální, perinatální, postnatální), je náročným životním aspektem pro jeho rozvoj a určujícím determinantem v oblasti kvality života.

Ve vztahu k charakteru této práce je pro nás podstatné zařadit především klasifikace, které se pojí s oblastmi zdravotnictví a školství. Níže si zmíníme několik z nejstálenějších klasifikačních přístupů.

2.1.1 Medicínské klasifikační přístupy

Pro klasifikaci zrakových vad je v lékařském odvětví nejpoužívanější rozdělení Světové zdravotnické organizace (WHO) v rámci Mezinárodní statistické klasifikace nemocí

a přidružených zdravotních problémů – desátá revize (MKN-10), která uvádí následující klasifikaci očních chorob podle oblasti zasažení zrakového analyzátoru (Tabulka 1):

Tabulka 1 - Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10, H00– H59 Nemoci oka a očních adnex.

H00–H59	Nemoci oka a očních adnex
H00–H06	Nemoci očního víčka slzného ústrojí a očnice
H10–H13	Onemocnění spojivky
H15–H22	Nemoci skléry, rohovky, duhovky a řasnatého tělesa
H25–H28	Onemocnění čočky
H30–H36	Nemoci cévnatky (chorioidey) a sítnice (retiny)
H40–H42	Glaukom
H43–H45	Nemoci sklivce a očního bulbu
H46–H48	Nemoci zrakového nervu a zrakových drah
H49–H52	Poruchy očních svalů, binokulárního pohybu, akomodace a refrakce
H53–H54	Poruchy vidění a slepota
H55–H59	Jiné nemoci oka a očních adnex

1. ledna 2022 vstoupila v platnost 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11), která přinesla několik významných technických i obsahových změn. Především se jedná o změny v kódovacím schématu, možnosti kombinování kódů nebo o přesuny v kapitolách, jejich doplnění nebo vytvoření kapitol zcela nových (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021).

Pro účely českého prostředí je tato verze prozatím uvedena pouze jako pracovní náhled, jehož revize a překlad stále probíhají. Účinnost v českém prostředí se předpokládá od roku 2027. Není pro nás tedy klíčové obě výše uvedené varianty nějak porovnávat a blíže definovat. Pouze pokládáme za podstatné zmínit skutečnost, že je nová verze tohoto členění v procesu a pravděpodobně bude do budoucna aktuálnější verzí než ta, kterou uvádíme v této práci.

Světová zdravotnická organizace (WHO) dále rozlišuje zrakové postižení podle následujících kategorií (Tabulka 2), jež jsou přejímány do našeho posudkového lékařství:

Tabulka 2 - Klasifikace zrakového postižení dle WHO.

Stupeň zrakového postižení	Popis
NORMÁLNÍ ZRAK	<ul style="list-style-type: none"> ➤ normální zraková ostrost je $6/6 = 1$ (ze 6 m člověk vidí ostře to, co ze 6 metrů vidět má) ➤ např. hodnota $3/60 = 0,05$ znamená, že ze 3 metrů vidí člověk to, co by měl vidět z 60 metrů
STŘEDNÍ SLABOZRAKOST	<ul style="list-style-type: none"> ➤ zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než $6/18$ (0,30) – minimum rovné nebo lepší než $6/60$ (0,10); $3/10$ až $1/10$, kategorie zrakového postižení 1
SILNÁ SLABOZRAKOST	<ul style="list-style-type: none"> ➤ zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než $6/60$ (0,10) – minimum rovné nebo lepší než $3/60$ (0,05); $1/10$ až $10/20$, kategorie zrakového postižení 2
TĚŽCE SLABÝ ZRAK	<ul style="list-style-type: none"> ➤ a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než $3/60$ (0,05) – minimum rovné nebo lepší než $1/60$ (0,02); $1/20$–$1/50$, kategorie zrakového postižení 3 ➤ b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů
PRAKTICKÁ SLEPOTA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí $1/60$ (0,02), $1/50$ až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4
ÚPLNÁ SLEPOTA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5

Autoři odborných lékařských publikací také rozdělují zrakové vady především podle poklesu zrakové ostrosti (dále ZO). Většina z těchto klasifikací vychází z výše zmíněného rozdělení zrakového postižení. Hycl a Trybučková (2008) klasifikují:

a) **slabozrakost** – ZO pod $6/18$ až $3/60$

- **lehká slabozrakost** – ZO do 6/60 včetně
 - **těžká slabozrakost** – ZO pod 6/60 do 3/60
- b) nevidomost** – pokles zrakové ostrosti pod 3/60 až světlocit
- **praktická nevidomost** – pokles ZO pod 3/60 až 1/60 včetně nebo zorné pole méně než 10° a více než 5°
 - **skutečná nevidomost** – ZO pod 1/60 až světlocit nebo zorné pole pod 5°
 - **plná slepota** – světlocit s chybnou světelnou projekcí až ztráta světlocitu

Pro porovnání si uvedeme další klasifikační přístup, který ve své publikaci popisuje Kraus (1997). Můžeme si však všimnout, že rozdělení je velmi podobné a pokles ZO se pohybuje v podobném rozmezí jako u Hycla a Trybučkové. Kraus navíc rozlišuje poruchy binokulárního vidění, kam řadí strabismus a amblyopii.

a) slabozrakost

- **lehká** (6/18 až 6/60 včetně)
- **těžká** (6/60 až 3/60 včetně)

b) nevidomost

- **nevidomost praktická** – pokles ZO pod 3/60 až 1/60 včetně, binokulární zorné pole je menší než 10°, ale větší než 5° kolem centrální fixace
- **nevidomost skutečná** – pokles ZO pod 1/60 až světlocit, binokulární zorné pole 5° a méně i bez porušení centrální fixace
- **plná slepota** – světlocit s chybnou světelnou projekcí až do ztráty světlocitu

c) poruchy binokulárního vidění

- **strabismus**
- **amblyopie**

2.1.2 Speciálně-pedagogické klasifikační přístupy

Za účelem poskytování speciálněpedagogické podpory při vzdělávání se zrakové postižení může dělit podle stupně na nevidomost, zbytky zraku, slabozrakost a poruchy binokulárního vidění (Finková a kol., 2007).

a) Nevidomost

Nevidomost je obecně charakterizována jako pokles zrakové ostrosti pod vizus 3/60 až ztráta světlocitu (různí autoři mají různá dělení). Jedná se o nejtěžší zrakové postižení, kdy se ztráta zrakové percepce odráží ve všech oblastech života daného jedince. Hovoříme

např. o prostorové orientaci a samostatném pohybu, sebeobslužných činnostech, sociální interakci, výchovně-vzdělávacím procesu, získávání informací, analyticko-syntetickém myšlení či o jiných důsledcích v oblasti kognitivních procesů apod. Nevidomost může být jak vrozená, tak získaná. To znamená, že k ní může dojít jak v prenatalním, perinatálním, tak postnatálním období vývoje. Jednou z příčin vrozeného zrakového postižení je předčasné narození a nízká porodní hmotnost dítěte. Svoji roli zde mohou sehrát i genetické predispozice. Nevidomost může být také způsobena nádorovým onemocněním, úrazem, důsledkem jiného onemocnění či chorobného stavu oka (Finková, 2011).

Kvůli informačnímu deficitu hrají v životě nevidomého důležitou roli kompenzační činitelé a kompenzační pomůcky. Náhradní mechanismy, jako jsou nižší a vyšší kompenzační činitelé, snižují informační bariéru a jsou nápomocny při vnímání okolního prostředí a získávání údajů z něj. Zároveň svoji roli plní i v dalších, každodenních činnostech, ať už se jedná o sebeobsluhu jedince (oblékání, stravování, hygiena, nakupování apod.), či prostorovou orientaci a pohyb v prostoru, komunikaci a další. Kompenzační pomůcky sehrávají roli podpůrných prvků při rozvoji a v rámci pomoci jedinci se zrakovým postižením. Jejich využitelnost se odráží ve všech oblastech života jedince se zrakovým postižením. Pro upevňování představ o reálném světě a získávání informací z něj se využívají také prvky tyflografiky. Růžičková a Kroupová (2020) považují tyflografiku za jednu z adekvátních a relevantních možností, jak překonat či zmírnit informační deficit u osob s těžkým zrakovým postižením. Zároveň uvádějí její hlavní cíle, mezi něž patří např. rozvoj představivosti a fantazie, ale také další zpřesňování a upevňování představ o reálném světě či možnost uměleckého vyjádření svých emocí a představ. Tyflografika tak redukuje ztrátu či snížení zrakové percepce a slouží jako kompenzační mechanismus pro dané osoby. Komplexní, resp. plnohodnotné vyrovnání ztráty zraku činnostmi ostatních smyslů a dalších kompenzačních mechanismů však není zcela možné.

b) Zbytky zraku

Osoby se zbytky zraku jsou specifickou skupinou s vizem 3/60-0,5/60. Ludíková (Ludíková & Stoklasová, 2005) je definuje jako „osoby, jejichž zraková ostrost se pohybuje na rozmezí mezi nevidomostí a slabozrakostí“. Jedná se o výrazně speciálněpedagogickou kategorii, která bývá v rámci lékařských oborů zahrnuta do skupiny osob s těžkou slabozrakostí. Diagnóza u daných jedinců nemusí být konečná, protože u stupně zrakového postižení na úrovni zbytků zraku může dojít jak ke zlepšení, tak ke zhoršení vidění. Příčiny i důsledky jsou obdobné jako u jedinců nevidomých. K narušení zrakové percepce může

dojít v prenatalním, perinatálním i postnatálním období a může být způsobeno následkem úrazu, onemocnění či jiného chorobného stavu oka, ale i vlivem patologického chování matky v době těhotenství, onemocněním matky či předčasným narozením dítěte. Daný stupeň zrakového postižení se pak odráží v prostorové orientaci a samostatném pohybu jedince, sebeobslužných činnostech, v rozvoji kognitivních procesů, sociální interakci a komunikaci i v dalších běžných každodenních činnostech. Velký dopad je znatelný i v rámci výchovně-vzdělávacího procesu. Jelikož je zrakové reziduum na různé úrovni, je limitována práce s černotiskem. Jeho zvětšením s využitím kompenzačních zvětšovacíh pomůcek, jako je např. stolní kamerová lupa, či jinou úpravou (použití bezpatkového písma, větší rozestupy mezi řádky, orientace stránky na šířku apod.) můžeme žákům pomoci v jeho užívání. U mnoha z nich však stále převládá nutnost využití Braillova písma. Pokud žák pracuje s oběma variantami, jedná se o učení se dvojmetodou. V důsledku těchto specifík jde o nejhůře integrovatelnou skupinu žáků.

Důležitými aspekty při práci jsou také zraková stimulace a zraková hygiena. Zraková stimulace v sobě zahrnuje soubor postupů, technik a metod, pomocí nichž se snažíme u dítěte aktivizovat sebemenší zbytky zraku a povzbudit tak zrakový analyzátor k činnosti (Kudelová & Květoňová-Švecová, 1996). K jeho rozvoji využíváme řadu pomůcek od světelných zdrojů (light box, bodová světla, jiné světelné zdroje) přes obrázkový materiál a hračky až k předmětům denní potřeby. Cílem je využít multisenzoriální přístup pro rozvoj jak zrakové, tak sluchové či hmatové percepce (Skalická, 1998).

Zraková hygiena je definována jako „soubor zásad, metod, postupů, předpisů a forem práce s účelem zabránit zhoršování zrakových funkcí“ (Růžičková, 2006). Tyto zásady se vztahují k intenzitě osvětlení, k vybavení místnosti nábytkem, k intervalům práce do blízka, k optimálním parametrům obrazových materiálů apod. Podstatná je také adekvátní a správná korekce zrakové vady. Dané zásady by měly být dodržovány jak při práci ve škole, tak v domácím prostředí. Je nutné dbát na to, aby nedocházelo ke zhoršování zrakové percepce, zejména pak u jedinců s vysokým nitroočním tlakem, glaukomem, rizikem odchlípení sítnice apod.

c) Slabozrakost

Slabozrakost je definována Flenerovou (1985) následovně: „Slabozrakost je ve smyslu speciální pedagogiky orgánová vada zraku, která se projevuje částečným nevyvinutím, snížením nebo zkreslující činností zrakového analyzátoru obou očí, a tím poruchou zrakového vnímání.“ Toto tvrzení bychom mohli doplnit o definici Dotřelové (in Kraus,

1997): „[I]reverzibilní pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně. Z praktického hlediska dělíme slabozrakost na lehkou – do 6/60 včetně a těžkou – pod 6/60 do 3/60 včetně.“ Jedná se o tvrzení, která jsou v oblasti zrakového postižení stále platná a užívaná.

Obdobně jako u předchozích stupňů zrakového postižení může být slabozrakost vrozená či získaná. Způsobena může být onemocněním matky v průběhu těhotenství či závažným onemocněním nebo úrazem v průběhu života jedince. Obdobné jsou i problémy v důsledku postižení. Týkají se jak prostorové orientace a samostatného pohybu, tak sebeobslužných činností. Daní jedinci mohou být unavitelnější, což může zapříčinit nižší pracovní tempo jak v zaměstnání, tak ve škole. Zásadní roli v jejich životě hraje zraková hygiena. Přestože osoby se slabozrakostí mohou ve větší míře využívat svůj zrak podobně jako intaktní jedinci (zejména díky kompenzačním pomůckám), je zapotřebí myslet na to, že i tak je pro ně přísun informací zrakovou cestou snížen a nejsou schopni zachytit veškeré děje a podněty. Důležité podněty, plochy, pomůcky, grafické a orientační symboly (zvýraznění schodů, velké a zřetelné symboly pro WC, důležité nápisy apod.) by měly být v kontrastním provedení (Finková, 2011).

d) Poruchy binokulárního vidění

Binokulární vidění je získaná schopnost oka, která se vyvíjí od narození člověka. Jedná se o senzomotorickou koordinaci obou očí, kdy se samostatné obrazy z každého oka spojí v jeden. Poruchy binokulárního vidění nazýváme strabismus a amblyopie. Problémy se mohou objevit opět v rámci výchovně-vzdělávacího procesu, při hloubkovém vidění, lokalizaci, při odhadu vzdálenosti, prostorové orientaci, senzomotorické koordinaci či v rámci zrakové paměti. U strabismu dochází k narušení okoohybných svalů, kdy oči nehledí rovnoběžně a jedno z nich se odchyluje od běžného směru. Paprsky vstupující do oka se neprotínají ve stejném bodě a může docházet ke dvojitému vidění. Se šilhavostí se můžeme setkat v několika podobách: strabismus convergens, při němž oko směřuje k nosu, strabismus divergens, kdy oko směřuje ven, či ve formě hypertropie nebo hypotropie, kdy oko utíká směrem nahoru nebo dolů.

Úklon hlavy či přivírání očí při soustředěné práci mohou být náznakem problému u dětí. Samotné zašilhávání jedním či oběma očima může být vnímáno i jako kosmetický problém, jelikož je viditelné na první pohled. Důsledkem strabismu však mohou být i psychické, sociální a jiné zdravotní problémy. Pokud není nasazena včasná léčba, může strabismus přejít v amblyopii daného oka a ztrátu jednoduchého binokulárního vidění.

Amblyopii definuje Hromádková (2011) následovně: „Amblyopie je snížení zrakové ostrosti různého stupně při normálním anatomickém nálezu na oku i s adekvátní brýlovou korekcí.“ Nejčastější příčinou je nedostatečná stimulace zraku v době jeho vývoje. Jestliže dojde k asymetrii očí v jejich postavení, dostane mozek dva rozdílné obrazy, v důsledku čehož je ignorován obraz hůře vidoucího oka. Dítě pak zpravidla využívá funkci lépe vidoucího oka, čímž nedochází k dostatečné stimulaci oka druhého. Nejčastějšími projevy jsou náklon hlavy na stranu, mhouření a přivírání očí či neohrabanost při pohybu v prostoru.

U poruch binokulárního vidění je důležitá včasná diagnóza a léčba. K jejich nápravě se používá speciální pleopticko-ortoptická rehabilitační péče, jež může být provedena pomocí přístrojů, jako jsou např. CAM stimulátor, lokalizátor, troposkop apod., nebo pomocí pleopticko-ortoptických cvičení. Ta slouží k eliminaci důsledků poruch binokulárního vidění, k rozvoji barvocitu, nácviku senzomotorické koordinace a lokalizace, rozvoji představivosti a paměti či ke zlepšení orientace na ploše (Keblová a kol. , 2000).

Květoňová-Švecová (2000) uvádí další možný klasifikační přístup podle poškození zrakových funkcí. Narušení zrakových funkcí se odráží v oblasti kvality hloubkového a prostorového vidění, schopnosti lokalizace, analýzy, syntézy či vizuomotorické koordinace, jejichž úroveň může být v závislosti na hloubce postižení výrazně zasažena. Radíme sem následující zrakové funkce:

- Ztráta zrakové ostrosti.
- Postižení zorného pole.
- Okulomotorické problémy.
- Obtíže se zpracováním zrakových informací.
- Poruchy barvocitu.

Zraková ostrost je schopnost oka ostře vnímat podněty a jejich detaily. Označována bývá také jako vizus, což značí podíl vyšetřovací vzdálenosti a vzdálenosti, ze které by měl být podnět viděn zdravým okem. Vyšetření zrakové ostrosti do dálky probíhá za pomoci optotypů (Snellenovy optotypy). Na blízko je to potom pomocí Jägrových tabulek. Ztráta zrakové ostrosti se vyznačuje především sníženou funkcí oka vnímat detaily. Snížení zrakové ostrosti omezuje jedince v detailní práci na blízko (čtení, práce na počítači, psaní), ale vzhledem ke své závažnosti i v celkové orientaci v prostoru, při samostatném pohybu a dalších každodenních činnostech (Beneš, 2019).

Zorné pole vyznačuje oblast, kterou oko vidí okolo fixačního bodu v prostoru. Běžně dosahuje zorné pole 90° temporálně a nazálně, nahoře 60° a dole 70°. Zorná pole obou očí se v rozsahu asi 60° kolem fixačního bodu překrývají, což umožňuje stereoskopické vidění. Centrální zorné pole slouží k ostrému vidění a k vidění barev, periferní zorné pole pak k orientaci v prostoru a ve tmě (Kroupová a kol., 2016). K orientačnímu vyšetření zorného pole nám slouží konfrontační zkouška. K přesnějšímu vyšetření se využívá perimetr. Výpadky zorného pole nazýváme skotomy. Ty se mohou objevit jako symptomy u glaukomu, centrálních poruch zraku, věkem podmíněné makulární degenerace či u diabetické retinopatie.

Okulomotorika je schopnost pohybu oka. Pohyb zajišťují okoohybné svaly. Okulomotorické problémy spočívají v narušení pohyblivosti jednoho či obou očí. Nejčastějšími projevy jsou strabismus a nystagmus. Obtíže se zpracováním zrakových informací jsou propojeny s oblastí zrakového centra v mozku. Přestože optický nerv není poškozen, dochází u jedince k potížím se zpracováním zrakové informace. Je narušeno vytváření zrakového obrazu, a tedy i přijímání zrakové informace. Toto poškození je nazýváno jako korová slepota (Kroupová a kol., 2016).

Fyziologický stav správného barevného vidění je nazýván jako trichromazie. Základní barvy, které jsou součástí barevného vidění, jsou zelená, červená a modrá. Pokud je narušeno vnímání některé z těchto barev, hovoříme o poruchách barvocitu. Poruchy barvocitu jsou nejčastěji vrozené. Získané poruchy mohou nastat při onemocnění sítnice či ve stáří jako vedlejší účinek některých léků. Ke screeningovému vyšetření barvocitu se používají pseudoizochromatické tabulky (Rozsival a kol., 2006).

Funkční zkoušky správné činnosti oka se mohou týkat i dalších oblastí jako např. citlivosti na kontrast, adaptace na světlo a tmu, akomodace zrakového analyzátoru či zornicové reakce.

Kromě výše zmíněných klasifikačních přístupů lze zrakové postižení rozlišovat i podle etiologie na vadu orgánovou nebo funkční a podle délky trvání na postižení akutní, chronické nebo recidivující. Pro lékařské profese jsou stupně zrakové vady zásadní k určení následné léčby, při volbě kompenzačních pomůcek či ke stanovení zásad zrakové hygieny. Speciální pedagog dané poznatky využije především ke stanovení výchovně-vzdělávacích postupů, pro přípravu na budoucí povolání jedince se zrakovým postižením či následné vykonávání profese apod.

2.2 Prevalence a incidence

Nejčastější příčinou zrakového onemocnění jsou katarakta, glaukom, věkem podmíněná makulární degenerace, opacity rohovky, diabetická retinopatie nebo různá dětská onemocnění. Celosvětově se podle WHO (2019) vykytuje přibližně 2,2 miliardy osob s poruchou zraku a prevalence těchto onemocnění se neustále zvyšuje. Konkrétněji pak s kataraktou je to cca 65,2 milionu osob, věkem podmíněnou makulární degenerací 10,4 milionu, 6,9 milionu s glaukomelem nebo 3 miliony osob s diabetickou retinopatií. V mnoha případech se ale jedná i o další příčiny zrakového onemocnění. Níže popisujeme tato nejčastější zraková onemocnění.

Katarakta

Katarakta neboli šedý zákal může být způsobena dlouhodobým užíváním léků, např. kortikosteroidy. Dalšími rizikovými faktory jsou metabolické poruchy oka, poranění elektrickým proudem, poleptání, jiné poranění oka či dlouhodobé záření. Nejčastěji však k patologickým změnám čočky dochází následkem stárnutí. Ve věku od 65 let se objevuje až u 50 % populace a u osob starších 75 let je tento výskyt až 70 %. Může se objevovat i sekundárně jako důsledek jiných onemocnění (diabetes mellitus, myotonická dystrofie, atopická dermatitida) či chorobných stavů oka (akutní glaukom) (Rozsival a kol., 2006). Projevuje se zkalením čočky a tím i poklesem zrakové ostrosti, potřebou zvýšené intenzity osvětlení či světloplachostí. Jedná se o progresivní vadu, která se postupem času zhoršuje. Díky prevenci ji však lze zachytit včas a korigovat pomocí chirurgického zákroku, kdy dochází k extrakci čočky (WHO, 2019).

Glaukom

Jednou z nejčastějších příčin nevidomosti je glaukom neboli zelený zákal. Jeho název je odvozen od nazelenalé barvy zornice v terminálním stadiu onemocnění. Jedná se o skupinu očních chorob charakterizovanou změnami zrakového nervu. Příčinou vzniku mohou být zvýšený nitrooční tlak, poruchy krevního zásobení, dědičné faktory či vyšší věk. Projevuje se zhoršeným viděním, které může vést až k nevidomosti. Dalším projevem jsou tzv. skotomy. Jedná se o výpadky zorného pole, které lze rozlišovat podle tvaru a lokalizace, např. skotom centrální, centrocekální, kompletní, nekompletní a další. U glaukomu rozlišujeme glaukom primární s otevřeným a uzavřeným úhlem (angulární) nebo sekundární glaukom. Sekundární glaukom může vzniknout důsledkem nádorových onemocnění,

diabetické retinopatie, aniridie, afakie či myopie. Díky vhodné léčbě může být proces zpomalen či pozastaven. Glaukom však nelze zcela vyléčit (Rozsival a kol., 2006).

Věkem podmíněná makulární degenerace

Věkem podmíněná makulární degenerace je projevem stárnutí, kdy dochází k degeneraci centrální části sítnice důsledkem úbytku kapilár. Postupně tak dochází ke zhoršení centrální zrakové ostrosti až na vizus počítání prstů před okem. Dochází k deformaci obrazu a postupně vzniká centrální skotom. Periferní vidění bývá nezasazeno. Existují dvě formy této makulární degenerace. První z nich je suchá forma, kterou nelze léčit. U vlhké formy existují jisté možnosti terapie, např. fotodynamická terapie, laser, radioterapie a další. Tyto procedury jsou velmi specifické a náročné. Neřeší však zásadní problém s úbytkem kapilár v cévnatce a makule, a není tedy možné toto onemocnění zcela vyléčit (Rozsival a kol., 2006).

Opacity rohovky

Opacity rohovky se projevují zakalením rohovky, ke kterému dochází důsledkem jejího zjizvení. To omezuje průnik světla skrze rohovku k sítnici. Nejčastějšími příčinami jsou: infekce, nedostatek vitamínu A, poranění, poškrábání či otok oka, spalničky či dlouhodobé nošení kontaktních čoček především přes noc. Zakalení rohovky se může objevit také jako součást různých syndromů (Fabryho choroba, Frysův syndrom, Ehlers-Danlosov syndrom). Jedná se o onemocnění s vysokou incidencí především v rozvojových zemích.

Diabetická retinopatie

Diabetická retinopatie je onemocnění doprovázející diabetes mellitus a postihující sítnici. Vzniká zpravidla po 3 až 5 letech trvání diabetu I. typu, kdy tato doba může být kratší nebo delší. Její rozvoj může být urychlen anémií, těhotenstvím, hypertenzí či hyperlipidemií. Projevuje se sníženou zrakovou ostroší na blízko i střední vzdálenost či úbytkem zorného pole s výskytem skotomů. Následkem onemocnění vznikají léze na sítnicových kapilárách, což může zapříčinit mírné krvácení či makulární edém. Až 2 % populace jejím následkem oslepnou. K terapii je využívána laserová metoda, jejímž cílem je stabilizace diabetické retinopatie a zpomalení progresivních změn (Beneš, 2019; Rozsival a kol., 2006).

Retinopatie nedonošených

Retinopatie nedonošených je jednou z nejčastějších příčin nevidomosti u dětí. Ohroženy jsou předčasně narozené děti (před 32. gestačním týdnem) s nízkou porodní hmotností (pod 1500 g). Kvůli předčasnému porodu není dokončen růst retinálních cév a oko nemá dostatečný přísun kyslíku a živin. Dochází tak k vazokonstrikci vyvíjejících se cév a tím ke sníženému průtoku krve cévami. To vyvolává zvýšenou produkci látek, které stimulují tvorbu nových cév. Nově vytvořené cévy jsou často velmi tenké a křehké, na základě čehož mohou často krváčet a vytvářet tak trhliny na sítnici, kdy může dojít k odchlípení sítnice. Zásadní je v tomto ohledu prevence a pravidelné kontroly. Pobyt v inkubátoru pouze na nezbytně dlouhou dobu a regulace množství kyslíku v inkubátoru do 30 %, kdy by si dítě mělo postupně zvykat na přesun do běžného prostředí mimo inkubátor. Vidění se u těchto jedinců pohybuje mezi slabozrakostí až nevidomostí. Často se vyskytují i další oční komplikace (Rhee a kol., 2004; Rozsival a kol., 2006).

Rizikové faktory a příčiny očních chorob

K rizikovým faktorům a příčinám zrakového onemocnění patří především stárnutí, genetika, životní styl, ale také životní podmínky, kterým je jedinec vystaven – nepříznivé hygienické podmínky apod. Převážná většina všech zrakových onemocnění se vyskytuje u osob starších 50 let a častěji u žen nežli u mužů, což je způsobeno tím, že se ženy dožívají v průměru vyššího věku nežli muži (Bourne a kol., 2017; Flaxman a kol., 2017). Studie také dokazují, že kouření jako negativní faktor zdravého životního stylu může mít vliv na různá zraková onemocnění, jako je např. věkem podmíněná makulární degenerace nebo katarakta (Thornton a kol., 2005; Ye a kol., 2012).

Jak již bylo popsáno výše, k poškození zraku může dojít jak v období postnatálním, tak v období prenatálním a perinatálním. V průběhu těhotenství může být dítě ohroženo onemocněním matky (toxoplazmóza, rubeola), drogovou závislostí, alkoholismem, nádorovým onemocněním, pohlavní chorobou (např. syfilis) či užíváním léků. Nadměrné užívání některých léků, především kortikosteroidů, může být problémem i v dospělém věku, kdy mohou zapříčinit výskyt katarakty a glaukomu (James, 2007; Renfro & Snow, 1992). Rizikovým faktorem je také možnost předčasného porodu a nízké porodní hmotnosti dítěte, jak jsme již uvedli výše (Blencowe a kol., 2010). Narušení zrakové percepce může být i důsledkem jiného onemocnění. U diabetiků je výskyt zrakových vad přidruženou komplikací. Diabetická retinopatie vzniká po 3 až 5 letech trvání diabetu I. typu. Pokud

onemocnění diabetu u pacienta přetrvává více než 20 let, výskyt diabetické retinopatie je téměř 100 % (Yau a kol., 2012).

Různé oční choroby tak mohou vést ke zhoršení zraku na úrovni slabozrakosti až nevidomosti. Kromě výše zmíněných příčin může ztráta zraku souviset s úrazem oka či nádorovým onemocněním. K úrazu oka může dojít v důsledku rizikového povolání, při kontaktních sportech, jako jsou např. bojové sporty, či v rámci volnočasových aktivit nebo následkem nehody. Nejčastějším zhoubným nitroočním nádorem u dospělých je uveální melanom. Retinoblastom je nejčastějším nádorovým onemocněním u dětí. Kromě nitroočních nálezů může dojít k zhoubným nádorům očnice, víčka či slzných žláz (Linkos.cz, 2021).

Přestože je prevalence zrakového postižení poměrně vysoká, včasná prevence, ale také současný rozvoj medicíny nám přináší řadu možností, jak některým projevům předejít, či je alespoň zmírnit a zamezit dalšímu zhoršení.

2.3 Důsledky zrakového postižení v každodenním životě

Vedle fyzického znevýhodnění s sebou dané postižení nese i mnoho sekundárních komplikací v oblasti psychické a sociální. Zrak je podstatný již od narození dítěte a ztráta nebo omezení zrakové percepce se odráží v každodenních činnostech jedince (Warren, 1994). Problémy tak nastávají v oblasti vzájemné interakce dítěte s rodiči, v oblasti kognitivního a sociálního rozvoje, v rozvoji motorických dovedností, při navazování kontaktů, sebeobslužných činnostech, samostatném pohybu, v rámci vzdělávání a uplatnění na trhu práce, při realizaci sportovních a kulturních aktivit a celkovém získávání informací z okolního prostředí (Brown & Barrett, 2011; Nyman a kol., 2010).

V dětském věku se u jedinců objevují problémy v oblasti prvotního učení nápodobou. To může zapříčinit pozdější rozvoj sociálních aktivit. Objevuje se také omezená/chybějící raná interakce s rodiči (v podobě úsměvu či očního kontaktu), což může narušit rodinné vztahy, zejména pak vztah matky k dítěti. Problematická také může být separace dítěte od matky, např. při nástupu dítěte do mateřské školy. S tím se pojí navazování vztahu s vrstevníky a prosazení se ve skupině nebo nutnost volby vzdělávacího proudu. Pro období pubescence je typické vytváření si a uvědomování si vlastní identity. V tomto věku si dítě se zrakovým postižením více než dříve uvědomuje svoji odlišnost a je zapotřebí, aby bylo schopno tuto odlišnost přijmout jako součást sebe sama. S tím se pojí také možnosti seberealizace jedince, např. při volbě budoucího povolání (Vágnerová, 1995).

Zrakové postižení má také dopad na psychickou a emoční složku osobnosti jedince se zrakovou vadou. Vzhledem k individuálním charakteristikám každého jedince se zrakovým postižením je problematika psychiky a emočních projevů poměrně složitá. Nezvratná vada zraku uvádí jedince do náročné životní situace. Může tak u něho vyvolat pocity beznaděje, smutku, stres, deprivaci či frustraci. Stres přináší důsledky jak psychické, tak fyzické. Je spojován s negativními emocemi, jako jsou např. smutek, strach, napětí, úzkost apod. Litvak (1979) uvádí, že „v případě získaného postižení patologické změny emocionálních stavů po čase vymizí“. U vad získaných může být však tento proces dlouhodobější, zejména ve fázi adaptační, kdy se jedinec sžívá s nastalou životní situací. Akceptace zrakového postižení bývá dlouhodobým a někdy ne zcela ukončeným procesem.

Ztráta zrakové percepce může zapříčinit tzv. senzorickou deprivaci. S tím souvisí menší množství zrakových představ, narušen je také vztah mezi myšlením a tvorbou obrazů či pochopení a užívání pojmů. Vzhledem k možnému odcizení se jedince se zrakovou vadou od intaktní společnosti může docházet také k deprivaci sociální (Litvak, 1979).

Částečná nebo úplná ztráta zraku mnohdy znemožňuje naplňování osobních cílů, což se může odrazit v psychickém prožívání jedince a způsobit frustraci. Pro některé to může být motivační faktor k dosažení těchto úmyslů, u jiných může dojít k útlumu a zavrnutí vytyčených cílů (Růžičková, 2015).

Pro lepší adaptaci na zrakové postižení je zapotřebí podpora někoho druhého. Ve fázi primární socializace je to především péče rodičů, kteří se o dítě starají. Jsou mu nápomocni v řadě běžných úkonů, jako jsou např. oblékání, stravování nebo hygiena. Jsou ale také těmi, kteří dítě učí, vychovávají a zprostředkovávají mu prvotní kontakt s okolním prostředím. Jejich péče a podpora jsou v tomto ohledu nenahraditelné a zásadní. Postupně se dítě dostává do jiných prostředí, kde mu pomoc poskytují další lidé. Jedná se zejména o výchovně-vzdělávací proces, kde je mu věnována péče ze strany pedagoga či speciálního pedagoga podle zvoleného systému vzdělávání (vzdělávání dítěte v zařízení určeném pro žáky se zrakovým postižením x integrace dítěte do jiného vzdělávacího systému či zařízení). V mnoha případech jsou do tohoto procesu zapojeni i další zaměstnanci či odborníci – asistent pedagoga, osobní asistent, pediatr, oftalmolog, psycholog a jiní. Lékařská odborná péče a podpora jsou také zásadní u osob se získanou zrakovou vadou. Stěžejním bodem je příprava na zaměstnání a jeho vykonávání. Nesmíme opomenout ani osobní život daného jedince, osobnostní rozvoj, hledání partnera/partnerky, zakládání rodiny. Každá fáze a každá změna mohou být pro jedince náročné a podle jeho možností, schopností a povahových rysů

je zapotřebí zvážit, zda je na místě pomoc někoho dalšího ve smyslu jak fyzické, tak psychické podpory.

Pokud se jedná o progresivní zrakovou vadu, hraje zde důležitou roli průběh a prognóza daného onemocnění. Jestliže je průběh pozvolný, přichází dopad negativních vlivů zpravidla postupně a jedinec má větší možnost adaptovat se na vznikající situaci. Výrazným aspektem je také stadium, do kterého se onemocnění může dostat. Jiný dopad na psychiku jedince bude mít fakt, kdy dojde k částečnému omezení zrakové percepce nebo její úplné ztrátě (Růžičková, 2015). Ke zhoršení zraku dochází i procesem stárání. Důsledkem je horší plnění pracovních i odpočinkových činností (např. četba). Vzhledem k věku dochází velmi často i ke snížení sluchové percepce. To v kombinaci se zrakovým omezením může mít za následek horší komunikaci s okolím. Objevit se tak může strach z odloučení a samoty. Doprovodnými projevy mohou být úzkosti, nejistota, bezmoc, agrese či pasivita (Wahl, In: Růžičková, 2015). V tomto ohledu jsou podpora a dopomoc další osobou taktéž velmi důležité.

Celkově je ovlivněna kognitivní složka osobnosti jedince se zrakovým postižením. Pozornost a koncentrace jsou nezbytné při jakékoliv každodenní činnosti osoby se zrakovým postižením. Kromě záměrného soustředění se na práci či úkol (např. ve škole) se také jedná o vnímání a soustředění se na vlastní tělo, jeho polohu v prostoru, a proto jsou význačné i v prostorové orientaci a samostatném pohybu jedince.

Paměť musí být neustále aktivována a zatěžována. To, co je intaktní jedinec schopen postřehnout pouhým pohledem, musí být osoba se zrakovým postižením velmi často schopna si zapamatovat (např. rozmístění oblečení v šatní skříni, nádobí na polici v kuchyni apod.) (Kudelová-Květoňová-Švecová, 1996). Tímto způsobem si uchovává řadu důležitých informací, které dále využívá nejen při každodenních činnostech, ale i v dalším učení. V důsledku zrakového postižení je také zasaženo myšlení, především pak jednotlivé myšlenkové operace.

Konkrétní problémy a omezení v oblasti kognice vyplývající se zrakového postižení jsou blíže popsány v kapitole 1.1 Kompenzační činitelé.

3 VYBRANÉ FORMY UMĚLECKÝCH TERAPIÍ

Tato kapitola představí umělecké a expresivní (umělecké) terapie a jejich základní modalitu. Vzhledem k celkovému zaměření práce se bude tato kapitola také soustředit na aplikace uměleckých/expresivních (uměleckých) terapií u osob se zrakovým postižením, na jejich terapii a rehabilitaci.

V současné době se stále více speciálních pedagogů a jiných odborníků obrací k podpůrným terapeutickým přístupům, které nabízejí efektivní a inovativní řešení pro řadu výzev spojených se specifickými potřebami klientů. Jednou z možností je využití uměleckých terapií. Tato část disertační práce představuje modalitu uměleckých terapií, reprezentované zejména arteterapií, muzikoterapií, dramaterapií a tanečně-pohybovou terapií. Pozornost je však věnována i dalším terapeutickým přístupům, které pracují s prvky umění, např. biblioterapie a další, jež jsou klíčové v rámci vyhledávací strategie při tvorbě scoping review.

Umění je od dávných dob propojeno s lidskou kulturou po celém světě. Setkáváme se s ním v mnoha oblastech a je součástí našeho bytí již od narození. Je tedy patrné, že se jedná o velmi komplexní pojem, na který se dá nahlížet z různých pohledů. Z tohoto důvodu je umění obtížné jednotně definovat a vymezit jeho jednoznačný účel (Kulka, 2008). Řada autorů tak vnímá umění z různých perspektiv. Trojan a Mráz (1996) jej definují jako: „1. Vysoký stupeň tvůrčí schopnosti v určitém oboru činnosti; 2. Specifickou formu odrazu skutečnosti; zvláštní formu společenského vědomí, v níž se rozvíjejí estetické vztahy člověka ke skutečnosti; řadí sem druhy výtvarného umění jako je architektura, sochařství, malířství, grafika, průmyslové výtvarnictví, užité umění, scénografie, částečně i výstavnictví a průmyslový design.“ Z tohoto pojetí je patrné, že se umění projevuje v různých podobách, ať už se jedná o architekturu, malbu, sochařství, divadlo, film, ale doplnili bychom i literaturu, tanec či hudbu.

Umění odráží zkušenosti a hodnoty jednotlivce, skupiny nebo celé kultury, které mezi sebou můžeme navzájem sdílet a předávat dál (Richerson & Boyd, 2012). George Dickie dále dodává, že „podstata umění spočívá v kontextuální podmínce jeho vzniku. Nejedná se však o analýzu tvůrčího uměleckého procesu, nýbrž o určení podmínek specifického (sociálního, kulturního či teoretického) rámce, v němž umění vzniká, v němž je hodnoceno, diskutováno, případně institucionálně podporováno a v němž se s ním také obchoduje.“ (Ciporanov, In: Kulka & Ciporanov, 2010)

Myšlenka významu uměleckého díla se v průběhu let měnila. Často bylo, a dodnes je, prostředkem pro zpochybňování již zaběhnutých názorů, představuje nové perspektivy a myšlenky, podněcuje k diskusi nad jeho významem, ale i důležitými společenskými otázkami (Pazourková, 2018). Skrze umění lidé komunikují a vyjadřují tak vlastní zkušenosti, pocity, myšlenky i názory. Napomáhá pochopit svět okolo nás, obohacuje kulturu a dává řadu informací do historických souvislostí. Kromě společenského kontextu umění význačně působí na jednotlivce. Rozvíjí naše estetické vnímání a ovlivňuje emoce. Může být nástrojem pro změnu společnosti a zlepšování kvality života (Kulka, 2008).

Jak jsme již publikovali dříve (Špinarová & Pazourková, In: Kroupová a kol., 2020), umění může být vnímáno v několika rovinách. Zásadní roli hraje umění ve vzdělávání. Přínosem v oblasti edukace je nejen setkání s ním, poznávání jeho podoby, specifik a kvalit, ale skrze umění lze poznávat cokoli dalšího, od historického kontextu po socializační, kulturní či emocionální přínos. Důležitou roli hraje také estetický vliv umění a s tím spojený účinek v oblasti rozvoje osobnosti daného jedince. Ať už se jedná o libé, či nelibé pocity z vnímaného umění, je nimi formován náš vkus, fantazie, tvořivost, motivace, postoje, názory a myšlenky. Učí nás hodnotit a prožívat krásu, která se v uměleckých dílech snoubí. Klíčovým prvkem je pak samotný prožitek, který je základním stavebním kamenem veškerého umění, níže popsaných uměleckých terapií nevyjímaje. V kontextu jedinců se zdravotním postižením obecně bývají umělecké aktivity velmi často využívány jako prostředek k získávání financí určených jim samotným pro rozvoj a zlepšení kvality života. Velmi často je tak realizováno v podobě benefičních koncertů, výstav, sportovních událostí apod.

Kromě finančních prostředků, které jsou pak účelně využívány pro potřebu osob se zdravotním postižením, mívají tyto akce druhotný účel osvěty laické veřejnosti. Obzvláště samotná prezentace tvorby ze strany jedinců s postižením je důležitá k tomu, aby chom poukázali na jejich možný talent, tvořivost a výjimečnost v dané oblasti. Jedince se zdravotním postižením to může motivovat k dalšímu tvoření, posiluje to jejich sebevědomí a podporuje osobnostní růst. Tím se dostáváme k další funkci umění směrem k osobám se zdravotním postižením a v našem případě konkrétněji také k osobám se zrakovým postižením a tou je terapeutický vliv. Už zmíněná sebeprezentace umělecké tvorby z rukou osob se zrakovým postižením má terapeutický charakter. Sochor (Sochor, 2015, In: Růžičková & Kroupová, 2020) v tomto kontextu uvádí: „Umění a výtvarná tvorba autorů s postižením zásadně ovlivňují jejich společenské a sociální role. Autoři s postižením, kteří vytvářejí výtvarná díla, tak v současné době nejsou jen pouhými objekty sociálně-kulturních

intervencí a prezentací, ale sami se aktivně podílejí na tvorbě trvalých hodnot současné kultury.“

Umělecká tvorba jedinců s postižením je označována pojmy outsider art či art brut. Často se v tomto kontextu jedná o tvorbu osob s psychiatrickými obtížemi, jedince z nepodnětného sociálně-kulturního prostředí či vězně.

V případě art brut¹ se jedná především o prezentaci umělecké tvorby z rukou neprofesionálních výtvarníků, respektive mimo uznávané kulturní normy. Art brut je překládáno jako „surové umění“, které je ve své podstatě přímočaré ve smyslu převedení vlastní vize či emocí na umělecké plátno. Tedy „umělci“ nejsou omezováni zajetými uměleckými konvencemi. Fauchereau (2007) popisuje, že tento fenomén má pouze jedinou funkci invence.

Outsider art je pak vyvozené z termínu art brut a v podstatě nejsou jasně definovány hranice mezi jednotlivými pojmy. Přesto se roku 1972 začal objevovat i tento fenomén, který pracuje s uměním utvářeným mimo hranice mainstreamového uměleckého světa. Jedná se tak o umění, které není vytvářeno s určitým cílem a myšlenkou. Umělci je tedy jedno, zda jeho dílo někdo uvidí, zda svojí tvorbou zaujme širší publikum a bude považován za tzv. čistého umělce, který ve své tvorbě nevychází z předchozího uměleckého vzdělání, ale zakládá si na autenticitě a nezávislosti (Sochor, 2015).

Klíčovým prvkem je v tomto kontextu především možnost sebevyjádření. Většina autorů přisuzuje tyto atributy zejména výtvarnému umění, ovšem pravděpodobně bychom je mohli přenést také do hudebního či divadelního prostředí. Tvorba „bez rozmyslu“ může být součástí všech uměleckých proudů, jelikož nestojí na pevných základech a principech stanovených uměleckým vzděláním a kulturním prostředím, ale díky rozsáhlým možnostem vyjádřit sám sebe se bavíme o nekonečných příležitostech otevřít své nitro a skrze umění se cíleně i bez cíle prezentovat.

Dalším z možných pojmů, který se v tomto kontextu objevuje, je tzv. disability art. „Etablování pojmu disability art je spojené se změnami vnímání postižení ve společnosti, s vlastní aktivizací handicapovaných v sociokulturním prostředí, ale také s obecnou diskuzí o normalitě a jinakosti a o nebezpečí sociálního vyloučení těch, kteří jsou „jiní“.“ (Sochor, 2015) Růžičková a Kroupová (2020) dodávají, že se nejedná pouze o umění, jež ve své

¹ Art brut – francouzský termín řazen do 40. let 20. století, jehož průkopníkem byl francouzský umělec Jean Dubuffet.

podstatě obsahuje témata vztahující se k disability art, ale že se především jedná o aktivní vytváření či reprezentaci tvorby z rukou jedinců s postižením.

Umělecká tvorba může u osob se zdravotním postižením terapeuticky působit, nicméně toto působení není záměrné. To je jeden z hlavních rozdílů, který odlišuje uměleckou tvorbu osob se zdravotním postižením, případně tzv. terapeutické umění, od uměleckých terapií, kterým je věnována následující podkapitola.

3.1 Umělecké a expresivní terapie

Výše byl představen možný terapeutický účinek uměleckého produktu, který může být součástí tvorby osob se zdravotním postižením. V uměleckých/expresivních (uměleckých) terapiích však kromě terapeutického působení uměleckého produktu mluvíme také o terapeutickém procesu, kterým je možné cíleně dosáhnout terapeutického a rehabilitačního účinku a ovlivnit tak celou strukturu osobnosti jedince.

Účinky umění jako terapeutického léčebného nástroje jsou známy již hluboko v historii. Od pravěku přes starověk a středověk po novodobou historii jsou dochovány záznamy o rituálních, magických a relaxačních účincích malby, tance či hudby, které mohly mít, nebo dokonce i měly vliv na rozvoj či změny v osobnosti jednotlivců (Dosedlová, 2012; Jacobsen a kol., 2019; Kieckhefer, 2005). Tyto směry se však do současné podoby formovaly postupně. Byla založena profesní sdružení zaměřující se na využívání uměleckých prvků jako terapeutického prostředku. V souladu s tím bylo vytvořeno specializované vzdělávání odborníků v daných oborech. Odborné vzdělání je jedním ze standardních požadavků pro vykonávání profese uměleckého terapeuta, kdy každý terapeutický směr (arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, tanečně-pohybová terapie) má svá vlastní specifika, požadavky a vzdělávací programy.

Pro označení terapeutického působení prostřednictvím umění se používá rozmanitá terminologie. V zahraničí je nejčastější pojem umělecké terapie, který se odlišuje od pojmu expresivní (umělecké) terapie, ačkoli v rámci České republiky bývají tyto pojmy používány jako synonyma. V zahraničí je však termínem expresivní (umělecké) terapie označována samostatná specializace v uměleckých terapiích, jež v rámci terapeutické intervence využívá dva či více expresivních prostředků u jednoho klienta najednou (Kantor a kol., 2016). Pro snadnější rozlišení si tyto dvě oblasti blíže definujeme. Umělecké terapie popisují Karkou a Sanderson (2006) následovně: „Umělecké terapie jsou kreativním využitím uměleckých prostředků jako nástrojů pro neverbální a/nebo symbolickou komunikaci v podpůrném

prostředí a za předpokladu jasně vymezeného vztahu mezi klientem a terapeutem, jehož účelem je dosáhnout osobních a/nebo sociálních terapeutických cílů, které jsou vhodné pro jedince.“ Umělecké terapie se dělí na základní čtyři modalitty – muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie a tanečně-pohybová terapie. Všechny tyto modalitty pracují s kreativitou a uměním jako s prostředky podporujícími psychické, sociální, emocionální a v některých případech také somatické zdraví. Obecně jsou tyto přístupy vhodné pro jedince všech věkových kategorií s velmi širokou škálou obtíží a potřeb, ať už se jedná o duševní poruchu, trauma, zdravotní, sociální či jiné psychické a emocionální potíže. Přestože mají řadu shodných znaků, každý z nich pracuje s jiným uměleckým médiem jako intervenčním terapeutickým prvkem. Veškerý terapeutický proces a volba vhodných postupů se proto odvíjejí od individuálních a specifických potřeb klienta a cílů, které si společně s terapeutem stanoví (Kantor a kol., 2016).

Účinky uměleckých terapií podléhají nejenom specifickým potřebám klienta, ale také jeho zdravotnímu a psychickému stavu či celkové situaci, ve které se nachází. V závislosti na takovéto konkrétní situaci mohou umělecké terapie přispět řadou pozitivních vlivů, které směřují především ke zlepšení duševního zdraví, emocionální pohody a sociálního fungování, v některých případech sekundárně také ke zlepšení fyzické zdatnosti. Konkrétněji tyto aspekty směřují ke zvyšování sebevědomí, sebedůvěry, sebepoznání a možnosti sebevyjádření. Napomáhají v regulaci projevů chování a emocí. Umění a práce s ním mají také vliv na rozvoj kognitivních funkcí. Umělecké terapie mohou stimulovat paměť, pozornost, myšlení, ale i řeč s ním související. Jsou tedy prostředkem pro rozvoj komunikace a navazování kontaktů. Zaměřují se na rozvoj sociálních dovedností, práci ve skupině, spolupráci, naslouchání, empatii. Ovlivňují také smyslové vnímání. V oblasti fyzické se zaměřují na rozvoj psychomotorických funkcí, ať už se jedná o jemnou či hrubou motoriku, koordinaci, prostorové vnímání a pohyb v prostoru apod. Umělecké terapie jsou prostředkem, jak vyjádřit své pocity, ale také zpracovat možnou náročnou životní situaci a pracovat s ní (traumatický zážitek, zdravotní stav, jiná náročná životní situace). Je tedy patrné, že mohou ovlivnit celou osobnost daného jedince, což znamená, že mají vliv na celkovou kvalitu života.

Expresivní (umělecké) terapie v kontextu psychoterapie, rehabilitace, zdravotní péče či poradenství využívají v rámci své intervence hudbu, tanec/pohyb, drama, poezii/tvůrčí psaní a v posledních několika desetiletích se součástí expresivních terapií stala také hra a pískovnice (sandtray). Na základě nich byly vytvořeny specifické teoretické základy,

metodiky, školení a profesní asociace (Malchiodi, 2001), např. Mezinárodní asociace expresivních uměleckých terapií (The International Expressive Arts Therapy Association – IETA, 2023). Malchiodi (2001) také uvádí, že „pokud se terapeuti rozhodnou používat expresivní terapie, dávají svým klientům příležitost stát se aktivními účastníky vlastní léčby a umožňují jim využívat představitivost produktivním a korektivním způsobem. Ať už prostřednictvím umění, hry, hudby, pohybu, inscenace nebo tvůrčího psaní, expresivní terapie stimulují smysly, čímž ‚senzibilizují‘ jedince k nevyužitým aspektům sebe sama, a tím usnadňují sebepoznání, změnu a nápravu.“

Přesto je pro nás klíčové vymezení zejména expresivní umělecké terapie, tedy intervence čerpající z různých uměleckých forem. V tomto kontextu je pak výše zmíněná terapie hrou pouhou expresí, do které se prvky umění mohou prolínat i přesto, že umění může být samo o sobě považováno v některých případech za formu hry. U jednotlivých uměleckých intervencí (malba, tanec, hudba) v terapeutickém kontextu je však zapotřebí porozumět konkrétním médiím nad rámec hry a tak vymezení umělecké terapie či expresivní umělecké terapie jako intervenci integrující znalosti umění s principy psychoterapie a příbuzných oborů, na rozdíl od terapie hrou. Přesto mohou expresivní umělecké terapie a terapie hrou fungovat současně, kdy řada herních terapeutů přijímá techniky expresivních uměleckých terapií, jež mohou terapeutovi napomoci k hlubšímu poznání dynamiky klienta a k jejímu porozumění.

Expresivní umělecká terapie může být realizována prostřednictvím různých uměleckých forem, kdy skrze zapojení vícero smyslů prozkoumáváme vnitřní i vnější svět. Jedná se tedy o multimodální přístup, který v sobě kombinuje psychologii a tvůrčí proces, jehož hlavním cílem je podpora uzdravení a osobnostního růstu klienta. Daný přístup primárně nehledá odpovědi na problémy, ale spíše skrze příležitost umělecky a kreativně se vyjádřit nabízí klientovi možnost některé problémy zpracovat a vyřešit. Přejít od jedné modalitě ke druhé tak otevírá příležitost zkoumat své emoce nebo tělesné zkušenosti z různých úhlů pohledu, čímž může dojít k lepšímu pochopení a zpracování klientova problému. Tvůrčí vyjádření vychází z předpokladu, že se jednotlivci mohou uzdravit skrze sebepoznání. Terapeuti mají k dispozici rozsáhlou škálu nástrojů, které pomáhají klientům hlubokým způsobem využít jejich představitivost, tělesné pocity, emoce a myšlenkové procesy a přispět k emočnímu zdraví či ukotvení sebe sama ve vnitřním i vnějším světě. Expresivní terapie uznává, že každý způsob tvůrčího umění je jedinečný, na základě čehož se každý terapeut expresivních terapií pečlivě věnuje výběru a použití jednotlivých modalit (Expressive Arts, 2023; Integrative Psychotherapy, 2023).

Dále se také setkáváme s pojmem Creative Arts Therapies neboli kreativní umělecké terapie, což v některých případech zastřešuje obě výše zmíněné skupiny (IETA, 2023). Základním rozdílem je tedy samotné využití jednotlivých uměleckých modalit. Umělecké terapie tak, jak byly popsány výše, pracují s jednou z vybraných uměleckých forem podle svého zaměření. Expresivní (umělecké) terapie na druhou stranu čerpají z vícero uměleckých modalit. Tento terapeutický přístup založený na integraci vychází ze společných základů všech uměleckých směrů. Tímto propojením a přístupem vzniká nová modalita, ve které terapeuti vycházejí z potřeb klienta a vyhodnocují, která modalita (nebo jejich kombinace) bude v daný okamžik nezbytná a nejefektivnější (Malchiodi, 2014, In: Psychologytoday.cz, 2023).

Vyhledávací strategie v empirické části práce zahrnovala především čtyři základní modalitě uměleckých terapií. Ovšem vzhledem ke skutečnosti výše popsaných definic byly zahrnuty také směry expresivních (uměleckých) terapií, aby byl případný získaný vzorek studií kompletní a vhodně práci doplnil. Pro účely této práce však bude dále užíván jednotně termín umělecké terapie, pokud pro použití jiných pojmů nebude zvláštní důvod.

V následujících podkapitolách se budeme blíže věnovat hlavním směrům uměleckých terapií. Tato část práce je zcela informativní z hlediska seznámení čtenáře s danou oblastí. Nerozebírá dopodrobna jednotlivé přístupy terapeutických směrů. Specifika některých z nich budou obsažena v praktické části disertační práce a budou vycházet ze získaných poznatků výzkumu. Obsahem jednotlivých podkapitol bude především historický kontext, terminologie a definice jednotlivých umělecko-terapeutických směrů a zejména jejich účinky v rámci terapeutické intervence. Stejně tak budou zahrnuta určitá specifika jednotlivých umělecko-terapeutických směrů ve vztahu k osobám se zrakovým postižením. Cíle uměleckých terapií se mohou týkat rozmanitých problémů osob se zrakovým postižením. Výsledky uměleckých terapií jsou ovlivněny typem uměleckého média a jeho vhodností vůči konkrétnímu pacientovi se zrakovým postižením. Jejich účinnost bývá také velmi často podmíněna vztahem jedince k určitému typu umění (ať už se jedná např. o strach, nelibost, odpor, předchozí zkušenost a další).

3.1.1 Arteterapie

Každý vnímá krásno jistým odlišným způsobem a nemusí se vždy pojit pouze s pozitivními pocity. To se odráží ve všech oblastech našeho života i v různých uměleckých odvětvích. Výtvarné umění bývá velmi často pojímáno kontroverzně. Ne každý může

pochopit tvorbu někoho jiného a sžít se s myšlenkou konkrétního uměleckého díla. Možná že takováto bouře emocí je stěžejním cílem výtvarné tvorby. Jak jsme popisovali výše, umění, včetně toho výtvarného, je součástí řady proudů a je podnětné pro mnoho oblastí lidského bytí. Proto výtvarná tvorba a výtvarné umění dostaly také své místo v oblasti terapií a dnes se s nimi pracujeme v tzv. arteterapii.

Termín arteterapie byl poprvé použit začátkem 20. století, ale s prvky výtvarné tvorby v kontextu terapeutického působení bychom se setkali již dříve. Pravěké jeskynní malby jsou vnímány jako výtvarný prostředek s magickým a rituálním přesahem. Už tento vliv měl jistý terapeutický potenciál a napomáhal nastavit mysl pravěkých lovců na možnosti úspěšného lovu, ochrany před zlými silami, podpory plodnosti apod. (Dosedlová, 2012). Stejně tak je tomu i v současné době u mnoha indiánských, afrických či dalších exotických kultur, které umění využívají k rituálním účelům. Řada autorů (Jacobsen a kol., 2019; Kantor a kol., 2009; Kulka, 1990) popisuje umění a jeho terapeutické účinky také v dobách antiky a středověku. Velký význam však z hlediska historie nabylo během 18. století, kdy se setkáváme s myšlenkou, že lidé s duševním onemocněním (především schizofrenií) se výtvarně projevují jiným způsobem a v jejich tvorbě je možné zachytit známky daného onemocnění. I v tomto kontextu můžeme zmínit využití určitých aspektů výtvarného projevu jako prostředku v oblasti diagnostiky. Někteří autoři (Slavík, 2000) hovoří o tom, že interpretace výtvarného díla je založena na předpokladu, že určité její formy nejsou pouhou kresbou, malbou apod., ale že mají další význam. Především pak kresba bývá velmi často využívána jako diagnostický nástroj pro zjišťování osobních charakteristik jednotlivce. Na základě kresby bývá posuzována rovněž úroveň vývoje dítěte, kdy se zaměřujeme především na její provedení, vývoj jemné a hrubé motoriky, grafomotoriku, vývoj senzomotorické koordinace, ale v určitém ohledu i na kognitivní funkce, především percepce. Kresby mohou být využity pro testování inteligence, emočního prožívání, temperamentu nebo jako prostředek pro komunikaci či zjišťování úrovně kreativity (Svoboda a kol., 2001). Kresba lidské postavy je jedním z příkladů kresebných testů, který má různé modalities zaměřující se např. na zjišťování úrovně dětské inteligence v obecném kontextu či mezilidské vztahy a vnímání sebe sama (př. DAP – Drawing of The Human Figure² či FDT – Figure Drawing Test³). Dalšími příklady mohou být Baum Test – test strom⁵, kde strom symbolizuje

² Machover, K. (1949). Personality Projection in the Drawing of the Human Figure. (A Method of Personality Investigation). Illinois, Springfield: Charles C. Thomas.

³ Baltrusch, H. J. (1956). Klinisch psychologische Erfahrungen mit dem „FigureDrawing-Test“ (v překladu Oldřicha Machače), Zeitschrift für Psychosomatische Medizin, 3, 121, 29–40.

⁵ Koch, C. (1952). The tree test. New York, Gune & Stratton.

jednotlivce a jeho vlastní charakteristiky, kresba rodiny či začarované rodiny a mnoho dalších. Testy slouží k posouzení emočního, kognitivního a sociálního rozvoje jedince (Šiřková-Fabrice, 2016). Jsou aplikovány klinickými psychology za účelem psychodiagnostických vyšetření. Pokud tyto testy užívají arteterapeuti, potom jsou aplikovány mimo psychodiagnostický kontext a postrádají standardizaci celé procedury. Někteří arteterapeuti tyto psychologické testy využívají pro hlubší poznání osobnosti klienta.

Pojem art therapy se poprvé objevil v USA, kde byl použit Margaret Naumburgovou (30. léta 20. století). O další desetiletí později se přenesl také do evropského prostředí. Od poloviny 20. století se arteterapie začíná rozčleňovat do různých oblastí a její využití je tak specifikováno na konkrétní skupiny osob či podle směrů v oblasti psychoterapie. Dnes je arteterapie vnímána jako samostatný terapeutický obor (Potměšilová a kol., 2021).

Pojem arteterapie v širším významu se někdy používá jako synonymum termínu umělecké (expresivní) terapie. Pro terapeutické využití výtvarných prostředků se potom používá termín arteterapie v užším významu. Tato dvojí terminologie spojená s pojmem arteterapie se však používá stále méně často. Arteterapie může mít podobu jak individuální, tak skupinovou. Obě formy mají předem daná pravidla a pracují s možnostmi a potřebami jednotlivých klientů. Individuální proces je však intenzivnější, založený především na vztahu klient-terapeut. U skupinové arteterapie má významný vliv faktor skupinové dynamiky, koheze a další. Účelné jsou aktivity založené na vzájemné spolupráci, komunikaci a interakci jednotlivých členů skupiny. Terapeut nastavuje takové podmínky, aby jednotlivé faktory podpořil a mohly tak skupinou rezonovat. Potřeby každého klienta mají svá specifika a je na zvážení terapeuta, jaká forma pro něho bude vhodnější (Potměšilová a kol., 2021).

Samotné výtvarné umění nám nabízí velmi široké a bohaté spektrum technik a metod, které v rámci dané terapeutické intervence můžeme využít. Terapeut může s klienty pracovat skrze kresbu, malbu, koláže, práci s hlínou a sochařství, ale může využívat i specifické techniky jako sítotisk, kašírování, rytí (např. linoryt) apod. či určitý druh výtvarné performance. Díky rozsáhlosti technik si klient může vybrat také z široké škály materiálů a pomůcek. Především pak u osob se zrakovým postižením je různorodost materiálů klíčová. Mělo by jim být poskytnuto všech možných a dostupných technik a materiálů, se kterými výtvarná tvorba pracuje i přesto, že řadu z nich reálně nevyužijí (Růžičková & Kroupová, 2020). Především jde o možnost poznat jednotlivé materiály a jejich vlastnosti, které jedinci

přinášejí určitou hmatovou zkušenost. Může tak objevovat různorodost těchto materiálů a na jejich podobnosti získávat informace o reálných podnětech. Možnost výběru napomáhá určit si, co je mi příjemné, a co je mi nepříjemné, s čím chci dále pracovat, nebo zda daný materiál odpovídá mým aktuálním požadavkům, pocitům a emocím, a zda by mi napomohl vyjádřit a umocnit prožitek z dané intervence. Řada materiálů má však také multisenzoriální charakter, na základě čehož může být jejich výběr jedincem preferován. Vlastnosti těchto materiálů pak napomáhají ke stimulaci či podnícení smyslů. Proto považujeme za podstatné nabídnout osobám se zrakovým postižením příležitost si osahat, ale také očichat nebo v některých případech i slyšet či v rámci zachovalého zrakového rezidua vidět, široké spektrum možností. Pro arteterapeutickou práci je velmi často využívána práce s hlinou. V této souvislosti zmiňme Axmanovu techniku, jež pracuje s řemeslným základem, který však přináší také terapeutické účinky. Stavebním prvkem je matematický hmatový systém a proporční rozdělení tvořené hliněnými „hady“ vrstvenými na sebe. Pomocí nich je jedinec schopen definovat velikost modelovaného objektu a následné umístění detailů (Aliterra.eu, 2023).

Řada výtvarných technik je založena na vizuální percepci. Stejně tak i přijímání informací a hodnocení výtvarného díla se projevují nejčastěji skrze zrak. Na základě omezení či úplné ztráty zrakové percepce je pro jedince se zrakovým postižením obtížné umění konzumovat, ale také je zde určité omezení v jeho tvorbě. Např. kresba je v tomto ohledu náročná. Vyžaduje určitou míru koordinace oko-ruka, aby jedinec mohl správně propojovat nakreslené linie a tvary. Také rozvržení a uspořádání jednotlivých objektů na papíře/plátně vyžaduje vizuální interakci. U jedinců s omezenou či úplnou ztrátou zrakové percepce je tento proces ztížen, a proto by jeho výtvarné možnosti měly být o něco promyšlenější a měly by obsahovat především větší nabídku haptických prvků, které do určité míry zastoupí vizuální vjem (Lev-Wiesel a kol., 2002). Pro umocnění prožitku či dosažení širšího potenciálu terapeutické intervence je také žádoucí zapojovat do výtvarného projevu či přijímání uměleckého díla další smysly, jako jsou sluch nebo čich.

Reliéf a reliéfní kresba přinášejí podstatný hmatový rozměr pro výtvarnou tvorbu jedinců s těžkým zrakovým postižením. Oblast tzv. tyflografiky je (i díky rozšiřujícím se možnostem moderních technologií) důležitou součástí života osob se zrakovým postižením a reliéfní zobrazení řady podnětů rozšiřuje také arteterapeutické možnosti u daných jedinců. Jesenský (1988) považuje ruční technologii vytváření reliéfního obrazu za jednu ze sedmi hlavních možných technik v rámci tyflografického zobrazení. Některé z nich je pak možné využít také v rámci výtvarné tvorby a poskytnout je jako možnou techniku v rámci arteterapeutické

intervence. Růžičková a Kroupová (2020) popisují následující manuální podoby reliéfní grafiky: konturovací pasta, lepení materiálů, vypichování, modelování, fóliové, formelové či plstěné kreslenky. Reliéfní kresba vychází z určité struktury nácviku a jednotlivé fáze byly definovány Jesenským (1988). Základem je nejenom dostatečná úroveň jemné motoriky, grafomotoriky či hmatové diferenciacce, ale také dovednost vést reliéfní čáru požadovaným směrem. Jednou z modalit reliéfní kresby může být např. technika prorývané kresby či prokreslovaného reliéfu kolorovaného olejovým pastelem (Růžičková & Kroupová, 2020). Samotný výběr určitého druhu materiálu či pomůcky tedy vychází nejenom ze stupně zrakového postižení, ale také individuálních odlišností každého jednotlivce.

Jedinec se zrakovým postižením se mnohdy hůře orientuje v prostoru. V kontextu malby, kresby či jiných výtvarných technik spojených s tvorbou na papír je tak účelné posilovat orientaci v mikroprostoru a napomoci jedinci např. prostřednictvím kinestetické opory, hmatové opory či sluchové zpětné vazby (Lev-Wiesel a kol., 2002). Problémy mohou nastat také v realismu kresby, často se jedná o zkreslené proporce předmětů, postav, zvířat či chybějící části obličeje. Některé studie však došly k závěru, že např. chybějící oči na postavě jsou klientovým záměrem a jsou tak metaforou ke zdravotnímu stavu jedince (Lev-Wiesel a kol., 2002).

Podstatnou složkou je v rámci arteterapie také barevné spektrum. Symbolika barev je poměrně široká a v oblasti arteterapie má důležité místo, už z toho hlediska, že je velmi často diskutováno o jejich vlivu na psychické i fyzické zdraví člověka (o psychologickém významu barev např. hovořili umělci jako Johann Wolfgang Goethe či Johannes Itten., In: Dannhoferová, 2012). Použitím určité barevné kombinace můžeme vyjádřit řadu emocí a lépe nastínit vlastní vnitřní svět. Barvy nám také symbolizují konkrétní předměty a jevy, ale v očích každého z nás nemusejí být tato pravidla respektována a jejich použití může být zcela individuální a nabízet jiný rozhled a pohled do mysli každého z nás. I na základě toho bývají barvy často posuzovány při diagnostickém procesu (Šicková-Fabricsi, 2016). Především pak u osob slabozrakých či se zbytky zraku je volba barev žádoucí směrem k jejich kontrastnosti, a tedy následné lepší orientaci a přijímání vizuálního podnětu samotným jedincem.

Tvořivost v procesu arteterapeutické intervence ovlivňuje celé spektrum osobnosti jedince a může tak působit na řadu aspektů, ve kterých se potřebujeme zdokonalit, rozvíjet, motivovat, obohacovat, vybalancovat, zklidnit, nebo se naopak vyjádřit. V průběhu tohoto procesu může jedinec pracovat s vlastními pocity a myšlenkami. Arteterapeutická intervence napomáhá ulevit od traumatu, řešit konflikty nebo se vyrovnat s aktuálním psychickým

i zdravotním stavem a můžeme díky ní nalézt určitou míru pohody a vyrovnat svůj vnitřní svět, a to i za pomoci neverbálních projevů. Samozřejmostí je možnost kreativního vyjádření, v rámci kterého bývá z terapeutického pohledu vnímán samotný proces jako důležitější než výsledný produkt (Malchiodi, 2006). Arteterapie tak přináší do života jednotlivců motivaci, ovlivňuje emoce a psychiku, ale celkově se zaměřuje na osobní růst za pomoci výtvarného umění.

Přestože mají lidé se zrakovým postižením ve výtvarné tvorbě určitá omezení, řada studií (Beach, Robinet & Hakim-Larson, 1995; Darewych, 2009; Uhlin & De Chiary, 1982) potvrzuje, že kreativní a terapeutické prostředí může u daných jedinců zvýšit sebevědomí, sebepojetí. Ti se pak mohou stát méně závislými na druhých a mohou být stejně expresivní jako osoby intaktní. Arteterapie tak může jedincům napomoci v dosažení jejich cílů. Vyobrazení jednotlivých uměleckých děl často symbolizuje vnitřní svět daných jedinců, včetně emocí. Možnost vyjádřit se a reflektovat své pocity skrze umění může v kombinaci s debátou s terapeutem pomoci s procesem vyrovnávání se s aktuálním zdravotním či psychickým stavem, který se pojí se ztrátou zraku.

Artefiletika

V kontextu využitelnosti uměleckých terapií a jejich prostředků v oblasti výchovy a vzdělávání je vhodné zmínit nejenom klasickou výtvarnou výchovu, ale především pojem, který je arteterapii blízký, a tím je artefiletika.

V českém prostředí se s tímto přístupem jako výchovným konceptem založeným na propojení expresivní tvorby s reflektivním dialogem setkáváme od počátku 90. let 20. století. Jeho průkopníkem se u nás stal doc. Jan Slavík, který se pro jeho zpracování inspiroval myšlenkami tzv. „filetického přístupu“, o kterém již dříve hovořili např. profesor filozofie výchovy H. S. Brouddy či výtvarný pedagog K. R. Beittel. Beittel se snažil pojmenovat/vystihnout specifickou roli uměleckých oborů v rámci výchovy. Brouddy pak pojem „filetika“ používal pro „označení takového vzdělávacího přístupu, jenž se při výuce orientuje, na žáka, tj. opírá se o žákovskou osobní zkušenost a motivaci tvořit“ (řekl Jan Slavík v rozhovoru pro časopis Komenský: odborný časopis pro učitele základní školy, 2019). Na Brouddyho koncepci navázala a dále později ji rozvinula profesorka výtvarné výchovy L. Bresler a toto spojení obou autorů vedlo k utvoření artefiletické koncepce (Slavík, 2014). Samotný Slavík (1997) pak zmiňuje, že se jedná především o možnost něco zažít, prožít a autenticky poznávat umění, kulturu, sám sebe. Potměšilová a kol. (2021) dále

dodává, že „filetický přístup je přístup, který ve výchově spojuje tvůrčí expresi jakožto princip umělecké tvorby s reflexí jakožto principem vědy“. Je zde tedy propojována oblast umění s vědou a díky tomu je artefiletika vnímána jako multidisciplinární obor, jenž pracuje s poznatky vědních oborů (filozofie, teorie umění, estetika, psychologie apod.). Pracuje s expresí a svým charakterem tak tvoří hranici mezi klasickou výtvarnou výchovou a arteterapií. Díky tomu nabízí nový rozhled pro klasickou výtvarnou výchovu na školách.

Artefiletický/á koncept/výuka má určitou strukturu a probíhá v několika fázích, které vycházejí ze tří základních prostředků, kterými jsou: výrazová hra – výtvarný zážitek – reflektivní dialog (Slavíková a kol., 2000). Jak bylo zmíněno výše, reflektivní dialog je nedílnou součástí „filetického“ přístupu a v řadě případů tak odlišuje artefiletiku od běžných hodin výtvarné výchovy. Navazuje na výrazovou hru, kterou dle Slavíkové, Slavíka a Eliášové (2007, s. 181) doplňuje o možnosti:

- 1. poskytnout aktérům příležitost k výpovědi o pocitech a dojmech, které provázely výrazovou hru;*
- 2. nacházet co nejvýstižnější slova (příp. doplněná jinými výrazy) pro osobně důležité stránky zážitků navozených výrazovou hrou;*
- 3. ujasnit si svůj pohled na zážitky z výrazové hry a porovnávat jej s pohledy ostatních jejích účastníků;*
- 4. uvědomit si rozdíly a shody v zážitcích mezi různými lidmi a dekontextualizovat nabyté zkušenosti;*
- 5. na základě vzdělávacích motivů poznávat souvislosti mezi projevy vlastní výrazové hry a jinými uměleckými (kulturními) projevy;*
- 6. řešit případné vnější nebo vnitřní nezdary a nepohody, které vznikly v průběhu výrazové hry, ale také se podělit s ostatními o radost z vydařeného díla;*
- 7. vyzkoušet, posuzovat a promýšlet varianty těch momentů výrazové hry, které jsou pocítovány jako velmi důležité pro poznávání, anebo naopak málo uspokojivé nebo málo završené.*

Artefiletický význam je zřejmý v mnoha aspektech. Proces je založen na respektování zájmů žáků a studentů a bere v potaz jejich individuální zvláštnosti, čímž se snaží nastolit harmonický výchovně-vzdělávací proces. Blíže pak přináší rozvoj nejenom v oblasti estetické, ale také sociální, emocionální, v oblasti komunikace a kritického myšlení. Žáci a studenti se učí porozumět sami sobě, ale také světu, ve kterém žijí. Artefiletika celkově

přispívá k rozvoji komplexních dovedností a kompetencí, které mají multidisciplinární charakter a významně ovlivňují osobnost daného jedince (Slavík, 1997).

Artefiletika se nepodřizuje terapeutickým účelům, není svazována nároky na výkon v určité umělecké disciplíně, neodděluje tvořivý proces od teoretického náhledu na výsledek, ale podle Slavíka (2014) „má využívat potenciál umělecké, resp. expresivní tvorby ke zkoumavému poznávání osobně angažovaných, ale obecně sdílených humánních témat – existenciálních konceptů“. Artefiletika nemá tedy léčebný charakter, což umožňuje pedagogům (v našem případě i speciálním pedagogům) její využití v běžné výuce.

3.1.2 Muzikoterapie

Hudba a hudební umění nás provázejí již od dětství. Většina z nás se s hudbou setká už v prenatálním období, kdy na plod působí různé zvuky z okolí. Nejenže hudba ovlivňuje celou osobnost jedince, ale může sloužit i jako univerzální jazyk mezi kulturami. Hudba je silně zakořeněna v historii, což dokládají různé teorie o jejím původu. Charles Darwin spojoval hudbu s napodobováním ptačího zpěvu, ale také se svojí teorií pohlavního výběru. Karl Stumpf tvrdil, že hudba vznikla v setrvání lidského hlasu v jedné poloze. Podle jeho teorie se hudba rozvinula z velmi jednoduchých motivů tvořených dvěma až třemi tóny, které měly např. signalizační charakter (píšťalky). Na základě různých výšek tónů vznikaly nové kombinace souzvuků (dnes známé jako akordy). Ty pak tvořily libé či nelibé kombinace a právě souzvuky (libé zvuky) byly později umocněny užíváním hudebních nástrojů. Prolínáním těchto dvou aspektů se postupem času vyvíjela samotná hudba. Jean-Jacques Rousseau považoval za základ hudby jazyk. Hovořil o tom, že jednotlivé zvukové projevy (vokály) tvoří koncept hudby. Karl Bücher považoval za podstatnou složku hudby rytmus, který pramenil z rytmu práce (Sesemann, 2007). Jednotlivé teorie byly různými autory přijaty i vyvráceny, přesto se v současné podobě hudby setkáváme se všemi zmíněnými prvky (v různých variantách), doplněnými o řadu dalších hudebních možností.

Terapeutické účinky hudby lze také nalézt již v historických pramenech, například v biblickém příběhu o králi Saulovi. Toho sužoval zlý duch Hospodina, jenž mu způsoboval záchvaty úzkosti. Služebníci navrhli, aby vyhledal někoho, kdo by mu v těchto obtížích pomohl hrou na citaru. Tak se král Saul setkal s Davidem, který mu kdykoliv při záchvatech těžkosti hrál na citaru, čímž mu přinášel úlevu, aby zlý duch odstoupil pryč (Bible21.cz, 2012). Tento příklad ilustruje, jak hluboko je hudba zakořeněna v našem životě a jaký významný vliv může mít na naše emoce a psychickou pohodu. V období středověku bylo po Evropě rozšířeno pojednání *De Institutione Musica* (kolem roku 600 n. l. Boethius, In:

Palisca, 1989), které popisovalo léčivé účinky hudby, a tak bylo zahrnuto do sylabu studentů medicíny po celé Evropě. Hudba již zde úzce souvisí s tělem, myslí i duchem a okrajově se dotýká medicínských oborů. V průběhu let se terapeutické využití hudby stávalo stále uznávanějším prostředkem v oblasti terapeutických přístupů. V současnosti se bavíme o terapeutické profesi – muzikoterapii.

Vznik muzikoterapie jako profese je datován do období po druhé světové válce v USA. Hudební terapeutické programy byly určeny především válečným veteránům. V této době (r. 1950) vznikla i první muzikoterapeutická asociace (dnes známá jako American Music Therapy Association) (Kantor a kol., 2016). Ta dnes hovoří o muzikoterapii jako o „klinickém a na důkazech založeném využití hudebních intervencí k dosažení individuálních cílů v rámci terapeutického vztahu, které provádí pověřený odborník, který absolvoval schválený muzikoterapeutický program“. Tyto intervence mohou být zaměřeny na různé oblasti, jako jsou podpora zdraví, zvládnání stresu, zmírnění bolesti, práce s emocemi a vlastními pocity, rozvoj a zlepšení komunikace, paměti, fyzické zdatnosti a řada dalších (AMTA, 2022).

Muzikoterapeutický vliv se přenesl také do evropského prostředí, včetně tuzemského. V současnosti zde působí Muzikoterapeutická asociace České republiky. Ta definuje muzikoterapii obdobným způsobem: „Muzikoterapie je obor s primárním terapeutickým účinkem. Muzikoterapie je zároveň léčebný a podpůrný postup, při kterém kvalifikovaný muzikoterapeut pomáhá klientovi nebo skupině projít terapeutickým procesem prostřednictvím pomáhajícího vztahu, hudby a hudebních prvků. Cílem tohoto procesu je vhodným způsobem rozvíjet potenciály nebo obnovovat funkce jedince, aby bylo dosaženo lepší intrapersonální a/nebo interpersonální integrace s cílem uspokojit fyzické, psychické, emocionální a sociální potřeby.“ (CZMTA, 2023)

Z uvedených definic je zřejmé, že muzikoterapie představuje proces, který svými intervencemi zasahuje do všech oblastí (psychické, emoční, fyzické, sociální) osobnosti jedince a respektuje jeho individuální potřeby, možnosti a funkce. Intervence jsou prováděny kvalifikovaným terapeutem, který využívá vztahu klient-terapeut a specificky vybírá, řídí či doprovází jednotlivé aktivity. Světová federace pro muzikoterapii (WFMT, 2023) také dodává, že se muzikoterapeutická intervence využívá jak v lékařském prostředí, tak v rámci vzdělávání či dalším každodenním prostředí v podobě individuální, skupinové či komunitní terapie. Výzkum, praxe, vzdělávání a klinická praxe a klinická výuka v muzikoterapii jsou založeny na profesních standardech v souladu s kulturními, sociálními a politickými souvislostmi (Llamas, 2016).

Obdobně jako v jiných oborech se v muzikoterapii setkáme s řadou členění podle zaměření, obsahu či hlavních cílů. Tradiční je dělení muzikoterapie na receptivní a aktivní formu. Receptivní forma je založena na poslechu hudby. Hudba může doprovázet také jiné aktivity, např. malbu či tanec. Přestože jedinec aktivně hudbu nevytváří, umění soustředěného naslouchání hraje podstatnou roli v rozvoji jeho pozornosti. Přitom se aktivuje řada funkcí, jako jsou paměť, představivost, fantazie, tvořivost, myšlení, ale i rytmické cítění, tonální cítění či hudební sluch. Hudbu hodnotíme, což napomáhá rozvíjet hudební vkus a estetické cítění. Forma aktivního muzikoterapeutického působení již vyžaduje klientovo aktivní zapojení tím, že sám hudbu vytváří, ať už hrou na hudební nástroj, hrou na tělo, či zpěvem (Kantor a kol., 2016).

Účinky hudby se tedy odrážejí v celém spektru osobnosti jedince. Ovlivňována je kognitivní složka, kdy hudba působí nejenom v oblasti percepce, ale také zlepšuje koncentraci, paměť a myšlení. Rozvíjí imaginaci a fantazii (Darrow a kol., 2007; Samara, 2016). Hudba má také v mnoha ohledech silné relaxační a antistresové účinky. Důležité je v této oblasti správné dýchání, které může napomoci nejenom zklidnit organismus, ale také hraje podstatnou roli pro zdraví člověka. Správné dýchání je podstatné i při zpěvu či hře na dechový nástroj, s čímž se pojí správné držení těla, ať už ve vzpřímené poloze, nebo vsedě. Hudební aktivity jsou tedy propojeny s rozvojem určité fyzické zdatnosti i z hlediska možnosti vazby mezi hudbou a pohybem. Skrze toto propojení můžeme podněcovat fyzické bezpečí jedince se zrakovým postižením, které je podstatné nejenom po bezpečnou orientaci v prostoru a samostatný pohyb, ale může tak následně napomoci v oblasti lateralit, celkové rovnováhy a fyzické stavby těla (Llamas, 2016). Tyto aspekty jsou poté klíčové i v rámci tanečně-pohybové terapie nebo dramaterapie.

Nepřeborné množství hudebních směrů, hudebních nástrojů a jejich odlišných zvuků, dynamika, rytmus a mnoho dalšího - to vše v nás vyvolává určité pocity, skrze které hudbu hodnotíme, a pracuje s emocemi, které v nás probouzí. Díky poslechu a pohybu tak můžeme s emocemi pracovat a vyjádřit, co cítíme, jak se cítíme nebo jaké fantazie a obrazy v nás hudba vyvolala (Aepkers a kol., 2005). Toto působení je účelné při rozvoji hrubé motoriky a v rámci hry na nástroj rozvíjíme navíc jemnou motoriku (DeBoth a kol., 2020). Hudební aktivity jsou podnětné nejenom pro verbální komunikaci, ale jedinec má skrze ně možnost se projevit i neverbálně. Napomáhají při regulaci chování, ať už potřebujeme klienta zklidnit, nebo jej naopak dostat z pasivního nastavení do aktivního zapojení. Díky písním, básničkám a říkankám rozvíjíme slovní zásobu (Kropáčková & Splavcová, 2016). Sluch jako jeden z nižších kompenzačních činitelů je v rámci hudebních aktivit zcela zásadní. Jedinci se

zrakovým postižením jej potřebují především k možnosti lokalizace, identifikace a diferenciaci zvuků z okolí. Hudba jako umělecké médium tak přináší rozvoj v oblasti sluchové paměti a uvědomělé sluchové pozornosti a umožňuje hodnocení řady kritérií z okolního prostředí. Znalost zvuků a potřeba je od sebe rozlišit či je zaměřit jsou podstatné nejenom pro získávání informací, utváření pojmů a poznávání světa okolo sebe, ale především pro celkový pocit bezpečí osoby se zrakovým postižením.

Poměrně podstatnou složkou v rámci muzikoterapie je rytmus. Smysl pro rytmus je jednou z hudebních schopností, která se v rámci ontogeneze rozvíjí u každého z nás jako první. Už v mateřské škole je řada aktivit zaměřena na práci s rytmem a jeho prostřednictvím můžeme u jedince rozvíjet i další dovednosti, jako je např. čtení. Tento přesah už však záleží opravdu na specifikách jednotlivých klientů. Takováto intervence je spíše v kompetencích hudebních pedagogů a pro oblast muzikoterapie není klíčová. V neposlední řadě poskytuje muzikoterapie sociální interakci. Pomocí hudebních aktivit si jedinec může osvojovat určité sociální role a naučit se s nimi pracovat a propojovat je s každodenním životem. Můžeme tedy říci, že muzikoterapeutická intervence a její účinky se odrážejí ve všech aspektech souvisejících s intelektuálními, emocionálními a sociálními projevy (nejenom) osob se zrakovým postižením.

Hudební intervence také přináší klinické výsledky v oblasti chirurgických zákroků u pacientů s kataraktou či glaukomem. Tyto studie prokázaly vliv hudební intervence v průběhu operace především na snížení vnímání bolesti, snížení úzkosti a celkové zlepšení životních funkcí (krevní tlak, srdeční frekvence) (Bertelmann a kol., 2015; Muddana a kol., 2021; Quigley a kol., 2019).

Muzikofiletika

Obdobně jako u arteterapie je využití muzikoterapie v rámci vzdělávacího prostředí možné pouze s vyškoleným muzikoterapeutem, jenž může školu navštěvovat jako externí pracovník, případně být zaměstnancem školy. Učitel se může pouze inspirovat a prvky muzikoterapie implementovat do vlastní výuky s cílem zařadit expresivní hudební složku s možným cílem dopřát svým žákům kreativní vyjádření, uplatnění a prožitek. V tomto kontextu se setkáváme s pojmem muzikofiletika, který je však poměrně mladým oborem a není o něm doposud tolik informací jako např. o artefietice, své základy má však právě v artefietice. V tuzemském prostředí je pojem muzikofiletika zmiňován v kontextu jména Svatavy Drlíčkové, která jej poprvé použila v roce 2007, ale definovala jej až v roce 2012.

Holzer a Drlíčková (2012, s.143) o muzikofiletice hovoří následovně: „Muzikofiletika stojí mezi hudební výchovou a muzikoterapií. Snaží se o rozvíjení pozitivního v člověku a působí v oblasti prevence sociálně patologických jevů. Na první místo staví příjemné prožitky z hudby a vlastní umělecké tvorby. Muzikofiletiku můžeme definovat jako hraniční disciplínu mezi muzikoterapií a pedagogikou. Používá muzikoterapeutické techniky k podpoře a rozvoji výchovně vzdělávacího procesu.“ Friedlová a kol. (2020, s.11) dále popisují muzikofiletiku jako „tvořivé, zážitkové a reflektivní pojetí hudby a uměleckých hudebních činností ve vzdělávání, které směřuje k poznávání sebe, druhých a světa v kontextu umění a kultury a jehož základem je využití kvalit zvuku, hudby a vztahu člověka k nim“. Jedná se tak o přístup, který vychází z principů muzikoterapie, ovšem není terapeutické povahy a díky tomu je využitelný ve výchovně-vzdělávacím prostředí. Svému účastníkovi přináší zážitek/prožitek za pomoci hudební exprese a reflektivního dialogu, (stejně jako je tomu u artefiletiky), jehož účinky byly popsány výše (viz Artefiletika). Má multidisciplinární charakter a prolíná v sobě nejenom muzikoterapeutické prvky a prvky hudební pedagogiky, ale vychází i z dalších oborů, např. z hudební teorie, hudební psychologie, sociální výchovy a dalších.

Při porovnání muzikoterapie a muzikofiletiky dospějeme k závěru, že základem je rozdílnost ve vztahu, samotném procesu a cílech těchto intervencí. V rámci muzikoterapie je nastaven terapeutický vztah, kdežto u muzikofiletiky je tento vztah výchovný. Piliřem terapeutického vztahu je důvěra mezi terapeutem a klientem. Terapeut by měl disponovat specifickými dovednostmi a profesními kvalitami, které mu napomáhají tento vztah prohloubit, a skrze vhodně zvolené metody a postupy dosáhnout u klienta požadované změny. Vztah v oblasti muzikofiletiky nemá terapeutický charakter a je partnerské povahy v oblasti výchovy. Vychází především z osobních charakteristik účastníků a respektu mezi nimi i samotným lektorem, na základě čehož je utvářen adekvátní hudební prostor pro společné objevování. Muzikoterapeutický proces je založen především na překonávání klientových obtíží za pomoci hudebních prostředků. Cílí na dosažení výsledku nehudební povahy, ovšem s využitím hudby. Hudba má tedy léčebný a rehabilitační charakter, který přináší změny v psychickém či zdravotním stavu klienta. Muzikofiletika má spíše tvůrčí charakter a samotný proces přináší účastníkovi zážitek s cílem poznávat hudební principy, sebe sama i své okolí, což vede k osobnímu rozvoji daného jedince (Friedlová a kol., 2020).

Muzikofiletika poskytuje možnost kreativního vyjádření ve spojitosti s vědeckými poznatky ve výchovně-vzdělávacím prostředí. Cílí na rozvoj psychického, emočního,

sociálního, intelektuálního, ale také uměleckého a kulturního potenciálu jednotlivce bez terapeutického či diagnostického záměru (SvatvaDrlíčková.cz, 2023). Snaží se přinést prožitek v rámci hudebních aktivit vycházejících z exprese a reflektivního dialogu a stojí tak na pomezí hudby a hudební terapie, díky čemuž přináší nový rozměr využití hudby pro školské a výchovné prostředí.

3.1.3 Dramaterapie

Obdobně jako u všech ostatních uměleckých směrů je i dramatické umění součástí lidské kultury po staletí. V oblasti užívání dramiky a jejích forem jako terapeutického (léčebného) prostředku máme poměrně širokou škálu pojmů. Jedná se např. o pojmy jako sociodrama, psychogymnastika (známá také jako psychopantomima) či teatroterapie. Teatroterapii bychom mohli velmi zjednodušeně popsat jako přípravu a realizaci divadelního představení prostřednictvím herců se zdravotním postižením. Tento samotný proces má pak terapeutický (léčebný) charakter a napomáhá v oblasti psychické, sociální i emoční (Růžička & Polínek, 2013). Dramaterapie vychází z různých zdrojů, např. vývojové psychologie, rituálů, teorie divadla či psychodramatu a dalších. Dramaterapie jako taková se začala rozvíjet v USA v 60. letech 20. století, jejími průkopníky byli např. psychiatřka E. Irwin, R. Courtney nebo G. Schattener (North American Drama Therapy Association, NADTA, 2023). Stejně tak tomu bylo ve Velké Británii, která je obdobně jako USA považována za jednu z klíčových zemí pro rozvoj dramaterapie (The British Association of Dramatherapists, BADTH, 2023).

O dramaterapii se pak v tuzemském prostředí začíná mluvit zejména koncem 90. let ve spojitosti s americkým dramaterapeutem M. Reismanem. V současné době je v českém prostředí zaštiťována Asociací dramaterapeutů České republiky, ADČR (Kantor a kol., 2016).

Na následujících řádcích považujeme za klíčové vymezit rozdíly mezi psychodramatem a dramaterapií. Ačkoli jsou si tyto dvě intervence velmi blízké, jedná se o odlišné terapeutické směry. Obě intervence využívají dramatické metody a postupy v léčbě a rehabilitaci svých klientů se širokou škálou obtíží ve všech věkových kategoriích. Psychodrama je založeno na individuální práci jednoho pacienta, ačkoli daná intervence může probíhat ve skupině. Pracuje s konkrétními problémy, které vycházejí ze života klienta. Napomáhá řešit jeho osobní problémy, které mohou být aktuálními pocity, ale také mohou vycházet z minulosti a být spouštěčem určitých projevů chování, psychického stavu či emocionálního naladění (Orkibi, 2018; Valenta a kol., 2020). Britská asociace psychodramatu o něm hovoří následovně: „Psychodrama využívá zážitkovou metodu,

sociometrii, teorii rolí a skupinovou dynamiku a usnadňuje vhled, osobní růst a integraci na kognitivní, afektivní a behaviorální úrovni. Objasňuje problémy, zvyšuje fyzickou a emocionální pohodu, zlepšuje učení a rozvíjí nové dovednosti.“ (BPA, 2023)

V psychodramatu je hraní rolí využíváno obvykle ke ztvárnění klientova vlastního já nebo významných protějšků v jeho reálném životě, naopak dramaterapie ke své práci využívá především metaforu a je více založena na fantazii. Landy (2017) však uvádí, že některé současné podoby psychodramatické intervence zahrnují také práci s metaforami a imaginací, čímž se stírají hranice mezi klasickým psychodramatem a dramaterapií.

Psychodrama nemusí být kvůli své podstatě hledání a odkrývání vnitřních, někdy až velmi hlubokých zkušeností vhodným terapeutickým prostředkem pro každého. Dramaterapie je v tomto ohledu o něco benevolentnější, i proto je využitelná u širšího spektra klientů (Valenta a kol., 2020).

Dramaterapie představuje jednu z psychoterapeutických metod, která pracuje s výraznou škálou technik založených na prvcích dramatického umění. Jedná se o techniky jako divadlo, hra na role, scénická hra, pantomima, vyprávění příběhů, hra s loutkami či maňásky, práce s textem apod., které jsou nápomocny při léčbě duševních potíží či fyzické úlevě a napomáhají v rozvoji osobnosti (Landy, 1985). Dramaterapie vychází z myšlenky, že skrze hru a improvizaci můžeme lépe poznat naše skryté pocity a myšlenky, díky čemuž je můžeme lépe pochopit a zpracovat. Napomáhá lepšímu porozumění v oblasti emocí, může být podnětem pro zvýšení sebevědomí a sebeúcty, učí, jak lze efektivněji zvládat stres a konflikty. Může také dopomoci k rozvoji komunikačních dovedností a ke zlepšování mezilidských vztahů. Již zmiňovaná Asociace dramaterapeutů ČR ji poté popisuje jako „samostatný terapeutický obor založený na specifickém užití divadelních prostředků k dosažení terapeutických cílů. Cílem je záměrné léčebné působení, směřující k udržení či obnovení kvality života jednotlivce, ke zlepšení psychického a fyzického zdraví, k podpoře osobnostního rozvoje i příznivých mezilidských vztahů, k posílení pozitivních aspektů a k celkové stabilizaci v rovině osobní, zdravotní i sociální. Záměr je uskutečňován kvalifikovaným odborníkem v oboru Dramaterapie, pracujícím v souladu s vědeckými poznatky a etickými normami, vztahujícími se k profesi.“ (ADČR, 2023)

Je tak velmi všestrannou metodou, která působí na celé spektrum osobnosti a prožívání jedince. Umožňuje zažít úhel pohledu jiné osoby. Působí tak na celou kognitivní složku osobnosti daného jedince a rozvíjí paměť, myšlení, pozornost, představivost i fantazii. Posiluje poslechové, kinestetické a smyslové schopnosti účastníků a zvyšuje jejich hmatové

dovednosti. Využívá také pohybu a práce s vlastním tělem, dechem a prostorem, ve kterém se nacházíme. Stejně tak se může stát prostředkem pro rozvoj sociálních dovedností a upevňování mezilidských vztahů nebo jako prostředek pro uvolnění a relaxaci (Aimes a kol., 1986; Jennings, 1974; Jennings & Gersie, 1987; Walberg, 1979; Way, 1967).

Dramaterapie může být použita jak individuálně, tak jako skupinová terapie. Valenta a kol. (2020) však specifikuje, že dramaterapii můžeme odlišit od psychodramatu právě tím, že se s ní setkáváme více jako se skupinovou intervencí. Během sezení se účastníci mohou zapojit do různých her, scén či improvizací, které jim pomáhají s vyjádřením emocí či vžitím se do konkrétní situace, se kterou může mít jedinec problém a v níž se chce naučit pracovat s vlastními myšlenkami. Již zmiňovaná symbolika a metafora jsou častými prvky, které jsou při sezeních využívány. Aby byla dramaterapie účinná, je zapotřebí otevřenost, kreativita a ochota experimentovat ze strany účastníků. Klienty využívajícími dramaterapeutickou léčbu bývají nejčastěji osoby s mentálním postižením či psychiatrickými obtížemi, např. s duševními problémy (včetně depresí), úzkostmi, různými traumaty a sociálními problémy (závislostní chování, kriminalita, vězeňské prostředí...), ale i jedinci s poruchami osobnosti, poruchami chování či jedinci seniorského věku apod. Přesto můžeme dramaterapeutickou intervencí využít také u osob se zrakovým postižením. Veškeré výše zmíněné účinky této intervence jsou klíčové právě i u těchto jedinců. Mimo jiné mohou být jednotlivé dramaterapeutické metody použity k řešení náročné životní situace, která se pojí s aktuálním zdravotním stavem jedince, a mohou být nápomocny v procesu vyrovnávání se či smíření se se zrakovou vadou (Aach, 1976). Bieber-Schut (1991) poukazuje na zlepšení sociálních dovedností u mladistvých ve věku od 13 do 18 let skrze dramatické hry. V rámci skupiny byla tato činnost zaměřena na zvládání stresu, smyslové uvědomění a skupinovou soudržnost. Získané poznatky naznačily, že dramatická cvičení tak pozitivně ovlivnila osvojení sociálních dovedností jedinců se zrakovým postižením.

V českém prostředí (naopak od zahraničí) není dramaterapie doposud považována za standardní léčbu, ale může být klíčovým prvkem v jejím doplnění a rozvoji osobnosti jedince. Funguje tedy jako podpůrná intervence - na rozdíl od zahraničí (např. Nizozemí), kde se již vyskytuje samostatně v klinickém prostředí.

Dramatická výchova

S dramatem může být pracováno také ve výchovně-vzdělávacím procesu. Stejně jako u jiných uměleckých terapií je zapotřebí, aby byla dramaterapie vedena odborným terapeutem. Přesto s prvky dramatu můžeme pracovat v oblasti výchovy a vzdělávání, jejich

prostřednictvím formovat jedince a vést jej k reflektování vlastních zkušeností. K tomuto účelu nám slouží dramatická výchova, která někdy bývá označována také jako dramatika či tvořivá dramatika nebo výchovná dramatika (Valenta a kol., 2020). Její cíle mají na rozdíl od dramaterapie, která v sobě zahrnuje primárně cíle terapeutické povahy, pedagogický charakter. Díky tomu může být využívána pedagogy v rámci vyučování ať už jako samostatný předmět, nebo jako součást ostatních předmětů v podobě samostatných aktivit s prvky dramatického umění. Pracujeme zde např. s improvizací, simulací, hraním rolí, interpretací apod.

3.1.4 Tanečně-pohybová terapie

Tanec je stejně jako ostatní druhy umění zakořeněn hluboko v historii. Dříve byl spojován především s rituály a magií. Na základě starověkých jeskynních kreseb došli odborníci k závěru, že pravěkým lovcům sloužila magie tance jako symbolika k lovu zvířat. Tyto rituální prvky napodobovaly zvíře, které mělo být následně loveno. Určitá podoba břišních tanců zase symbolizovala plodnost, jelikož se věřilo, že pohyby pánví napomohou ženě otěhotnět. Tanec byl také často vnímán jako možnost dostat se do „jiného světa“, tedy jako halucinogenní prvek, respektive jako možnost být v určitém transu a tím nastavit jinou úroveň vnímání světa okolo sebe. Tento význam přetrvává i dodnes, především u řady současných kmenů v Africe, Austrálii, Oceánii či Indii. Také indiáni bývají často spojováni s tzv. totemovými tanci. Ty mají většinou magickou moc, kterou lze ochránit totemem, jenž symbolizuje cokoli, co může být indiány uctíváno a chráněno před uhynutím, zabitím či ohrožením (rostlina, zvíře, déšť, Slunce apod.). Přestože tanec může být vnímán jako fyzický proces, je patrné, že také úzce souvisí s naší psychikou. V pozdějších dobách se stal společenským fenoménem ovlivňujícím oblast socializace, vzájemné komunikace atd. Postupem let se tanec vyvíjel a přijímal nové podoby a významy. Vedle magické podstaty měl tanec význam, také v oblasti zemědělství. Ve starověkém Egyptě byl tanec spojován s náboženskými rituály, bojem, smrtí, ale také se stal součástí zábavy. Počátky klasického tance jsou spojovány především s obdobím novověku. Tanec se dostává na jeviště a přejímá také charakter divadelní hry. Rozvíjí se moderní výrazový tanec či postmoderní taneční formy, které hledají nové výrazové prostředky. Pohyb a tanec skýtají větší volnost a nejsou založeny pouze na tvrdé dřině a striktně daných pravidlech v pohybu (Dosedlová, 2012). Oblast pohybu a tance je tak velmi rozsáhlá. Jedná se o velmi variabilní uměleckou formu, která odráží širokou škálu lidských emocí a zkušeností a má schopnost ovlivnit naše fyzické

i psychické zdraví. Díky řadě benefitů, které tanec přináší, se stal součástí terapeutického působení, o kterém hovoříme jako o tzv. tanečně-pohybové terapii.

Tanečně-pohybová terapie (angl. dance-movement therapy, dále jako DMT) je v současné době psychoterapeutickým směrem, který ve svém ztvárnění používá prostředek pohybu a tance. Evropská asociace taneční pohybové terapie (EADMT) definuje DMT jako: „terapeutické využití pohybu k další emocionální, kognitivní, fyzické, duchovní a sociální integraci jedince. Tanec jako tělesný pohyb, tvůrčí vyjádření a komunikace je základní složkou taneční pohybové terapie. Na základě skutečnosti, že mysl, tělo, emoční stav a vztahy jsou vzájemně propojeny, poskytuje pohyb těla současně prostředek hodnocení a způsob intervence pro tanečně pohybovou terapii.“ (Etický kodex EADMT, 2010) Propojuje v sobě emoční, sociální, kognitivní a fyzické integrace jedince za účelem zlepšení zdraví a pohody (ADTA, 2023).

Realizována je prostřednictvím skupinové či individuální terapie. V současné době existuje kromě tanečně-pohybové terapie řada dalších terapeutických přístupů, které pracují s tancem a pohybem. Mezi známé přístupy (většinou se klasifikují jako terapeutický tanec) se řadí Bazální tanec Marian Chaceové, Body – Egii technika Trudi Schoopové, Symbolická taneční terapie Laury Sheleenové, Taneční terapie jako primitivní exprese nebo Psychobalet (Dosedlová, 2012).

V podstatě celý náš organismus pracuje na bázi energie, kterou využívá pro své další fungování. Lowen (2002) hovoří o energii jako o tzv. kauzálním řetězci. Energie vyvolává pohyb. To pak může mít vliv na naše emoce, jež se pak odrážejí v našem myšlení. Díky tomuto energetickému působení jsou ovlivňovány všechny psychické funkce v našem těle. Na podobné bázi fungují také terapie využívající tance. Podle specifik klientů můžeme jeho pomocí energii přidávat, nebo naopak ubírat. Obě varianty mohou být v určitých situacích žádoucí, záleží tedy pouze na charakteru dané situace a klienta, který se terapie účastní. Tanečně-pohybová terapie má řadu benefitů v oblasti rehabilitace osob se zrakovým postižením (a nejen jich). Ovlivňuje psychiku člověka a možnost vnímat sám sebe, lépe pochopit svoje tělo a také vyjádřit své potřeby a touhy. Může být zásadní pro pozitivní přijetí vlastního já, v oblasti rozhodování se, osamostatňování se a k posílení sebevědomí. Velký význam má v oblasti emocí a chování. Může fungovat také jako jistá forma katarze, relaxace a uvolnění. Kromě kreativního vyjádření s sebou přináší i radost z funkční činnosti. Přidanou hodnotou může být rozvoj fyzické zdatnosti či ovlivňování svalového tonusu, což je však primárním zaměřením fyzioterapie.

Fyzický i psychický rozvoj je v těchto ohledech velmi úzce propojen a je potřeba brát v potaz oba aspekty v rámci pohybových aktivit. Díky tanci posilujeme stabilitu, což může být paralelou k životní stabilitě a ukotvení vlastního já, pomáhá k přijetí aktuálního zdravotního stavu a přináší možnost pracovat na jeho zlepšení či udržení. Tanec může být také velmi kontaktní – ať už v podobě očního, či haptického kontaktu. Je zapotřebí toto specifikum vnímat a brát ohled na jedince, jimž může cizí dotek způsobovat problémy nebo v nich vyvolat nepříjemné vzpomínky a pocity. Dotek je u osob se zrakovým postižením důležitým aspektem pro poznávání prostoru okolo sebe, vnímání vlastního těla, jeho jednotlivých částí a možností. Zlepšení orientace v prostoru jim přináší větší pocit bezpečí v rámci samostatného pohybu. Stejně tak práce s dalšími smysly je v oblasti pohybu a tance klíčová. Tanečně-pohybová terapie může začleňovat hudební prvky, jež v dané terapeutické intervenci mohou sehrávat klíčovou roli, ale také nemusejí (často se pracuje pouze s pohybem). Na základě propojení pohybu a hudebního doprovodu či dalších aktivit můžeme vytvářet harmonický terapeutický prostor a otevírat nové možnosti pro poznávání vnitřního i vnějšího světa.

Výše zmiňované fyzické benefity spojené s působením energie se v dané oblasti promítají také do zapojení vnitřních orgánů. Výraznou složkou je v tomto ohledu práce s dechem a hlasem. Dýchání a vokální cvičení mohou být integrovány do tanečně-pohybové terapie, čímž je podpořeno hlubší uvědomění si vlastního těla a větší svoboda v možnostech projevu. Pohyb je podstatný pro rozlišování pohybu a klidového režimu. Zároveň se celý proces odráží v rámci vymezování hranic, ať už se jedná o hranice v prostoru, nebo hranice spojené s možnostmi našeho vlastního těla.

V tanci se spojuje vícero složek, a to fyzická, emocionální, kognitivní, sociální, ale také duchovní. Chakraborty (2023) shrnuje DMT jako proces snoubící fyzickou aktivitu, expresivní/kreativní tanec, improvizaci, pohyb, rytmus, gesta, spontánnost, energii, symboliku, metafory, kinestetickou empatii a pozorování s analýzou pohybu. Tanec a pohyb v rámci dané intervence by tak měly klientovi přinášet především zážitek a s ním se pojící výše zmíněné benefity.

3.1.5 Biblioterapie

Historický rámec používání textu jako léčebného prostředku je obdobný jako u výše zmíněných terapeutických směrů. Pojí se s magií a rituály v podobě zaříkad, ale i s písemnostmi, dokumenty a knihami starověkého Egypta, Řecka i Říma. Starověcí myslitelé jako Sokrates, Seneca, Celsus a další používali sílu slova jako léčebného nástroje.

Toto působení se promítalo i do dalších období skrze básně, písně či náboženské texty. Jedním z prvních průkopníků oboru biblioterapie se v roce 1916 stal Samuel McCord Crohers. Ve své studii *A Literary Clinic* popisuje možnosti přepisu knih a četby a jejich účinků jako možnosti léčby různých onemocnění. V průběhu let se obor rozšiřoval také svým zaměřením na celé spektrum jedinců všech věkových kategorií (Kováčová, 2018).

Základním prostředkem v biblioterapii je mluvené a psané slovo. Některé definice tak blíže specifikují, že se jedná o „nástroj, který může být použitý k napomáhání léčby prostřednictvím knihy“ (Smith, 1989). Lenkowsky (1987) dodává, že je využívána k dosažení změny a k podpoře vývinu v kontextu rozvoje osobnosti. Podle některých autorů lze biblioterapii chápat jako léčebně-výchovnou metodu komunikativního charakteru, s jejíž pomocí můžeme preventivně i léčebně působit na jedince s postižením či jedince ohrožené (Nagyová, 1995). Valešová-Malecová (2016) představuje ucelenější pohled na biblioterapii, a to jako na „metodu, která záměrně, systematicky a cílevědomě využívá různé formy práce s literárním textem u klientů různého věku, kultury a problémů k dosažení preventivních a/nebo terapeutických cílů, týkajících se hlavně (sebe)poznání, prevence, pochopení a/nebo řešení problémů a složitých situací“.

Hynes (1986) však dodává, že by biblioterapie neměla být považována za zastřešující termín pro všechny aktivity, při nichž využíváme knihu k terapeutickým účelům, jako je např. pouhá četba. Aby měla tato interakce opravdový přínos pro klienta, pokládá za důležité věnovat pozornost také následné interakci, např. skrze řízený dialog o čteném materiálu. Považuje tak za důležité volit vzájemné interakce v triádě: účastník (klient) – literatura – facilitátor, kde mimo reakce účastníka probíhá právě zmíněný dialog s někým dalším. Také Kulka (2008) považuje následnou diskuzi za účelnou. Ať už se jedná o formu individuální či skupinovou, kde si klient může číst sám nebo dochází k předčítání v menších skupinách.

Biblioterapie je stejně jako další terapeutické obory interdisciplinární povahy. Využitelná je tak v řadě oborů, ať už se jedná o medicínu, psychologii, psychiatrii, léčebnou pedagogiku nebo speciální pedagogiku. Skrze práci s literárním dílem můžeme u jedince ovlivňovat všechny psychické funkce, rozvíjet imaginaci, ovlivňovat emoce. Může také tvořit základ pro napodobování a identifikaci, má však i relaxační až katarzní účinky. Cílem je především možnost nasměrovat klienta k žádoucím projevům chování, ze kterých může čerpat zejména on sám tak, aby se dokázal vyrovnat nejenom s vlastním já, ale uměl fungovat ve světě kolem sebe. Vzhledem ke specifikám jednotlivých klientů se (především v zahraniční literatuře) setkáváme s biblioterapií ve formě kognitivní, afektivní, klinické a vývojové. Kognitivní forma je založena na principech kognitivně-behaviorální terapie –

klient je povzbuzován k aktivnímu zapojení se do procesu léčby, čímž pomáhá především sám sobě, jelikož může lépe pochopit vlastní myšlenky a osvojit si vzorce správného a adekvátního chování. Afektivní forma biblioterapie se zaměřuje především na emocionální aspekty klientovy osobnosti, a to ve smyslu identifikace a porozumění vlastním emocím a jejich propojení s reálnými životními situacemi. Klinická biblioterapie je realizována profesionálním terapeutem či psychiatrem, cílem je podpora změny klientova chování, postojů a duševního zdraví. Vývojová biblioterapie je často implementována ve školním prostředí jako pedagogická intervence ve třídě (Kováčová & Valešová-Malecová, 2018). Herbert a Kent (2000) identifikují několik situací, pro které je daná intervence žádoucí. Biblioterapie může sloužit jako nástroj prevence či řešení konkrétních sociálních či emocionálních problémů, může identifikovat obtížné situace žáků ve třídě (např. šikana, problémy spojené s obdobím pubescence apod.) či být průvodcem pro budoucí etapy spojené s dalším vývojem jedince (co od dalších období může jedinec očekávat, jak se s danou situací může vypořádat, příklady toho, jak se ní vypořádal někdo jiný). Terapeutická intervence s využitím literatury tak můžeme jednotlivcům poskytnout řadu informací, nabídnout možnosti, jak řešit určité situace a problémy, poskytnout příklady konkrétních zkušeností a pomoci jim pochopit, že v tom nejsou sami. Můžeme tak předávat nové hodnoty a postoje a podnítit diskuzi nad řadou problematických oblastí (Pardeck, 1995). U osob se zrakovým postižením závisejí jednotlivé postupy na stupni zrakové vady, a tedy na schopnosti číst samostatně černotisk, zvětšený černotisk či Braillovo písmo nebo na možnosti využití kompenzačních pomůcek, případně audio podoby.

Poetoterapie

Poetoterapie je specializovaným odvětvím biblioterapie, které vzniklo v důsledku rostoucích nároků v oblasti užívání poezie jako terapeutického prostředku. Tento přístup se odlišuje zejména specifickým způsobem práce s textem, který je základním prostředkem dané intervence. Biblioterapie pracuje především s textem zaměřeným na dějovou linku s možnostmi vyprávění příběhů, hraní rolí, vytváření časových linií apod. Poetoterapie pracuje s poezií a jejími charakteristickými prvky, jako jsou rytmus textu, rýmy, zvukomalba a další. Obdobně jako u jiných terapeutických směrů se i poetoterapie rozděluje na formu receptivní a aktivní. Receptivní forma zahrnuje především poslech předčítaného textu. Aktivní forma zahrnuje přímou práci klienta s textem. Poezie je založena na estetice a kráse, ale současně v sobě nese funkci relaxace, očisty, sociální interakce a vzájemného

sdílení. Poetoterapie je tak mimo jiné zacílena nejenom na prevenci, ale také na možnost léčebné či rehabilitační intervence.

Stejně jako biblioterapie a další terapeutické směry má i poetoterapie multidisciplinární charakter a může být součástí (nejenom) všech výše zmíněných umělecko-terapeutických směrů. Svoboda (2007) popisuje, že ve své podstatě je poetoterapie velmi blízká muzikoterapii, jelikož se některé aspekty prolínají jak v hudbě, tak v poezii. Za příklad můžeme uvést výšku hlasu, výšku tónů, barvu hlasu, intenzitu a dynamiku, tempo, rytmus či harmonii. Stejně tak může hudba sloužit jako doplnění / kulisa / pozadí pro přednes básně, čímž může být celkový dojem umocněn.

Vedle již zmíněných přístupů bychom také mohli postavit tzv. tvůrčí psaní, které bývá základem pro diagnostická a terapeutická sezení (Blanton, 1960, In: Hynes, 1986). Podle charakteru textu může být součástí jak biblioterapie (próza), tak poetoterapie (poezie).

Pokud bychom shrnuli výše uvedený text, pojem biblioterapie můžeme použít v nejširším slova smyslu. Zahrnuje různé podoby textu, ať už se jedná o povídky, romány, eseje, poezii, divadelní hry, články apod. S rozvojem audiovizuální tvorby a digitálního umění může také pracovat se zvukovými nahrávkami, videi a filmovou projekcí. Tyto obory jsou pak blíže specifikovány např. jako filmoterapie či terapie pomocí digitálního umění. Zvuk a obraz nabízejí další prostředky terapeutického působení.

Shrnutí

V současné době jsou umělecké terapie vnímány jako samostatné disciplíny. Stále však mají interdisciplinární charakter a kooperace s dalšími obory je klíčová pro jejich vývoj. Mluvíme zde nejenom o řadě zdravotnických oborů, ale také o pedagogice, speciální pedagogice, psychologických disciplínách a dalších oborech (Potměšilová a kol., 2021). Umělecké terapie by měly být prováděny kompetentním terapeutem, nicméně mnohé postupy uměleckých terapií u osob se zrakovým postižením mohou po zácvičku nebo pod supervizi aplikovat také speciální pedagogové. Řada institucí, pečujících o jedince se zdravotním postižením či zastřešující jejich vzdělávání, poskytuje komplexní péči, která vyžaduje kooperaci fyzioterapeutů, ergoterapeutů, logopedů, speciálních pedagogů, lékařů různých dalších specializací, ale také uměleckých terapeutů (Jankovský, 2001). Některé terapeutické a rehabilitační profese by proto měly spolupracovat s pedagogickými pracovníky a vytvářet úzký, provázaný systém služeb, které zajišťují interní či externí pracovníci. Pokud má speciální pedagog dodatečné vzdělání v příslušném směru

uměleckých terapií, je možné, aby tyto intervence zařadil do rehabilitačního procesu také on sám (Müller a kol., 2020).

Umělecké terapie tedy mají působit v různých rezortech. Setkáváme se s nimi v oblasti zdravotnické v rámci nemocnic, u psychiatrů, v rehabilitačních centrech apod. (u pacientů s duševními nemocemi a traumaty jako psychiatrická léčba, ale i náprava pohybového aparátu u srdečních chorob, po úrazech mozku, ochrnutí či jiném onemocnění, rakovině apod., celkově při práci s psychickým stavem). Dále také v oblasti sociální, např. v rámci komunitních center (u závislostního chování, při práci ve skupině, v komunikaci, za účelem sociálního začlenění apod.) nebo domovů pro osoby se zdravotním postižením. V neposlední řadě pracují také v oblasti pedagogické a speciálněpedagogické (u dětí intaktních i dětí se speciálně-vzdělávacími potřebami pro podporu sociálního a emocionálního rozvoje, v oblasti poruch učení, poruch chování či u dalších jedinců se speciálními potřebami). V rámci ČR se umělecky orientované intervence velmi často aplikují prostřednictvím specifických disciplín, jako jsou artefietika, muzikofietika nebo dramatika (Potoměšilová a kol., 2021). Někteří terapeuti také poskytují své služby v rámci individuální či skupinové intervence v soukromém prostředí vlastní terapeutické praxe.

Pro osoby se zrakovým postižením se využitelnost uměleckých intervencí odráží v celém spektru oblastí jejich života. Napomáhají v celkovém rozvoji osobnosti, při přijetí či vyrovnávání se se ztrátou zraku a při učení se, jak fungovat v prostředí majoritní společnosti. Mohou napomoci snížit nežádoucí fyzické projevy, které se pojí především s těžkým zrakovým postižením. Účinné mohou být i v oblasti sensorické deprivace, tedy napomáhají jedinci s utvářením pojmů, rozvojem myšlení, představivosti, ale také paměti - jak akustické a haptické, tak motorické. Rozvoj pozornosti a koncentrace skrze umělecké médium je klíčová pro podporu sociálně-kognitivních dovedností, vnímání polohy v prostoru, celkovou prostorovou orientaci, ale také pro získání pocitu bezpečí v mnoha podobách. Především však umělecké terapie přinášejí možnost exprese a prožitku z vykonávané činnosti. Je tak patrné, že mohou mít podstatný přínos pro léčbu a rehabilitaci osob se zrakovým postižením.

Tento teoretický přehled slouží jako základ pro následnou empirickou část práce. Shrnuje klíčové poznatky týkající se osob se zrakovým postižením, včetně klasifikace zrakového postižení, specifík kompenzačních činitelů a důsledků zrakového postižení s přesahem do každodenního života. Tyto informace je potřeba reflektovat také v kapitolách, věnujících se tématu uměleckých terapií (arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, tanečně-pohybová terapie, biblioterapie). Na základě toho je možné identifikovat obtíže, které se se zrakovou

vadou pojí a následné možné přístupy jednotlivých uměleckých modalit v daném kontextu. Tímto způsobem se práce snaží přispět k hlubšímu porozumění a lepší integraci osob se zrakovým postižením do terapeutických programů.

Zároveň je třeba zohlednit, že zrakové postižení může mít různé formy a stupně, což vyžaduje individuálně přizpůsobené terapeutické postupy. Kompenzační mechanismy mohou zahrnovat využití zbývajících smyslů, technických pomůcek či podporu ze strany okolí. Dopady na každodenní život se mohou projevovat v oblastech jako je orientace v prostoru a samostatný pohyb, sebeobslužné činnosti, výchovně-vzdělávací proces či pracovní uplatnění. Integrace těchto aspektů do uměleckých terapií může vést k významnému zlepšení kvality života osob se zrakovým postižením. Možnosti a zejména výsledky v této oblasti budou detailně analyzovány a popsány v empirické části této práce.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části disertační práce se zaměříme na metodiku tvorby scoping review a jeho výsledků, které se týkají uměleckých terapií, jejich intervencí a účinků v léčbě a rehabilitaci osob se zrakovým postižením. Obsahem kapitoly tak bude popis cílů práce, rešeršních otázek, inkluzivních kritérií, vyhledávací strategie, extrakce dat a následně také získaných výsledků, včetně diskuze nad danou problematikou.

4 ÚVOD DO PROBLEMATIKY VÝZKUMU

Vzhledem k použité metodice pokládáme za vhodné zařadit na úvod krátké představení scoping review. Hovoříme zde o poměrně novém typu vědecké metodiky, která spadá do oblasti syntézy důkazů (evidence synthesis). Existuje celá řada postupů, jak zpracovat přehledovou studii. Podle JBI představuje scoping review jeden z typů metodik pro syntézu důkazů, přestože na rozdíl od různých typů systematických review je primárním účelem scoping review pouze vytvoření robustního přehledu, nikoliv tvorba nových výzkumných závěrů.

Systematické review je považováno za hodnotný typ studie (Klugar, 2015). „Systematický přehled používá explicitní, systematické metody, které jsou vybírány s ohledem na minimalizaci zkreslení, a poskytují tak spolehlivější zjištění, z nichž lze vyvozovat závěry a činit rozhodnutí" (Higgins & Green, 2011). Má jasně daný postup a pravidla, podle kterého postupujeme při jeho tvorbě. Díky systematickému review můžeme odhalit mezery či nedostatky ve stávajících důkazech a díky tomu podpořit budoucí výzkum.

Podle JBI manuálu pro syntézu důkazů existuje několik typů metodik (JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI; 2020):

- Systematické reviews zkušeností nebo smysluplnosti.
- Systematická reviews efektivity.
- Systematické reviews textu a názorů/politiky.
- Systematické reviews prevalence a incidence.
- Systematické reviews nákladů na určitou intervenci, proces nebo postup.
- Systematické reviews etiologie a rizik.
- Systematické reviews smíšených metod.
- Systematické reviews přesnosti diagnostických testů.

- Souhrnné reviews (Umbrella reviews).
- Scoping reviews.

Angl.:

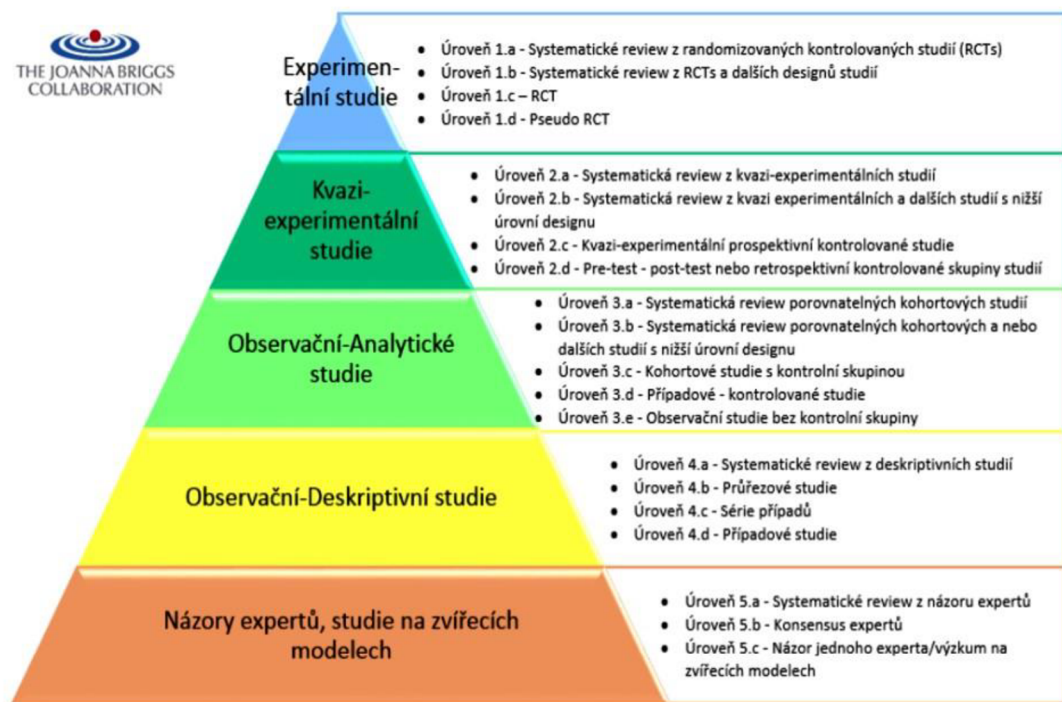
- *Systematic reviews of experiences or meaningfulness.*
- *Systematic reviews of effectiveness.*
- *Systematic reviews of text and opinion/policy.*
- *Systematic reviews of prevalence and incidence.*
- *Systematic reviews of costs of a certain intervention, process, or procedure.*
- *Systematic reviews of etiology and risk.*
- *Systematic reviews of mixed methods.*
- *Systematic reviews of diagnostic test accuracy.*
- *Umbrella reviews.*
- *Scoping reviews.*

My jsme v rámci naší práce použili metodu scoping review, která má při srovnání s ostatními typy systematických review některé zvláštní charakteristiky. Jeho cíle bývají zpravidla obecnější a mohou pokrývat širší škálu informací než ostatní typy systematických review, které odpovídají na velmi specificky a úzce vymezenou výzkumnou otázku. Scoping review obvykle zahrnuje studie s různými typy designů, protože jeho cílem je podat přehled stavu výzkumu v dané problematice. Proto se ve scoping review neprovádí hodnocení metodologické kvality (rizika zkreslení) zahrnutých studií (Arksey & O'Malley, 2005). Scoping review také neobsahuje syntézu výsledků z relevantních studií formou meta-analýzy nebo meta-syntézy (pro zpracování dat se obvykle využívá pouze narativní popis výsledků). Scoping review bývá prováděno za těmito účely:

- Jako předstupeň systematického review.
- K identifikaci typů dostupných důkazů v dané oblasti.
- K identifikaci a analýze mezer ve znalostech (tzv. knowledge gap).
- K objasnění klíčových pojmů/definic v literatuře.
- Prozkoumat, jakým způsobem se provádí výzkum určitého tématu nebo oblasti.

- Identifikovat klíčové charakteristiky nebo faktory související s daným konceptem⁷.

Pro celistvost připojujeme pyramidu zobrazující hierarchii vědeckých důkazů z hlediska jejich účinnosti. Z pohledu vědeckých důkazů existuje několik úrovní v hierarchii vědeckých důkazů. Hierarchie vědeckých důkazů se používá k určení, jakou váhu by měly mít různé typy důkazů při rozhodování v klinické praxi. Na vrcholu této pyramidy (Obrázek 1) stojí studie, které v rámci syntézy konkrétních primárních studií přinášejí vždy nejpřesnější a nejrobustnější vědecké důkazy, tedy takové studie, které mají větší váhu (např. RCT studie, systematická reiview) než nižší úrovně (např. kazuistiky) (Higgins & Green, 2011; Klugar, 2015).



Obrázek 1 - Hierarchie vědeckých důkazů z hlediska účinnosti (Marečková & Klugarová, 2015)

V dalších kapitolách bude popsána metodika pro tvorbu tohoto scoping review (5 Metodika tvorby scoping review) společně se získanými výsledky (6 Výsledky).

⁷ Důvody pro tvorbu scoping review (Zdroj: Peters, M. D. J., Godfrey, C., a kol. (2020). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>)

5 METODIKA TVORBY SCOPING REVIEW

Na základě předběžného vyhledávání ve vědeckých databázích (Epistemonikos, PubMed) a registrech systematických review (Prospero, Cochrane, JBI), při kterém jsme hledali existující systematická / scoping review na dané téma, bylo zjištěno, že problematika uměleckých terapií ve vztahu k osobám se zrakovým postižením není doposud systematicky zpracována. Proto je účelné takové review vytvořit. Během předběžného vyhledávání jsme také zjistili, že k dané problematice existuje spíše menší množství výzkumných studií, ze kterých by bylo možné vytvořit systematické review. Většina dohledaných textů měla charakter případových studií nebo teoretických článků. Proto jsme se rozhodli pro metodiku scoping review, která nám umožní vytvořit přehled studií publikovaných v dané oblasti a následně rozhodnout, zda je realizovatelné pokračovat tvorbou systematického review

Tato studie byla realizována podle JBI metodiky pro scoping review (Peters a kol., 2020) a podle publikačního standardu zakotveném v aktuální verzi PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) pro systematická review (Page a kol., 2020). Prvotním krokem v úvodní fázi systematického nebo scoping review je formulace a zpracování protokolu. V protokolu jsou předem definovány jednotlivé cíle a metody, které budou pro přehled použity. Tímto způsobem je zajištěna transparentnost celého procesu a čtenář lépe porozumí samotnému získávání informací a následným doporučením (Peters a kol., 2020). Námi vypracovaný přehled byl publikován v registru Open Science Framework: <https://osf.io/4z2qf/> a následně v recenzovaném časopisu (Kantor a kol., 2021).

Neopomenutelným a velmi zásadním krokem při tvorbě scoping review je komplexní práce odborného týmu. Tedy i tato práce si vyžádala participaci vícero členů týmu, aby byla zajištěna relevantnost použitých studií. Na tomto místě (Tabulka 3) uvádíme jednotlivé afiliace platných členů týmů, kteří se podíleli na zpracování SR.

Tabulka 3 - Hlavní řešitelé a členové odborného týmu při tvorbě Scoping review.

Jméno	Pozice
Mgr. Gabriela Špinarová (GŠ)	Hlavní řešitel
doc. Mgr. Jiří Kantor, Ph.D. (JK)	Nezávislý hodnotitel pro screening studií a extrakci dat
PhDr. Zuzana Svobodová (ZS)	Informační specialistka – konzultace řešeršní strategie, vyhledávání v databázích a jiných informačních zdrojích
Bc. Hana Pechová (HP)	Informační specialistka – konzultace řešeršní strategie, vyhledávání v databázích a jiných informačních zdrojích
Mgr. Bc. Veronika Růžičková, Ph.D. (VR)	Expert na problematiku zrakového postižení – konzultace pro teoretickou část práce

Cíle

V rámci scoping review byly stanoveny následující cíle, které vycházely z problematiky uměleckých terapií ve vztahu k osobám se zrakovým postižením:

1. Identifikovat intervence, které jsou popisované ve studiích zaměřených na umělecké / expresivní terapie a příbuzné přístupy u osob se zrakovým postižením.
2. Analyzovat specifika terapeutického procesu uměleckých / expresivních terapií a příbuzných přístupů u osob se zrakovým postižením a identifikovat nezbytné adaptace, které z těchto specifíků vyplývají.
3. Zjistit, ke kterým výstupům uměleckých / expresivních terapií a intervencí příbuzných přístupů u osob se zrakovým postižením existují výzkumná data.

Inkluzivní kritéria

Pro samotnou řešeršní strategii byl použit akronym P (participant) – C (concept) – C (context). Jednotlivé komponenty byly vymezeny následovně:

- P – účastníci: osoby se zrakovým postižením.
- C – hlavní pojem řešerše: umělecké terapie a adaptace terapeutického procesu.
- C – kontext nebude omezen demografickým kontextem, typy institucí, ani oblastí rehabilitace.

Participants (P) - Účastníci

Do scoping review byly zařazeny studie, ve kterých byly jako respondenti zařazeny osoby se zrakovým postižením. Jejich výběr nebyl nikterak omezen věkem, pohlavím nebo typem a stupněm zrakové vady jednotlivých účastníků. Zároveň bylo předpokládáno, že se u některých respondentů mohou vyskytovat různé komorbidity (např. mentální, tělesné, sluchové postižení, vícečetné postižení, chronické onemocnění, duševní problémy apod.). Socioekonomický status a demografická příslušnost účastníků nebyla omezena.

Concept (C) - Koncept

Do scoping review byly zařazeny všechny studie, které se týkaly uměleckých / expresivních uměleckých terapií a jejich jednotlivých směrů (arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, tanečně-pohybové terapie, biblioterapie). Také jsme zvažili zařazení studií, které využily umění pro terapeutické a rehabilitační účely v kontextu jiných přístupů než uměleckých / expresivních uměleckých terapií, např. terapeutické umění, hudební medicína atd. Vyloučeny byly studie zaměřené na aplikaci umění pro jiné než terapeutické účely, např. pro účely osobnostního rozvoje, vzdělávací nebo umělecké účely. Vzhledem k často nejasným hranicím mezi uměleckými terapiemi a příbuznými intervencemi bylo za kritérium k zařazení/vyloučení studií ve sporných případech považována užitečnost popsaných intervencí pro rehabilitační proces.

Context (C) - Kontext

Scoping review zahrnuje studie, které byly realizovány v řadě rozmanitých institucí a jejich výběr nebyl nikterak omezen geografickým kontextem.

Typy studií

Vyhledávání bylo cíleno na texty primárních výzkumných studií (kvantitativní i kvalitativní), systematická review, případové studie a zprávy z praxe. Byly zařazeny texty uvedené nejen v recenzovaných odborných časopisech, ale také v disertačních a diplomových pracích, knihách a v konferenčních příspěvcích. Ostatní (nevýzkumné) texty, expertní názory, teoretické příspěvky, literární review a bakalářské práce byly z vyhledávání vyřazeny.

Otázky scoping review

Celá rešeršní strategie vycházela z výše uvedených cílů a stanovených inkluzivních kritérií, na jejichž podkladě byly stanoveny následující rešeršní otázky:

1. Které intervence uměleckých / expresivních terapií a intervence příbuzných přístupů jsou využívány u osob se zrakovým postižením?
2. Jaká jsou specifika terapeutického procesu a jeho adaptace v kontextu uměleckých / expresivních terapií a příbuzných přístupů u osob se zrakovým postižením?
3. Jaké existují výzkumné důkazy o účincích uměleckých / expresivních terapií a příbuzných přístupů u osob se zrakovým postižením?

Vyhledávací strategie

Série rešerší byla provedena s uplatněním hesel, která uvádí Tabulka 4. K jejich formulování byly využity výsledky předběžného vyhledávání v databázích PubMed a PsycINFO.

Tabulka 4 - Hesla k realizaci pokročilé literární rešerše v rámci tvorby scoping review.

Komponenta	Klíčová slova k vyhledávání
P (Participant)	"Visual impairment" OR "vision impairment" OR blindness OR "vision disorder" OR "low vision" OR "visual handicap" OR "macular degeneration" OR retin* OR glaucom OR cataract OR strabism OR amblyopy OR "corneal dystroph*"
C (Concept)	"art therap*" OR art psychotherap* OR "music therap*" OR "music medicine" OR dramatherap* OR "drama therap*" OR psychodrama OR "dance therap*" OR "dance/movement therap*" OR dance/movement psychotherap* OR "expressive therap*" OR "expressive arts therap*" OR bibliotherap*

C (Context)	Nebude při vyhledávání aplikován z důvodu zvýšení sensitivity rešeršní strategie.
--------------------	---

Vyhledávání bylo provedeno v těchto elektronických zdrojích: CINAHL Plus, EMBASE, ERIC, MEDLINE (OvidSP), ProQuest Central, PsycINFO, PubMed, Scopus a Web of Science. Ze zdrojů šedé literatury byly využity Google Scholar, Open Dissertations, Clinical Trials a Current Controlled Trials. Ruční vyhledávání bylo provedeno: a) v knižních publikacích s textem relevantním vůči inkluzivním kritériím a b) v referenčních seznamech všech relevantních článků. Rešerše byla provedena s uplatněním anglicky formulovaných hesel a bez omezení publikačního období. Cizojazyčné plné texty článků s relevantním anglickým abstraktem byly přeloženy a následně zpracovány.

Screening studií

Po dokončení vyhledávání byly všechny získané záznamy exportovány do citačního manažeru Zotero V5.0.85. Zde byly odstraněny duplicitní zdroje a následně byla u všech záznamů hodnocena relevantnost na základě stanovených inkluzivních kritérií a rešeršních otázek. Toto posuzování proběhlo dvěma nezávislými hodnotiteli (GŠ, JK) ve dvou fázích:

- Nejprve byla hodnotiteli posouzena relevance názvů a abstraktů získaných záznamů.
- Na základě relevantních názvů a abstraktů byla oběma hodnotiteli posuzována relevantnost plných textů těchto studií. Vyskytla-li se v jakékoliv fázi screeningu neshoda mezi hodnotiteli, tyto situace byly řešeny prostřednictvím diskuze nebo za přispění třetího hodnotitele.

Extrakce dat

Data z plnotextů relevantních příspěvků byla extrahována opět dvěma členy autorského týmu. Extrahovaná data se týkala informací o autorech studie, roku publikace, designu studie (u kvantitativních studií byl identifikován typ designu a úroveň dle JBI úrovní pro kvantitativní výzkum), země, typ zařízení, informace o zkoumaném souboru studie (počet účastníků, typ zrakového postižení, věk, pohlaví, komorbidita), metodika studie (metody sběru a analýzy dat, design výzkumného experimentu, popis intervencí pro experimentální i kontrolní skupinu), jiné terapeutické intervence (pokud byly uvedeny), směr uměleckých terapií a charakteristika terapeutické intervence (materiály, formy, metody/techniky,

procedury/fáze terapeutického procesu, délka terapie) a účinky terapeutického procesu, pokud souvisely s uměleckými terapiemi. Vyskytla-li se v jakékoliv fázi extrakce neshoda mezi hodnotiteli, tyto situace byly řešeny prostřednictvím diskuze nebo za přispění třetího hodnotitele.

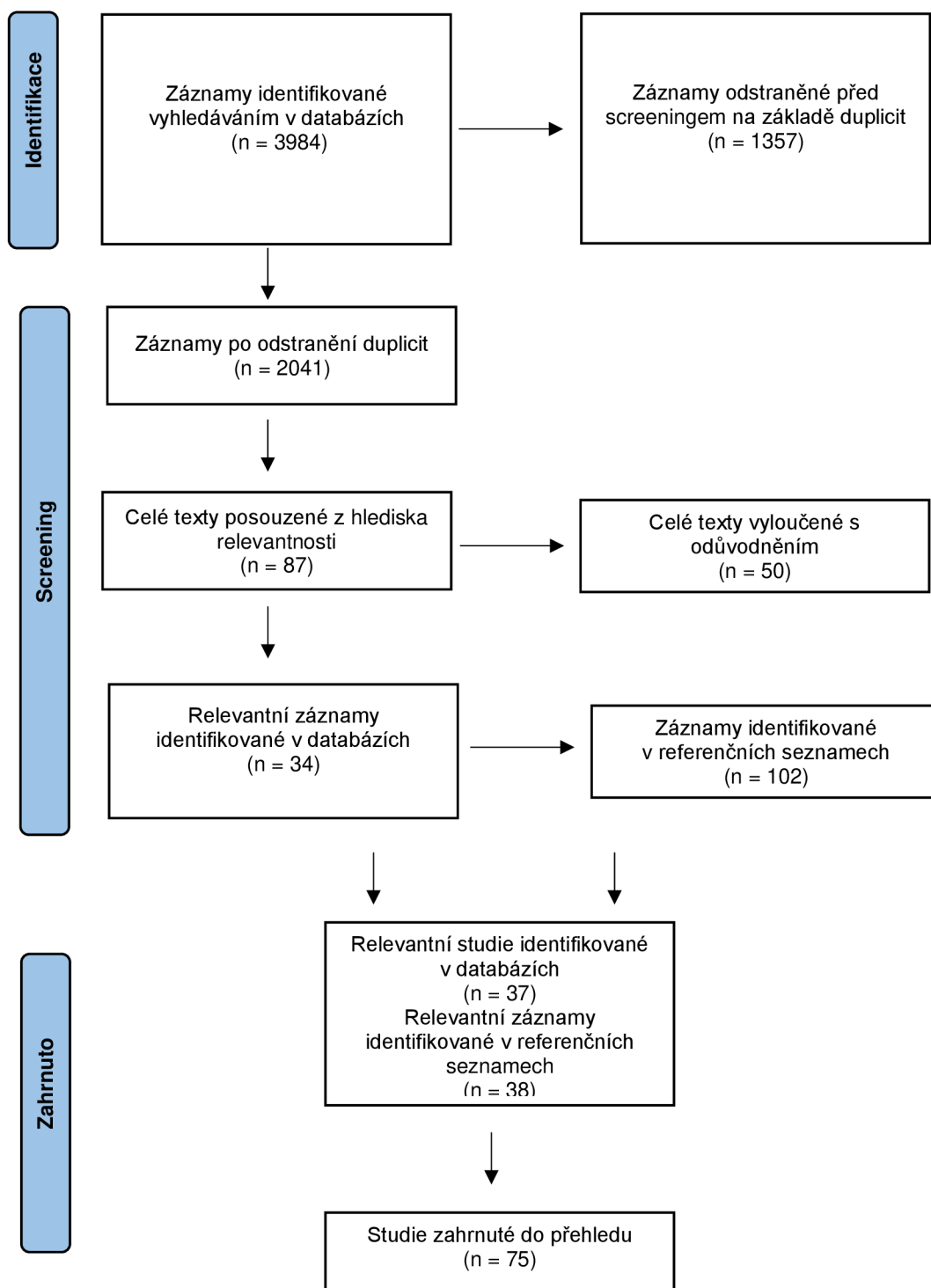
Výsledky byly sumárně zpracovány prostřednictvím tabulek a grafů způsobem, který byl ve shodě se záměrem scoping review a dále byl narativně popsán. Pro přehlednost jsou výsledky rozčleněny dle typu intervence a umělecké modality – hudby, dramatického umění, tance / pohybu a výtvarné tvorby. Součástí výsledků je také komparace zjištěných informací z hlediska směrů uměleckých terapií.

6 VÝSLEDKY

Tato kapitola představí výsledky scoping review. V úvodu bude popsáno vyhledávání, včetně PRISMA flowchartu, zatímco dále postupujeme podle jednotlivých položek v extrakční tabulce.

Na základě počtu získaných zdrojů byl vytvořen postupový diagram dle pokynů PRISMA-SR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Page a kol., 2020). Po odstranění duplicit z počátečního počtu 3984 záznamů bylo na úrovni názvu / abstraktu hodnoceno 2041 záznamů. Dva recenzenti (GŠ, JK) nezávisle na sobě posoudili záznamy v programu Zotero V5.0.85 a následně vybrali 87 záznamů ke screeningu na úrovni plnotextů. Z toho bylo vyloučeno 50 záznamů s odůvodněním. Důvody pro vyloučení byly nerelevantní typ studie, jiná skupina respondentů, jiná intervence a nedostatečné informace o prováděném výzkumu, které byly pro naše šetření limitující. V systému Zotero V5.0.85 tak bylo zaznamenáno 37 relevantních studií. V těchto studiích bylo v referenčních seznamech nalezeno 102 záznamů, které byly dále posouzeny na základě názvu. Na základě posouzení plnotextů bylo uznáno 38 záznamů jako relevantní. Sekundární vyhledávání probíhalo v několika etapách. První z nich byla realizována 3. 2. 2021 – získané výsledky jsou uvedeny jako Příloha 1a, doplněna o vyhledávání v dubnu 2021 (Příloha 1b). Doplnění bylo následně provedeno 30. 11. 2022 (Příloha 2a) a v květnu 2024 (Příloha 2b).

Celkem bylo do přehledu zahrnuto 75 studií (viz Obrázek 2 pro PRISMA flowchart).



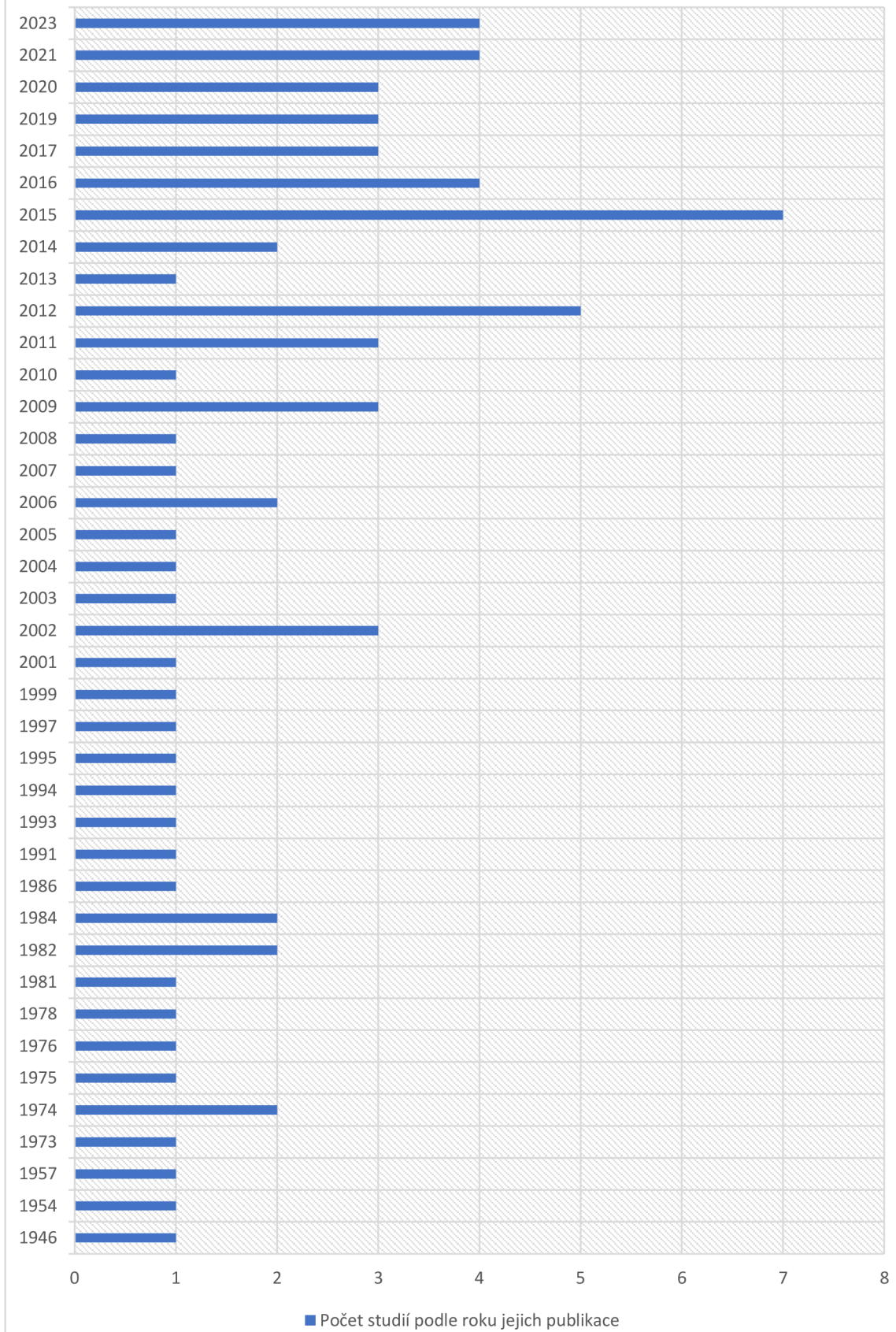
Obrázek 2 - PRISMA flowchart (pro účely práce přeloženo do češtiny)

6.1 Charakteristika studií zahrnutých do scoping review

Výsledný text této práce obsahuje několik odchylek od původního protokolu. Vzhledem k nižšímu počtu studií a nejasně definovaným hranicím uměleckých terapií, které se v některých studiích objevovaly, jsme se rozhodli zařadit také intervence expresivních uměleckých terapií a intervence příbuzných, na umění založených, přístupů, např. hudební medicíny, terapeutického tance atd., pokud tyto přístupy směřovaly k terapeutickým a rehabilitačním cílům. Zároveň je součástí vyhledávací strategie také pojem play therapy (terapie hrou), který byl následně vyřazen z důvodu výše uvedené deskripce (3.1 Umělecké a expresivní terapie) Tedy jednotlivé výzkumy v kontextu využívání terapie hrou nezahrnovaly intervence, jež by využívaly techniky expresivních uměleckých terapií či umělecké médium v terapeutickém kontextu, a proto terapie hrou nekorresponduje s celkovým tématem a zaměřením našeho šetření a v konečné verzi byla vyřazena.

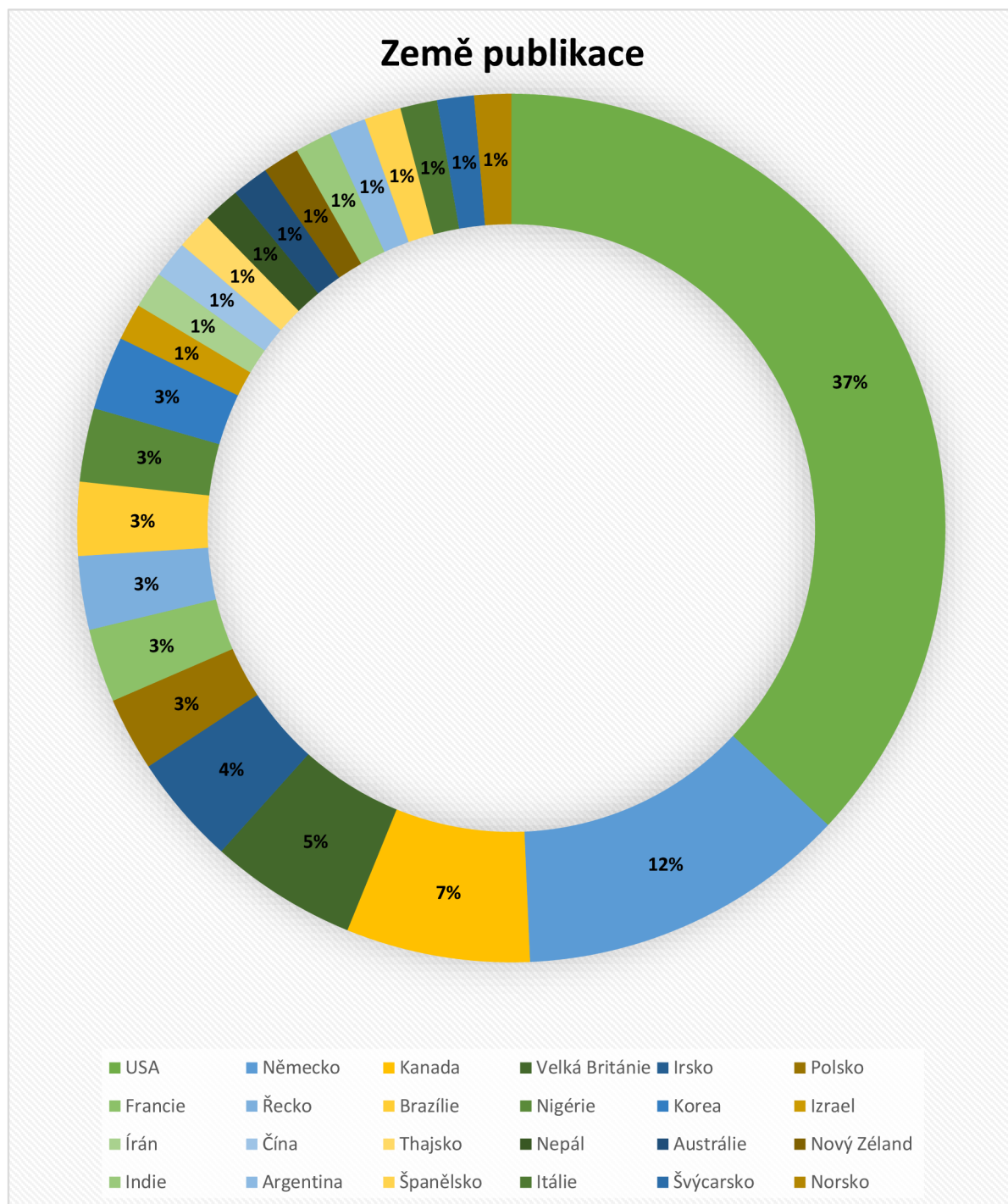
Publikační období relevantních studií se pohybovalo od roku 1946 do roku 2023 s největším počtem studií publikovaných v roce 2015 (n=7). Celkově byl největší nárůst počtu studií zaznamenán za poslední desetiletí (n=30). Nicméně od roku 2001 (mimo roky 2018 a 2022, kde nemáme žádnou relevantní studii) vznikla každoročně alespoň jedna studie, která se k dané problematice váže, což nám blíže ukazuje Graf 1.

Počet studií podle roku jejich publikace



Graf 3 – Celkový počet studií podle roku jejich publikace.

Z demografického hlediska byl největší počet studií publikovaný v USA (n=27), dále v Německu (n=9), Kanadě (n=5), Velké Británii (n=4) a Irsku (n=3). Po dvou studiích bylo publikováno ve Francii, Polsku, Řecku, Brazílii, Korei a Nigérii. Po jedné studii pak byly země publikací Izrael, Nový Zéland, Írán, Norsko, Švýcarsko, Argentina, Itálie, Španělsko, Thajsko, Korea, Čína, Indie, Austrálie a Nepál. Bližší přehled uvádí Graf 2.



Graf 4 – Celkové demografické rozložení studií podle země publikace.

Z hlediska typu výzkumu byl největší počet studií kvalitativní (n=44), poté kvantitativní (n=30). Kvalitativní studie zahrnovaly tyto designy: zprávy z praxe (n=5), případové studie a série případů (n=34), případové studie N/A (n=2) a pre post ilustrační studie (n=3). Kvantitativní studie pak zahrnovaly: RCT studie (n=22), Pre-test a post-test studie (n=1), průřezovou studii (n=1) a kvazi-experimentální studie (n=6).

Pro jednotlivé směry uměleckých terapií pak byly identifikovány následující počty: arteterapie (n=13) z toho 1 umělecká psychoterapie, muzikoterapie (n=26), dramaterapie (n=4) z toho jedenkrát psychodrama a jedenkrát nedirektivní terapie hrou, tanečně-pohybová terapie (n=8) a biblioterapie a expresivní psaní (n=2). Další studie obsahovaly na umění založené intervence, které nebyly klasifikovány jako umělecké terapie, z toho hudební medicína (n=22).

6.2 Analýza výsledků dle uměleckých modalit

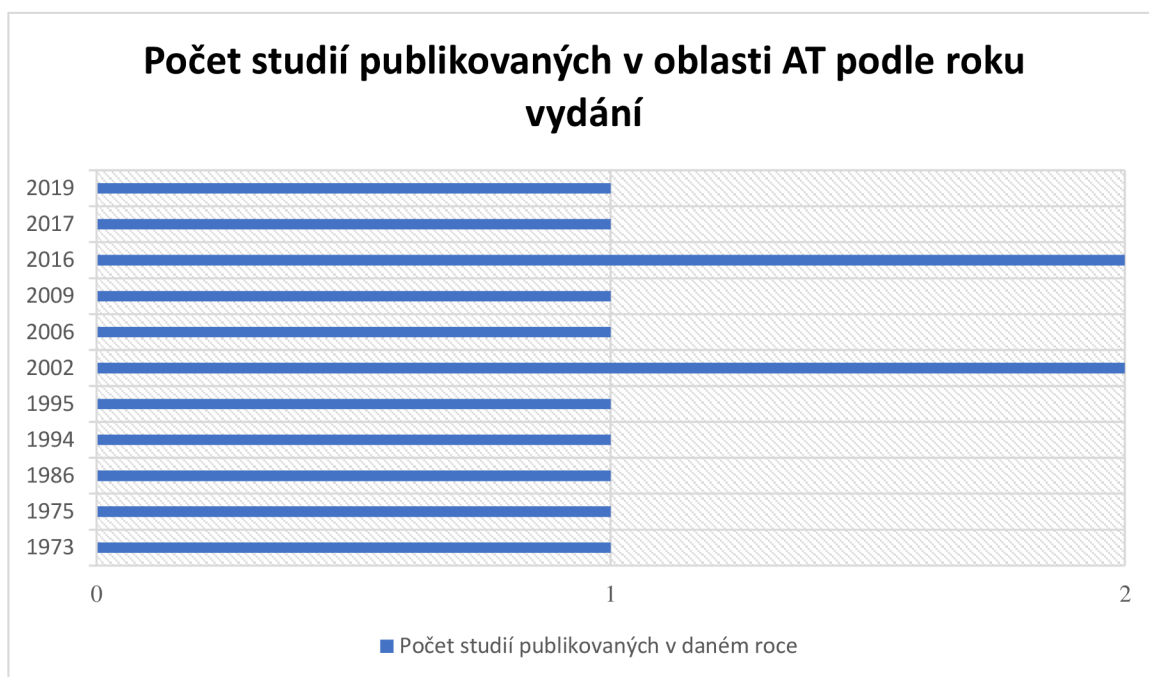
Tato podkapitola představí hlubší analýzu výsledků dle jednotlivých uměleckých prostředků. Intervence identifikované v relevantních studiích byly dále v textu zařazeny do skupin na základě použitého uměleckého média. Například hudba použitá jako prostředek pro zmírnění stresové situace v oblasti medicíny při chirurgickém zákroku (hudební medicína) byla zařazena do skupiny, ve které se nalézají muzikoterapeutické intervence. Obdobně tomu bylo v případě dramaterapeutických intervencí a studií s aplikací psychodramatu u osob se zrakovým postižením. Jednotlivé podkapitoly se tak zaměřují na dané umělecké médium, které je na základě získaných poznatků v rámci studií blíže popisováno a specifikováno. Bližší narativní popis získaných dat uvádí Příloha 4.

6.2.1 Studie s využitím výtvarného umění

Pro oblast výtvarných intervencí bylo nalezeno 13 relevantních studií. Kromě vizuálního podnětu má arteterapie (dále AT) také haptický charakter. Poznávání a tvoření skrze hmat je pak u osob s těžkým zrakovým postižením klíčové a díky tomu může být arteterapie jedním z velmi dobře aplikovatelných terapeutických prostředků právě u daných jedinců. Přehled všech získaných studií uvádí Tabulka 5. Podrobnější data pak přináší tabulka, která je uvedena na závěr jako Příloha 3a.

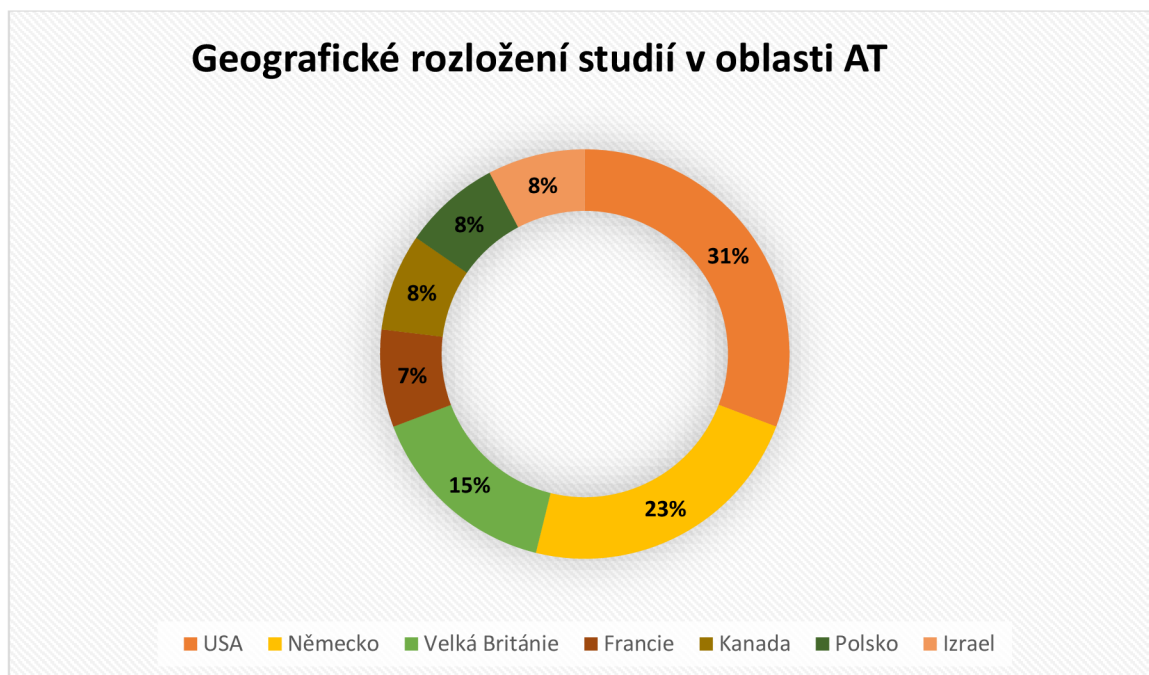
Kontext

Relevantní studie byly publikovány v letech 1973 až 2019 jak uvádí Graf 3. Celkem pět studií bylo publikováno v minulém století (Friedman & Pasnak, 1973; Rubin, 1975; Levens, 1986; Gatineau, 1994; Herrmann, 1995). Další studie se objevily na počátku dalšího století v letech 2002 až 2009 (Lev-Wiesel a kol., 2002; Berbrier, 2002; Herrmann, 2006; Darewych, 2009). V posledním desetiletí pak byly zaznamenány studie od roku 2016 (Herrmann, 2016; Szubielska a kol., 2016; DiGiulio, 2017; Pyart, 2019, In: Wood a kol., 2019).



Graf 5 - Počet studií publikovaných v oblasti AT podle roku vydání.

Geografické rozložení studií v oblasti AT uvádí Graf 4. Celkem čtyři studie byly publikovány v USA. Jedna studie pochází z Francie, jedna z Německa, jedna z Kanady, jedna z Polska, jedna z Izraele a dvě z Velké Británie. U ostatních studií nebyla země publikace blíže specifikována. U autora Herrmann, u kterého zde máme tři relevantní studie (1995, 2006; 2016), můžeme vzhledem k jedné z nich (1995) předpokládat, že u dvou zbývajících se taktéž jedná o studie publikované v Německu.



Graf 6 - Geografické rozložení studií v oblasti AT.

Z hlediska kvalitativního typu příspěvků (n=12) byly přítomny následující designy – zprávy z praxe (Berbrier, 2002; DiGiulio, 2017; Gatineau, 1994; Lev-Wiesel a kol., 2002; Rubin, 1975), případové studie (Herrmann, 1995; Herrmann, 2006; Herrmann, 2016; Levens, 1986; Pyart, 2019, In: Wood a kol., 2019), série případů (Darewych, 2009) a pre-test a post-test studie (Szubielska a kol., 2016). U výzkumných studií kvantitativního typu (n=1) byl přítomen design RCT studie (Friedman & Parnak, 1973).

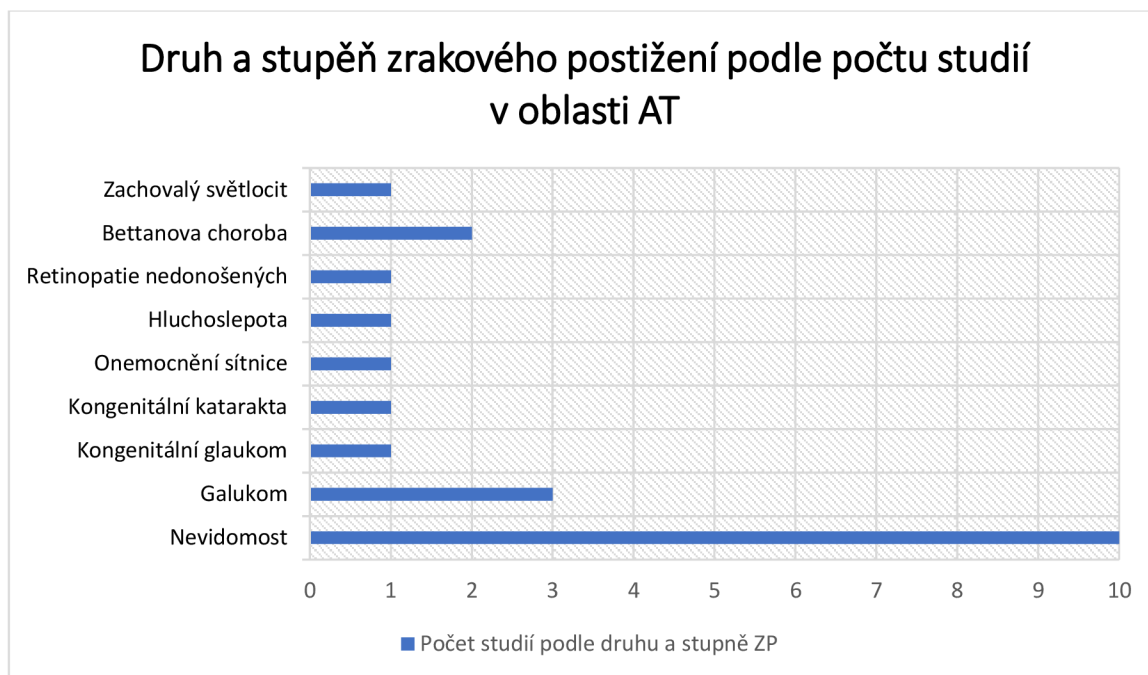
Tabulka 5 - Přehled získaných studií v oblasti AT.

Autor, rok publikace	Země	Design studie	Instituce
Friedman, J., & Parnak, R. (1973)	USA	RCT studie (klinická studie), 1.c	The West Virginia State School for the Blind
Rubin, J. A. (1975)	USA	Zpráva z praxe, 4.b	The West Pennsylvania School for Blind Children
Levens, M. (1986)	Velká Británie	Případová studie, 4.d	Atkinson Morley Hospital, London
Gatineau, P. (1994)	Francie	Deskriptivní studie, 4.b	Le Centre d'Education Spécialisé pour Sourds-Aveugles de Poitiers

Herrmann, U. (1995)	Německo	Případová studie, 4.d	The Landesbildungszentrum für Blinde (LBZB) in Hanover
Berbrier, J. (2002)	Kanada	Zpráva z praxe, 4.b	Concordia University Montreal, Quebec, Canada
Lev-Wiesel, R. a kol. (2002)	Izrael	Průřezová studie, 4.b	Center for the Blind in a city in Israel
Herrmann, U. (2006)	Německo	Případová studie, 4.d	----
Darewych, O. (2009)	USA	Série případů, 4.c	Eye research center in San Francisco + u respondentů doma
Herrmann, U. (2016)	Německo	Případová studie, 4.d	----
Szubielska, M. a kol. (2016)	Polsko	Pre-test a post-test studie, 2.d	The John Paul II Catholic University of Lublin
DiGiulio, D. (2017)	USA	Zpráva z praxe, 4.b	Long Island University
Pyart, L. (2019) In Wood, M. J. M. a kol. (2019)	Velká Británie	Případová studie, 4.d	Hospic

Účastníci

V oblasti terapií využívajících prvky výtvarného umění se získané studie nejčastěji věnovaly skupině účastníků na úrovni nevidomosti (n=10). U studií, kde bylo možné určit konkrétní diagnózu, pak budeme zmiňovat právě tu (stejně tak i v dalších kategoriích). Účastníci s glaukomem se vyskytovali ve třech studiích, účastníci se Bettanovou chorobou ve dvou studiích. Účastníci s kataraktou byli součástí jedné studie, stejně tak účastníci s hluchoslepotou, onemocněním sítnice, retinopatií nedonošených a zachovalým světlocitem (Graf 5).



Graf 7 - Druh a stupeň zrakového postižení podle počtu studií v oblasti AT.

Průměrný věk účastníků byl 33,4 let. Nejvíce studií (n=11) zahrnovalo dětské účastníky ve věkovém rozmezí od 4 do 16 let. U čtyř těchto studií nebyl věk blíže specifikován, ale bylo zmíněno, že účastníci studií byli dětského věku. Jedna studie sledovala účinky arteterapie u mladých dospělých ve věku 18 až 25 let. Další studie (n=2) věnovaly pozornost dospělým ve věku 49 až 60 let.

Celkem bylo ve studiích popisováno 26 účastníků mužského pohlaví (M) a 32 účastníků ženského pohlaví (F). Ve čtyřech studiích nebyly konkrétní počty zaznamenány. Přesnější rozložení daných charakteristik nabízí Tabulka 6.

Tabulka 6 - Charakteristiky účastníků v oblasti AT.

Autor, rok publikace	Druh a stupeň postižení	Věk	F	M
Friedman, J., & Pasnak, R. (1973)	Kongenitální katarakta	5–11 let	6	3
	Kongenitální glaukom	8 let	----	1
	Glaukom	9 let	----	1
	Onemocnění sítnice	5–11 let	2	3
Rubin, J. A. (1975)	Nevidomost	Děti	----	----
Levens, M. (1986)	Nevidomost	8 let	----	1

Gatienau, P. (1994)	Hluchoslepota	Děti	----	----
Hermann, U. (1995)	Nevidomost (vrozená)	13 let	1	----
	Bettanova choroba	14 let	1	----
Berbrier, J. (2002)	Nevidomost	15 let	----	1
	Retinopatie nedonošených	14 let	1	----
Lev-Wiesel, R. a kol. (2002)	Nevidomost (vrozená)	18–25 let	8	7
Hermann, U. (2006)	Nevidomost (vrozená)	10 let	1	----
Darewych, O. (2009)	Glaukom	6–16 let	4	2
Hermann, U. (2016)	Nevidomost (vrozená)	17 let	----	1
Szubielska, M. a kol. (2016)	6x Nevidomost (úplná)	7 až 15,6 let	7	4
	5x Zachovalý světlocit			
DiGiulio, D. (2017)	Nevidomost	4 roky	----	1
	Battenova choroba	14 let	1	----
	Glaukom	8 let	----	1
	Nevidomost	55 let	1	----
	Nevidomost (získaná)	49 let	----	1
Pyart, L. (2019, In: Wood,, M. J. M. a kol., 2019)	Nevidomost (získaná)	60 let	1	----

Charakteristika intervencí s využitím výtvarného umění

Jedenáct studií využívajících výtvarné umění, jako terapeutický nástroj, bylo jasně vymezeno jako arteterapie. V případě jedné studie se jednalo o specifický druh arteterapie - uměleckou psychoterapii (art psychotherapy) (Darewych, 2009). V jedné studii, z celkového počtu studií třináct, pak bylo zakomponováno jak modelování z hlíny, psychodrama, volná hra, tak také individuální výuka spojená s osvojováním si Braillova písma a psaním na Pichotvě psacím stroji (Friedman & Pasnak, 1973). U poslední studie nebylo konkrétně řečeno, zda se jedná přímo o arteterapii či nějaký jiný druh intervence s využitím výtvarného umění. Dle bližšího prostudování a na základě vlastního zvážení se pravděpodobně jednalo také o arteterapii.

V rámci našeho šetření vyvstalo několik oblastí, kterých se výzkumy jednotlivých studií dotýkaly. Jednalo se jak o použité metody, tak také specifické účinky intervence s využitím výtvarného umění. Čísla v závorkách odkazují na počty studií, ve kterých bylo dané zaznamenáno:

Arteterapeutické intervenční techniky, prostředky a použité materiály:

- Práce s keramickou hlínou (n=10).
- Malba (n=1).
- Kresba (n=3).
- Kresba „vystouplými liniemi“ / tyflografika (n=2).
- Sand box, práce s pískem (n=3).
- Další výtvarné techniky a materiály (např. koláž, tvorba plakátu a další) (n=6).

Výstupy intervence:

V procesu kategorizace tak byly terapeutické výsledky související s AT roztrženy do následujících tematických celků:

- **Regulace emocí a chování** – Arteterapie významně ovlivňuje oblast emocí a chování, jak ukazují prakticky všechny studie v této oblasti. Použití výtvarného média v terapeutickém procesu umožňuje jedincům převést své emoce, představy a fantazie do konkrétní podoby, což usnadňuje porozumění situacím, ve kterých se nacházejí a aktuálním emocionálním stavům (n=13).
- **Porozumění sobě samému prostřednictvím práce se symboly** – Metafory a symbolika měly velký význam ve všech studiích. Tyto prvky často

reprezentovaly klientovy pocity či jeho aktuální zdravotní stav. Přispívají tak k hlubšímu porozumění sobě samotnému a podmiňují klíčové aspekty terapeutické intervence (n=13).

- **Multisenzorické působení** – Studie se shodují, že využívat různé výtvarné materiály a techniky, které stimulují hmat, sluch, čich a chuť, jako jsou hlína, prstové barvy, vosk, papír, dřevo, kov, zvuky, vůně apod., mají pro jedince se zrakovým postižením pozitivní účinek. Nejenom, že se jedinec seznámí s řadou možných technik a materiálů, ale také si uvědomí, co je mu příjemné, a co nepříjemné. Různorodost materiálů s sebou tedy přináší i řadu možností identifikovat a poznávat předměty nejenom hapticky, ale také za pomoci ostatních smyslů. Aplikace takovýchto prostředků pak v řadě případů přináší komplexní smyslový zážitek. Zmiňován je také vztah mezi zrakem, dotykem a tělem (n=8).
- **Rozvoj estetiky, tvořivosti a fantazie** – Studie popisují, že poskytnutí maximálního smyslového zážitku skrze výtvarné intervence může být propojeno s rozvojem estetiky, tvořivosti a fantazie (n=13).
- **Rozvoj jemné motoriky** – S využitím řady technik a materiálů úzce souvisel i rozvoj jemné motoriky. Studie rovněž zmiňují, že využití arteterapeutických intervencí podporuje rozvoj prostorových a pohybových dovedností, což představuje další významný přínos, který se projevil v průběhu zkoumání (n=13).
- **Identifikace vlastního „já“ (vyrovnávání se a přijetí svého aktuálního zdravotního stavu)** – Proces identifikace vlastní identity a přijetí aktuálního zdravotního stavu, včetně zvládání emocionálních reakcí na ztrátu zraku a s ní spojené výzvy, úzce souvisí s výše uvedenými hlavními tématy. Zahrnuje uvědomění si vlastního "já", identifikaci individuálních potřeb a emocí. Studie deklarují určitý potenciál AT v kontextu zvýšení sebepojetí, sebeúcty, sebevědomí, schopnosti rozhodovat se a komunikovat (n=9).

Shrnutí

Výsledky daných studií popisují různé způsoby využití arteterapie a na výtvarném umění založených, terapeutických intervencí u osob se zrakovým postižením. Naše šetření ukázalo, že existuje několik oblastí, kterých se tyto studie dotýkají a popisují tak jejich význam v oblasti rehabilitace daných jedinců. Ve vztahu ke stanoveným otázkám scoping review je

pak možné konstatovat, že AT je jednou z intervencí, která je u osob se zrakovým postižením poměrně často využívána. Jednalo se jak o samotnou arteterapii, tak také uměleckou psychoterapii (art psychotherapy) a jednu modalitu zahrnující v sobě modelování z hlíny, psychodrama, volnou hru a individuální výuku spojenou s osvojováním si Braillova písma, včetně psaní na Pichtově psacím stroji. Výzkumy zahrnuté v naší studii se danou problematikou zabývají již od roku 1973. Nejnovější studie pak byla publikována v roce 2019. Především se jedná o studie publikované v USA a Německu. Důležitost a účinek výtvarného umění v terapii se ukázal žádoucí jak u dětí, tak dospělých, stejně tak u jedinců s vrozeným či získaným zrakovým postižením.

Z hlediska možných adaptací AT je potřeba zmínit využití různorodých materiálů rozvíjejících hmatové vnímání a také intervence zaměřené na rozvoj a využívání dalších kompenzačních činitelů (např. sluch, čich, pozornost). Studie tedy popisují různé typy multisenzoricky orientovaných intervencí. Pouhé zapojení výtvarných materiálů a různých hmatových médií vede dle těchto studií ke zvýšení potenciálu jedince projevat sociálně přijatelné chování. Hmat tak dokáže řešit i řadu dalších problémů, které se pojí se ztrátou zraku. To si můžeme vysvětlit nejspíše tím, že omezení či úplná ztráta zraku je smyslovým problémem a hmat jako jeden z kompenzačních činitelů, umožňuje vnímat okolní svět tak, jak je ostatní vnímají zrakem.

Studie popisovaly následující výtvarné techniky: práce s keramickou hlínou, malba, kresba, sand box / práce s pískem a další výtvarné techniky, např. koláž, tvorba plakátu a jiné.

Zmiňované intervence se zabývaly možnostmi AT v regulaci chování a emocí, otevření vlastního nitra, objevování sebe sama. Také práci se symboly a metaforami ve vztahu k emocionálním prožitkům souvisejících často s aktuálním zdravotním stavem jedince či životní situací, ve které se nachází. AT měla význam v procesu individualizace, vnímání odlišností, jejich přijetí a respektování sebe sama a přijetí svého aktuálního postavení ve společnosti i ve svém každodenním životě. Prostřednictvím AT bylo u účastníků rozvíjeno estetické vnímání, schopnost vnímat krásu a možnost převádět své představy a fantazie do hmatatelné podoby. Celkově bylo ve studiích usilováno o zprostředkování komplexního smyslového zážitku, který často vycházel z možnosti využívat široké spektrum různorodých materiálů.

Zmíněné aspekty bychom mohli doplnit o zjištění, které ve své studii popisuje Berbrier (2002), kde hovoří o tom, že svět nevidomých není pouze světem temnoty, ale spíše světem

subjektivních a jedinečných barev. Tato perspektiva tak umožňuje daným jedincům vnímat a prožívat svět mnoha různými způsoby.

6.2.2 Studie s využitím hudby

Pro oblast intervencí s využitím hudby bylo identifikováno 48 relevantních studií. Jedná se tak o jednu z nejpočetnějších umělecko-terapeutických intervencí zahrnutých v rámci našeho šetření. Jak již víme, sluch společně s hmatem tvoří jeden z nejvýznamnějších a nejvyužívanějších kompenzačních mechanismů pro získávání informací osobami se zrakovým postižením. Četnost terapeutických intervencí s využitím hudby může být pravděpodobně dána právě tím, že se jedná nejenom o prostředek, který přichází k jedinci auditivní cestou, ale také prostředek, který může mít haptický charakter, např. vnímání vibrací zvukových vln skrze tělo apod. Zároveň bychom zde specificky rozlišili dvě základní oblasti tohoto terapeutického působení, které v rámci výzkumu vyvstaly. Za prvé se jedná o muzikoterapii, tak jak byla charakterizována výše. Druhou oblastí použití hudby v oblasti medicíny, především pak v chirurgii. Tedy i my zde budeme tyto dvě modality respektovat a níže rozdělíme získané studie do těchto dvou kategorií. Přehled všech získaných studií využívajících muzikoterapii uvádí Tabulka 7. Přehled studií využívajících hudbu v oblasti medicíny uvádí Tabulka 9. Podrobnější data pak přináší tabulka, která je uvedena na závěr jako Příloha 3b.

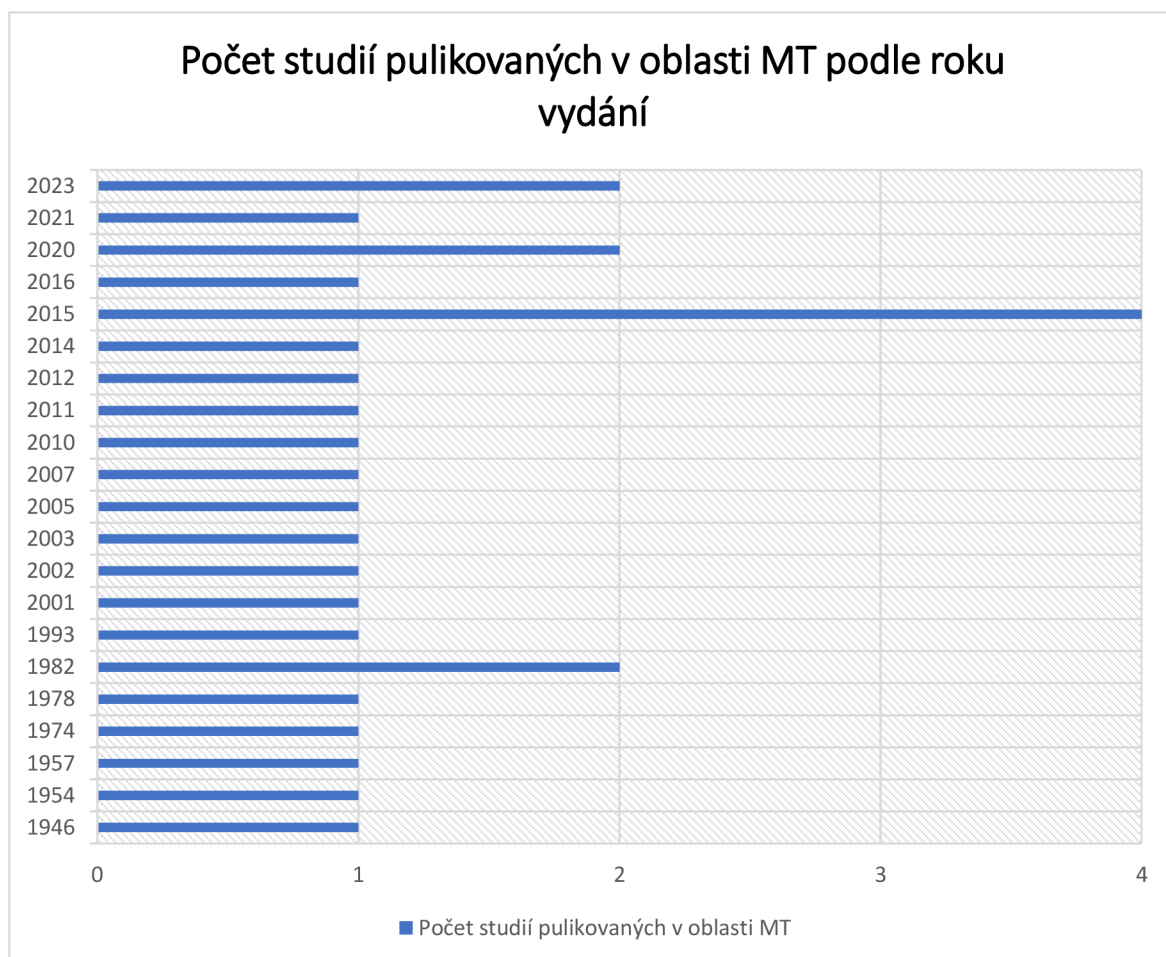
6.2.2.1 Studie s využitím muzikoterapeutické intervence

Pro oblast muzikoterapeutických intervencí (dále MT) bylo nalezeno 26 relevantních studií. Níže uvádíme podrobnější popis těchto studií, které se zabývají účastníky v širokém věkovém spektru, a to od 31. týdne po narození až po specifikovaných 26 let a nespecifikovaný střední věk jak u žen, tak i u mužů. Nejvíce účastníků mělo diagnózu nevidomosti, často pak v komorbiditě s dalšími obtížemi, ať už se jednalo o mentální postižení, mozkovou obrnu, epilepsii, celkový opožděný vývoj a další. Z hlediska zrakových vad se také objevovala atrofie zrakového nervu, retinopatie nedonošených, nystagmus, retinoblastom a další.

Kontext

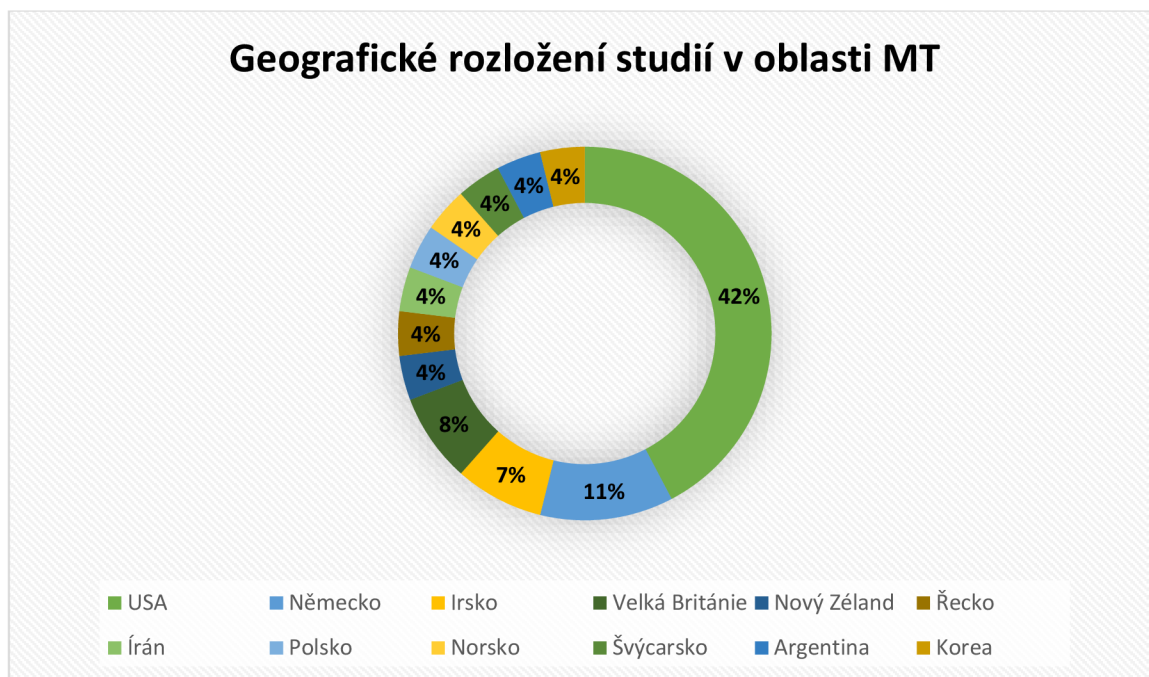
Relevantní studie, které uvádí Graf 6, byly publikovány v letech 1946 až 2023. Celkem osm studií bylo publikováno v minulém století (Bernstein, 1946; Hartley, 1954; Unkefer, 1957; Knihgt, 1974; Wolf, 1978; Orff, 1982; Steele & Crawford, 1982; Sobey, 1993). Dále navazují studie z roku 2002 až 2012 (Kern, 2002; Robb, 2003; Aepkers & Stark, 2005; Darrow & Novak, 2007; Wrogemann-Becker, 2010; Dauber, 2011; Vallasenor & Vargas-

Colon, 2012). Za poslední desetiletí se pak objevilo 11 relevantních studií (Ahessy, 2014; Hashemian a kol., 2015; Nightingale, 2015; Skrodzka a kol., 2015; Metell, 2015; Samara, 2016; Corrigan a kol., 2020; DeBoth a kol., 2020; Ahessy, 2021; Bakouros a kol., 2023; Chan a kol., 2023;).



Graf 8 - Počet studií publikovaných v oblasti MT.

Celkem jedenáct studií bylo publikováno v USA. Tři studie pak pocházely z Německa, dvě z Irska a dvě z Velké Británie. Po jedné studii pak byly zaznamenány studie z Nového Zélandu, Řecka, Íránu, Polska, Norska, Švýcarska, Koreii a Argentiny – Graf 7.



Graf 9 – Geografické rozložení studií v oblasti MT.

Studie kvalitativního charakteru (n=20) zahrnovaly - případové studie a série případů (Aepkers & Stark, 2005; Ahessy, 2014; Ahessy, 2021; Bakouros a kol., 2023; Bernstein, 1946; Dauber, 2011; DeBoth a kol., 2020; Hartley, 1954; Kern, 2002; Knight, 1974; Orff, 1982; Samara, 2016; Sobey, 1993; Steele a Crawford, 1982; Unkefer, 1957; Villasenor a Vargas-Colon, 2012; Wolf, 1978; Wrogemann-Becker, 2010), intervenční studie pre-post bez kontroly (Metell, 2015), kvalitativní studie založená na deskriptivním fenomenologickém přístupu (Nightingale, 2015).

Kvantitativní studie (n=6) byly zastoupeny designy: kvazi-experimentální studie (Darrow & Novak, 2007; Robb, 2003), RCT studie (Corrigan a kol., 2020; Hashemian a kol., 2015; Chan a kol., 2023); pre-test post-test studie s retrospektivní kontrolní skupinou (Skrodzka a kol., 2015).

Tabulka 7 - Přehled získaných studií v oblasti MT.

Autor, rok publikace	Země	Design studie	Instituce
Bernstein, B. (1946)	USA	Případová studie, 4.d	Old Farms Convalescent Hospital
Hartley, W. S. (1954)	USA	Případová studie, 4.d	University of the Pacific

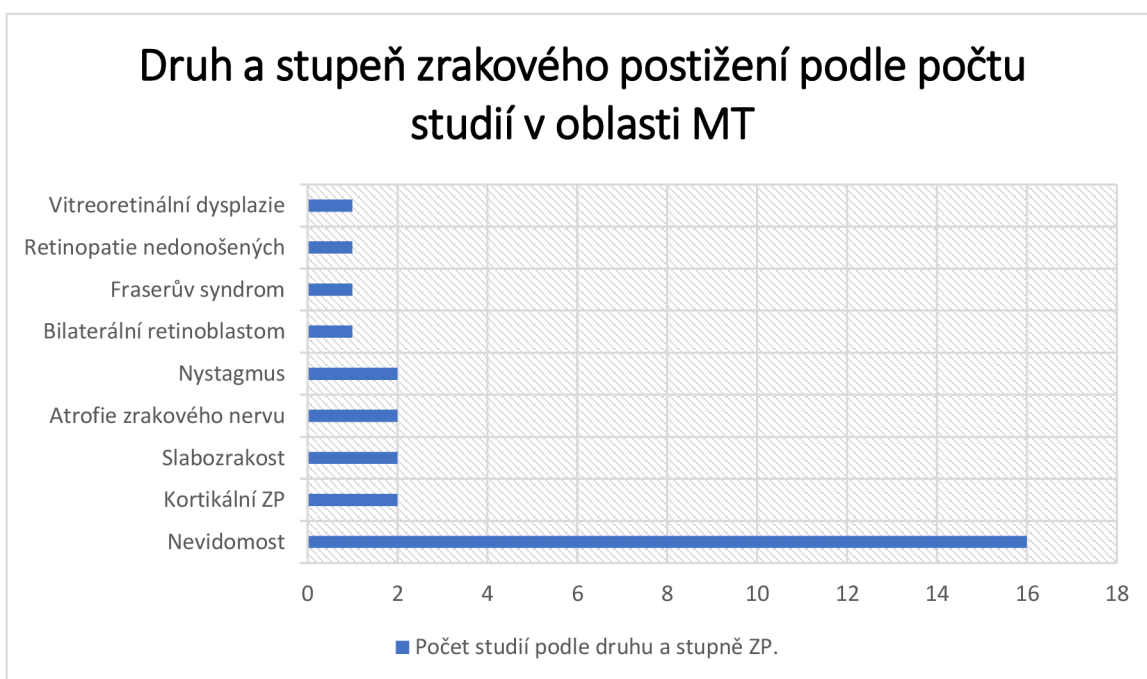
Unkefer, R. K. (1957)	USA	Série případů, 4.c	Kansas Rehabilitation Center for the Blind
Knight, M. R. (1974)	Nový Zéland	Případová studie, 4.d	Tokanui Hospital
Wolf, F. M. (1978)	Argentina	Případová studie, 4.d	The Argentine Association for Music Therapy
Orff, G. (1982)	Německo	Případová studie, 4.d	-----
Steele, A. L., & Crawford, C. (1982)	USA	Případová studie, 4.d	The Cleveland Society for the Blind (Ohio)
Sobey, K. (1993)	Velká Británie	Případová studie, 4.d	Dům pro osoby se zdravotním postižením (nebylo blíže specifikováno)
Kern, P. (2002)	USA	Případová studie, 4.d	Frank Porter Graham Child Development Center, University of North Carolina, Chapel Hill, USA
Robb, S. L. (2003)	USA	Kvazi-experimentální studie, 2.c	Children's Center for the Visually Impaired (CCVI)
Aepkers, F., & Stark, A. (2005)	Německo	Případová studie, 4.d	Das Landesbildungszentrum für Blinde (LBZB)
Darrow, A. A., & Novak, J. (2007)	USA	Kvazi-experimentální studie, 2.c	State school for the deaf and blind and students at neighboring public schools served as participants
Wrogemann-Becker, H. (2010)	Německo	Série případů, 4.c	Institut für Musiktherapie der Hochschule für Musik and Theater Hamburg
Dauber, M. (2011)	Řecko	Případová studie, 4.d	Denní centrum pro osoby s postižením, Řecko

Villasenor, R., & Vargas-Colon, K. (2012)	USA	Případová studie, 4.d	Lavelle School for the Blind
Ahessy, B. (2014)	Irsko	Případová studie, 4.d	The National Education Center for Blind Children
Hashemian, P. a kol. (2015)	Írán	RCT, experimentální studie s randomizovaným designem, 1.c	-----
Metell, M. (2015)	Norsko	Intervenční studie pre- post (bez kontroly), 3.e	Pedagogický ústav pro osoby se zrakovým postižením
Nightingale, E. (2015)	Velká Británie	Kvalitativní studie založená na deskriptivní fenomenologickém přístupu, 4.b	-----
Skrodzka, E. a kol. (2015)	Polsko	Pre-test-post-test studie s retrospektivní kontrolní skupinou, 2.d	School for the blind and visually handicapped children in Owińska and Łódź
Samara, M. (2016)	Švýcarsko	Série případů, 4.c	-----
Corrigan, M. J. a kol. (2020)	USA	RCT, prospektivní dvojitě zaslepená, randomizovaná studie se dvěma paralelními rameny, 1.c	Orlando Health Winnie Palmer Hospital for Women and Babies
DeBoth, K. K. a kol. (2020)	USA	Případová studie, 4.d	Specializované mateřské školy pro děti se zrakovým postižením v městské školní čtvrti

Ahessy, B. (2021)	Irsko	Série případů, 4.c	St. Joseph's Primary School for Children with Visual Impairment, Ireland
Chan a kol. (2023)	Korea	RCT studie, 1.c	Hongkongská společnost pro nevidomé
Bakouros a kol. (2023)	USA	Série případů, 4.c	PeaceHealth Southwest Washington Medical Center, Vancouver, WA, USA (pracoviště autorky)

Účastníci

V oblasti terapií využívajících prvky hudebního umění se získané studie věnovaly skupině respondentů/účastníků na úrovni nevidomosti (n=16), slabozrakosti (n=2). Jako konkrétní diagnózy pak byly zařazeny: kortikální zrakové postižení (n=2), nystagmus (n=2), atrofie zrakového nervu (n=2), retinopatie nedonošených (n=1), strabismus (n=1), hypoplazie optického nervu (n=1), dystrofie tyčinek a čípků (n=1), vitreoretinální dysplazie (n=1), bilaterální retinoblastom (n=1), Fraserův syndrom (n=1). Jedna studie pak zahrnovala předčasně narozené děti, podstupující vyšetření na retinopatii nedonošených (Graf 8).



Graf 10 -Druh a stupeň zrakového postižení podle počtu studií v oblasti MT.

Průměrný věk účastníků byl 10 let. Nejvíce studií (n=18) zahrnovalo dětské účastníky. Dvě z těchto studií zahrnovaly také mladé dospělé ve věku od 18 do 19 let. Jedna studie pak sledovala účinky muzikoterapie u 26leté ženy a jedna u mladé ženy (nebylo blíže specifikováno). Dvě studie zahrnovaly dospělé účastníky. Z toho u jedné studie nebyl věk blíže specifikován, ale jelikož se jednalo o válečné veterány lze dle těchto podkladů určit, že se jednalo o dospělé účastníky.

Celkem v 15 studiích byli popisováni účastníci mužského pohlaví a ve 12 studiích účastnice ženského pohlaví. Přesnější rozložení daných charakteristik nabízí Tabulka 8.

Tabulka 8 - Charakteristiky účastníků v oblasti MT.

Autor, rok publikace	Druh a stupeň postižení	Věk	F	M
Bernstein, B. (1946)	Získané zrakové postižení – často na úrovni nevidomosti	----	----	Ano
Hartley, W. S. (1954)	Nevidomost	6 let	----	1
Knight, M. R. (1974)	Nevidomost	13 let	----	1
Wolf, F. M. (1978)	Nevidomost (vrozená)	10 let (v době prvního setkání)	----	1
	Nevidomost (vrozená)	11 let	----	1
Orff, G. (1982)	Nevidomost	3 roky	1	----
Steele, A. L., & Crawford, C. (1982)	Nevidomost	3 roky	1	----
Sobey, K. (1993)	Nevidomost	Mladá žena	1	----
Kern, P. (2002)	Nevidomost (Anoftalmie / Mikroftalmie)	40 měsíců	----	1
Robb, S. L. (2003)	Nevidomost (jedno protetické oko)	6 let	1	----

	Bilaterální retinoblastom	4 roky	----	1
	Kortikální zrakové postižení	6 let	----	3
	Nystagmus	5 let	----	1
Aepkers, F., & Stark, A. (2005)	Fraserův syndrom	14 let	----	1
Darrow, A. A., & Novak, J. (2007)	Slabozrakost (17x), nevidomost (17x)	8-18 let	40	56
Wrohemann-Becker H. (2010)	Nevidomost (vrozená)	3-7 let Celkem 6 dětí	----	----
Dauber, M. (2011)	Atrofie zrakového nervu – nevidomost	26 let	1	----
Villasenor Romana, Kareen Vargas-Colon, (2012)	Retinopatie nedonošených	13 let (F) 16 let (M)	1	1
Ahessy, B. (2014)	Nevidomost	7 let	----	1
Hashemian, P. a kol. (2015)	Nevidomost Celkem 56 studentů	ø16, 11 let (TS) ø16,46 let (KS)	Ano	Ano
Metell, M. (2015)	Nevidomost (vrozená)	1-4 roky	----	----
Skrodzka E. a kol. (2015)	Nevidomost (n=21), slabozrakost (n=34)	7-12 let 13-19 let	11 (TS) 2 (KS) 9 (TS) 3 (KS)	5 (TS) 7 (KS) 11 (TS) 7 (KS)

Nightingale, E. (2015)	Skupina muzikoterapeutů (n=5)	----	----	----
Samara, M. (2016)	Nevidomost (n=5)	----	----	----
Corrigan M. J. a kol. (2020)	Předčasně narozené děti podstupující vyšetření ROP	31 až 36 týdnů a 6 dnů (100 dvojic – matka a dítě)	51 %	----
DeBoth, K. K. a kol. (2020)	poškození zraku se pohybovalo od minimálního, nedagnostikovaného po významné poškození kortikálního vidění (zaměstnanci školy se rozhodli nezveřejnit další diagnostické, lékařské nebo osobní informace o účastnících za účelem zachování důvěrnosti)	ø 54 měsíců (4,5 roku)	2	2
Ahessy, B. (2021)	Atrofie zrakového nervu + nystagmus + světelná projekce	9 let	1	----
	Atrofie zrakového nervu	11-12 let	1	1

	Kortikální zrakové postižení (1x se světelnou projekcí)	11-13 let	2	2
	Vitreoretinální dysplazie	15 let	1	----
	Hypoplazie optického nervu	7-9 let	1	1 + strabismus
	Dystrofie tyčinek a čípků + nystagmus	11 let	----	1
Bakouros, S. a kol. (2023)	Předčasně narozené děti podstupující vyšetření ROP	Průměrný gestační věk při porodu 27,6 týdnů	9	6
Chan, S. H. V. a kol. (2023)	Nevidomost	65 let a více	Ano	----

Charakteristika intervencí s využitím hudby

Muzikoterapeutické intervence jsou velmi rozsáhlé a mají řadu forem a metod, které jsou v rámci praxe využívány. Naše šetření pak přineslo poznatky týkající se osob se zrakovým postižením ve vztahu k intervencím s využitím hudby a jejich specifika v daném kontextu.

Použité hudební metody, prostředky a techniky:

- Vokalizace, zpěv písní (n=12).
- Rytmická cvičení / práce s rytmem (n=10).
- Hra na hudební nástroj (např., bubínek, xylofon, triangel, činely, kalimba, rumba koule, foukací harmonika, metalofon) (n=14).
- Výuka hry na klavír (n=2) v jedné ze studií s podporou ergoterapeuta.
- Hudební improvizace, hudební dramatizace, hudební příběhy a vizualizace (n=8).
- Speciální hudební stanice (stanoviště) (n=1).
- Poslech hudby, zvuků (n=10).
- Relaxační techniky (mindfulness) (n=1).
- Pohybové hry (n=4).

- Sluchová stimulace TLP (The Listening Program[®]) - neurovědní hudební poslechová terapie pro dosažení optimálního zdraví a fungování mozku (Advanced Brain, 2024) (n=1).
- Další pomůcky pro haptickou podporu při poslechu (keramická hlína, hračky, terapeutické míče a jiné) (n=1).
- Hudební trénink – kombinace akustického tréninku a hudebního tréninku (n=1).
- G.I.M. model (Guided Imagery and Music) – poslech hudby v uvolněném stavu
- Vzorek zpívaného hlasu matky zkombinovaný se vzorkem srdečního tepu matky zachyceného do 5minutové smyčky (n=1).

Výstupy intervencí:

V procesu kategorizace byly terapeutické výsledky související s MT rozříděny do následujících tematických celků:

- **Identifikace vlastního „já“ (vyrovnání se a přijetí aktuálního zdravotního stavu)** – Hudba se v řadě studií stala prostředkem, který napomohl jedincům se ZP v procesu vyrovnávání se se ztrátou zraku, přijmutí svého aktuálního zdravotního stavu, což jim usnadnilo fungování v každodenním životě (n=8).
- **Rozvoj sociálních a komunikačních dovedností** – V řadě případů muzikoterapeutická intervence napomohla jedincům v oblasti řečových a komunikačních dovedností – za pomoci zpěvu zesílil hlas, došlo k rozvoji řečové produkce, byli méně echoláličtí, dosahovali lepších vyjadřovacích schopností. Hudba byla také prostředkem jak umožnit jedinci komunikovat s okolím neverbálním způsobem. Napomohla tak také v sociálních interakcích a zapojení do kolektivu (n=9).
- **Rozvoj psychických sil, podpora duševního zdraví a regulace emocí** – Hudba měla v řadě případů eminentní vliv na psychické i emoční zdraví účastníků studií. Sloužila jako prostředek pro snížení agresivních stavů chování, pro celkové uklidnění, nabízela možnost, jak pracovat se svými emocemi, ale také možnost, jak své emoci vyjádřit za pomoci hudby. Stala se stimulantem pro posílení sebevědomí, prostorem pro sebevyjádření, pro uklidnění a snížení stresu (n=15).
- **Regulace chování** - Hudba se stala také prostředkem při regulaci nežádoucích projevů chování (n=5).

- **Rozvoj fyzických sil a podpora tělesného zdraví** – Některé studie popisují možnosti v rozvoji samostatného pohybu, chůze či snížení stereotypních projevů v chování (n=6).
- **Rozvoj jemné motoriky** – Především studie, které se zabývaly výukou hry na klavír, poukazují na možnost rozvíjet tak u jedinců se ZP jemnou motoriku (n=1).
- **Rozvoj kognitivních funkcí** – Některé studie poukazují na využití hudby jako stimulantu pro řadu oblastí. Za pomoci vizualizací byly dané intervence důležité také v rozvoji kognitivních funkcí jako je představivost a fantazie (n=24).
- **Multisenzorická stimulace** – Hudební intervence se stala prostředkem v rozvoji dalších smyslů, především sluchu. Byl zde zmiňován např. sluchový trénink zaměřený na rozlišování tónů a jejich kategorizaci, barvu, sluchovou paměť, lokalizaci zvuků. Celkově hudební intervence přispěla k rozvoji sluchových dovedností u jedinců se ZP (n=23).
- **Zkvalitnění vnímání pozitivních stránek každodenního života** – Řada studií poukázala na fakt, že hudba ovlivňuje každodenní život jedinců se ZP. Nejenom v průběhu realizovaných intervencí, ale také po jejich skončení se stala nedílnou součástí jejich životů. Dle výše uvedených účinků jim také ulehčila fungování v každodenním životě. Obecně bychom mohli tvrdit, že přesah do každodenního života přinesly všechny uvedené studie. Zde však explicitně poukazujeme na ty, v nichž o tomto aspektu byla zmínka (n=5).
- **Prohlubování pocitů radosti** – Důležitým aspektem hudby je možnost prožívat radost, štěstí, pohodu, ale také možnost zažít úspěch. I tyto projevy byly v rámci studií zaznamenány, což je patrné již z předchozích bodů (n=7).

Shrnutí

Naše šetření ukázalo, že existují různé metody a způsoby, jak zařadit hudební intervenci do terapeutického procesu u osob se zrakovým postižením. Ve vztahu ke stanoveným otázkám scoping review je pak možné identifikovat, že MT je jednou z intervencí, která je u osob se ZP aplikována v procesu rehabilitace. Získané studie v rámci našeho šetření byly publikovány již v roce 1964. Nejvíce jich bylo publikováno v roce 2015 a poslední relevantní studie pochází z roku 2023. Nejčastěji se jednalo o studie publikované v USA. Účinek hudebního umění v terapii se ukázal žádoucí jak u dětí, tak dospělých, stejně tak u jedinců s vrozeným či získaným zrakovým postižením.

Z hlediska možných adaptací MT procesu jsme se pak setkali s několika studii, které vyzdvihovaly potřebu úpravy a samotné zajištění muzikoterapeutického procesu, a to konkrétněji důležitost multidisciplinarity (spolupráce s dalšími odborníky i rodinami účastníků), uspořádání prostoru, popis jednotlivých činností – tedy důležitost mluveného slova jako součásti intervence (dávat si pozor na melodii i výšku hlasu, abstraktní pojmy apod.), a také výběr hudebních nástrojů jakožto stimulantů pro rozvoj hmatového vnímání a také vibrotaktilního vnímání. Další adaptací v oblasti MT u osob se ZP byla úprava hudebních materiálů tak, aby měly multisenzorický charakter a byly přístupné pro všechny. Celkově se pak jednalo o zajištění stimulujícího a bezpečného prostředí s respektováním individuálních potřeb účastníků. U intervencí, které využívaly metody hry na nástroj, bylo jednou z možných adaptací výuka hry nazpaměť, a to především u účastníků s těžkým zrakovým postižením, kdy by výuka notopisu v Braillově písmu byla především časově náročná. Dalším podstatným aspektem se ukázalo využití již nabitých dovedností jedince, což bylo motivujícím prvkem v terapeutickém procesu. Obdobně pak i fáze „ocenění“, která nejenom že účastníky motivovala pro další sezení, ale zbavovala je také nervozity a přinášela pocit úspěchu a nadšení. Podstatná se zdála být také volba vhodného hudebního stylu a celkové kvality hudby, hudebních nahrávek apod. V případě, že si to specifika intervence vyžadovala, byly nutné úpravy obrázků/textů/záznamových archů pro osoby slabozraké, kdy by měly být obrázky/text zvětšeny či v případě osob se zbytky zraku nebo nevidomých vyhotoveny v Braillově písmu.

Využívané metody ve studiích byly pak následující: práce s rytmem, melodií, zvuky a zpěvem, hra na hudební nástroje, pohybové aktivity. Popisovány byly také specifické programy: Sluchová stimulace TLP, G.I.M. model (Guided Imagery and Music), nahrávka zpěvu matky zkombinovaná s jejím srdečním tepem, akustický vs. hudební trénink nebo i online muzikoterapeutická intervence v době pandemie COVID-19.

Sluchová stimulace za pomoci TLP (The Listening Program®) „TLP byl poprvé vyroben společností Advanced Brain Technologies v roce 1999. Vychází z práce lékaře Alfreda Tomatis, který v 50. letech 20. století začal používat zvukové intervence jako léčebné metody pro různé lékařské diagnózy. Dr. Tomatis zjistil, že specifické frekvence zvuku souvisejí s různými oblastmi tělesných funkcí. TLP používá určitou klasickou hudbu, která vytváří zvukové vlny v uspořádaných vzorcích času, prostoru, frekvence a hlasitosti, což má ovlivnit nervovou soustavu. Kromě toho se používají také různé produkční techniky, jako je filtrace, výbuchy zvuků o vysoké nebo nízké frekvenci a prostorová dynamika, které stimulují různé funkce systému sluchového zpracování“ (Villasenor a kol., 2012).

G.I.M. model (Guided Imagery and Music) je na webových stránkách Integrative GIM (2024) popisován následovně: „GIM je ve své tradiční podobě hudebně zaměřenou formou psychoterapie, která pomáhá klientům s širokou škálou psychických a emočních obtíží. Patří sem ti, kteří trpí úzkostí a depresí, kteří jsou pozůstalí, kteří zažívají stres související s prací, mají potíže ve vztazích, byli zneužíváni, mají psychosomatické stavy, mají problémy se závislostí nebo mají život omezující stav, jako je rakovina. Bonnyho metoda je také účinnou terapií pro seberozvoj. V mnoha ohledech je ideální terapií pro muzikoterapeuty a hudebníky, kteří chtějí objevovat, rozvíjet a prohlubovat svůj vztah k hudbě. Individuální sezení GIM spočívá v tom, že klient poslouchá 30–45minutový program klasické hudby v uvolněném stavu, se zavřenýma očima, vleže. Klientova imaginace se vynořuje jako projev jeho vnitřního procesu, který se rozvíjí v reakci na hudbu. Úlohou terapeuta (nebo průvodce) je podporovat rozvíjení imaginace nedirektivním způsobem.“ Účinky programu u osob se zrakovým postižením byly popisovány ve studii Samara (2016).

V dalších studiích byly popisovány také účinky zpívaného hlasu matky doplněného o její srdeční tep jako podpora při vyšetření retinopatie nedonošených (Corrigan a kol., 2020) či porovnání akustického a hudebního tréninku (Skrodzka, a kol., 2015). Účinnost muzikoterapeutické intervence byla také v jedné studii sledována v období pandemie COVID-19, kde byl aplikován online muzikoterapeutický program (Ahessy, 2021).

Studie s využitím MT intervence přináší možnosti, jak na základě aplikace hudebních prostředků ovlivnit psychické i fyzické zdraví účastníků se zrakovým postižením, včetně možnosti komunikace, sociální interakce a přesahu do každodenního života. Studie uvádí přínosy MT v následujících oblastech: rozvoj osobnosti, sebevědomí a sebevyjádření, sociální interakce a komunikace, regulace chování a emocí, rozvoj představivosti, pozornosti, motoriky a prostorové orientace. Na základě rytmických cvičení, zpěvu, hudebních příběhů, hry na nástroj a pohybových aktivit bylo prokázáno, že aplikace funkčně-hudebních principů může být pro jedince se zrakovým postižením prospěšná v rámci výchovného působení, ale také pro jeho další rozvoj.

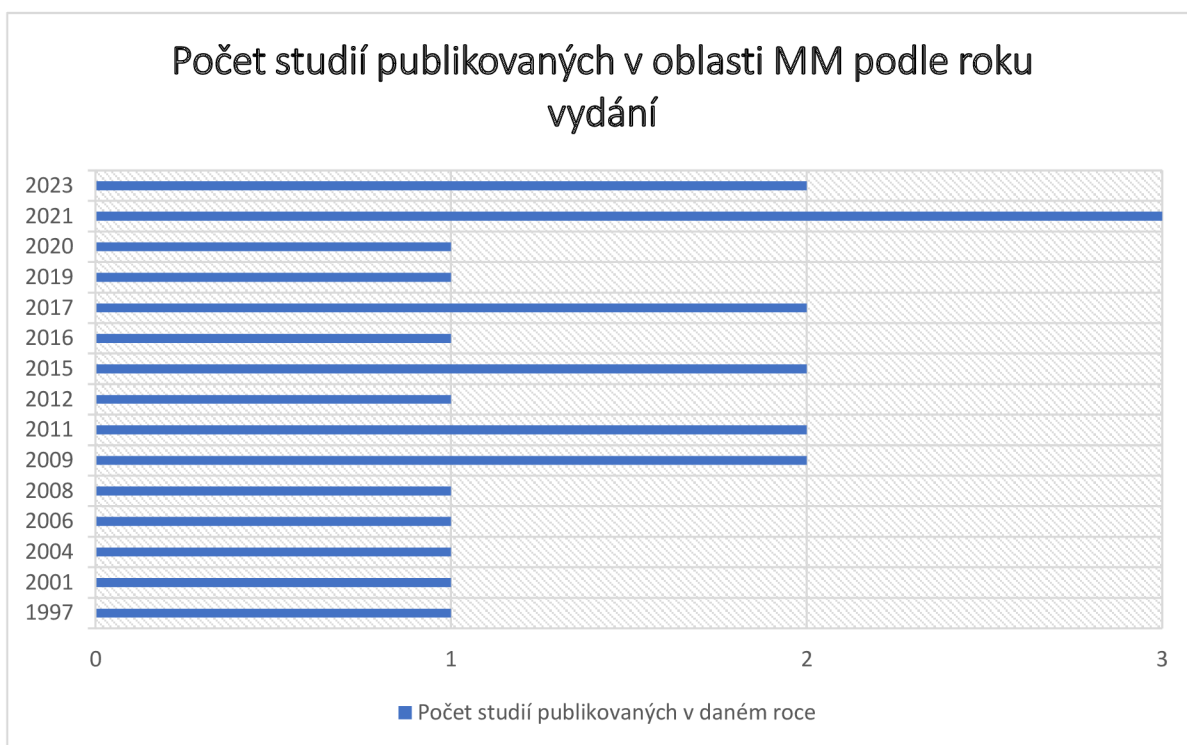
Na základě výsledků sledovaných studií můžeme říci, že muzikoterapie nabízí širokou škálu benefitů pro osoby se zrakovým postižením. Díky multidisciplinárnímu přístupu a pestré paletě metod může tato terapie pozitivně ovlivnit mnoho oblastí jejich života.

6.2.2.2 Studie s využitím hudby v oblasti medicíny

Analýza dostupných studií potvrdila význam hudby v oblasti medicíny a lékařství (dále MM – music medicine) jako klíčového prvku hudebních intervencí u osob se zrakovým postižením. Na základě toho je potřeba věnovat této oblasti samostatnou pozornost. Studie v této kategorii se zaměřovaly především na využití hudby při operaci glaukomu, s primárním cílem redukovat stres u pacientů a tím i nitrooční tlak. Vliv hudby na snižování stresu a úzkosti byl také zkoumán v rámci operací katarakty či při aplikaci intravitreálních injekcí. Další oblast tvořily studie, které využívaly Mozartovu hudbu, konkrétněji Sonátu D dur pro dva klavíry K.448, jako specifický hudební prostředek v kontextu medicínských intervencí. Celkem bylo nalezeno 21 relevantních studií a 1 systematické review. Přehled všech získaných studií uvádí Tabulka 10. Podrobnější data pak přináší tabulka, která je uvedena na závěr jako Příloha 3c.

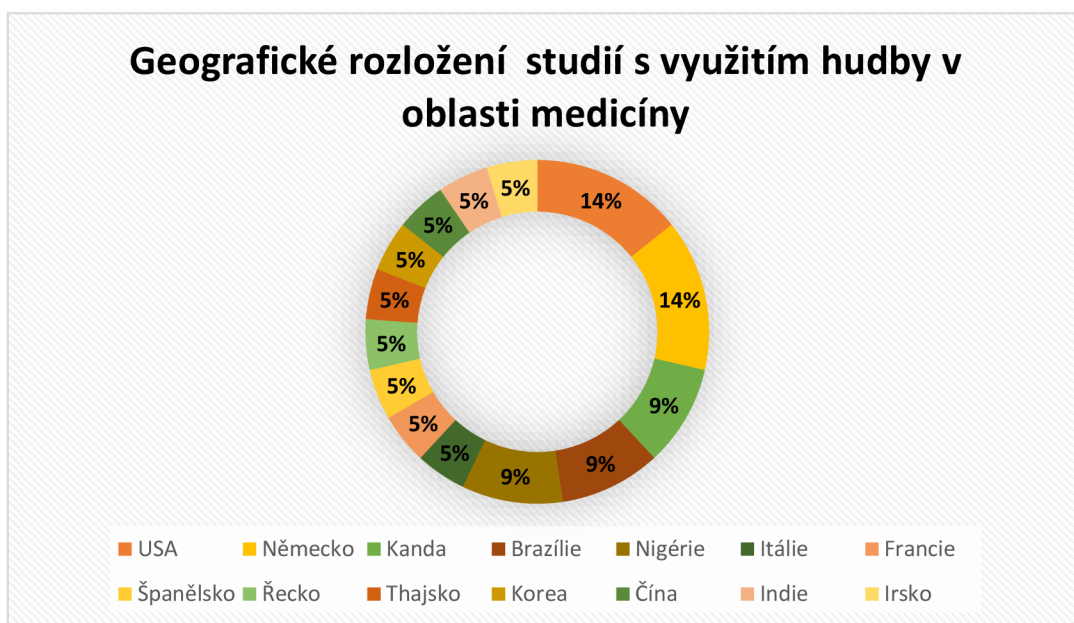
Kontext

Relevantní studie byly publikovány v letech 1997 až 2023. Nejstarší z nich je studie Cruise a kol. (1997). Dalšími studii, které se objevily v rámci relevantních studií byly: Allen a kol. (2001); Eschstuth (2004); Fiorelli a kol. (2006); Camara a kol. (2008); Bertelmann (2009); Marques a kol. (2009); Salvatore a kol. (2011); Shue a kol. (2011); Chen a kol. (2012); Bertelmann a Stempel (2015); Merakou a kol. (2015); Wiwatwongwana a kol. (2016); Choi a kol. (2017); Kyrillos a Caissie (2017); Quigley a kol. (2019). Zároveň zde byly zaznamenány 5 nejnovějších studií za posledních 5 let: Chan a kol. (2020); Guerrier a kol. (2021); Muddana a kol. (2021); Aribaba a kol. (2023) a Ezepue a kol. (2023). V rámci relevantnosti bylo zařazeno také jedno systematické review (Dahshan a kol., 2021), které ovšem obsahuje studie, jež jsou zahrnuty samostatně v našem šetření jako relevantní (Choi a kol., 2018 – duplicita pro studii Choi a kol., 2017; Muddana a kol., 2021; Wiwatwongwana a kol., 2016). Počet studií podle roku vydání uvádí Graf 9.



Graf 11 - Počet studií publikovaných v oblasti MM podle roku vydání.

Jak uvádí Graf 10, nejvíce studií bylo z Německa (n=3) a z USA (n=3). Dvě studie pocházely z Kanady, dvě z Brazílie a dvě z Nigérie. Po jedné studii pak byly zařazeny studie z Itálie, Španělska, Řecka, Thajska, Koreji, Irska, Číny, Indie a Francie.



Graf 12 - Geografické rozložení studií s využitím hudby v oblasti medicíny.

Převážná většina studií měla charakter kvantitativního designu (n=19). Jednalo se o randomizované kontrolované studie (Allena a kol., 2001; Bertelmann, 2009; Bertelmann & Stempel, 2015; Cruise a kol., 1997; Eschstruth, 2004; Ezepue a kol., 2023; Guerrier a kol., 2021; Chan a kol., 2020; Choi a kol., 2017; Kyrillos a Caissie, 2017; Marques, 2009; Merakou a kol., 2015; Muddana a kol., 2021; Quigley a kol., 2019; Shue a kol., 2011; Wiwatwongwana a kol., 2016), srovnávací průřezová studie (Aribaba a kol., 2023) a kvazi-experimentální studie (Bertelmann, 2009; Fiorelli a kol., 2006).

Z hlediska kvalitativních studií (n=2) to pak byla retrospektivní série případů (Camara a kol., 2008), případová studie (Salvatore a kol., 2011). Zastoupeno bylo i jedno systematické review (Dahshan a kol., 2021). Přesnější rozložení zmíněných charakteristik nabízí Tabulka 9.

Tabulka 9 - Přehled získaných studií v oblasti MM.

Autor, rok publikace	Země	Design studie	Instituce
Cruise, Ch. J. a kol. (1997)	Kanada	Randomizovaná kontrolovaná studie, 1.c	The Ambulatory Surgery Unit at the Toronto Western Division of the Toronto Hospital
Allen, K. a kol. (2001)	USA	Randomizovaná kontrolovaná studie, 1.c	A University medical centre in Buffalo, New York, USA
Eschstruth, P. (2004)	Německo	Randomizovaná kontrolovaná studie, 1.c	Universitäts-Augenklinik Marburg
Fiorelli, M. B. a kol. (2006)	Brazílie	Kvazi-experimentální studie, 2.c	Department of Ophthalmology and School of Medical Sciences, Saõ Paulo, Brazil
Camara, J. G. a kol. (2008)	Havaj	Retrospektivní série případů, 4.c	St. Francis Medical Center

Bertelmann, T. (2009)	Německo	Kvazi-experimentální studie, 2.c	Poliklinik des medizinischen Zentrums für Augenheilkunde
Marques, J. C. a kol. (2009)	Brazílie	Randomizovaná kontrolovaná studie, 1.c	Department of Ophthalmology and School of Medical Sciences, São Paulo, Brazil
Salvatore, S. a kol. (2011)	Itálie	Případová studie, 4.d	Department of Ophthalmology, University La Sapienza, Polo Pontino, Alfredo Florini Hospital, Terracina, Italy
Shue, B. a kol. (2011)	Španělsko	Prospektivní randomizovaná kontrolovaná studie, 1.c	The Willis Eye Institute Glaucoma Service and the Hospital Universitario de La Ribera, Alzira, Spain
Chen, X. a kol. (2012)	USA	Randomizovaná kontrolovaná studie, 1.c	- Department of Ophthalmology and Visual Science, Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut. - Department of Ophthalmology, University of Arizona College of Medicine, Tucson, Arizona.
Bertelmann, T., & Stempel, I. (2015)	Německo	RCT studie se dvěma rameny, 1.c	Department of Ophthalmology, Philipps-University Marburg
Merakou, K. a kol. (2015)	Řecko	Randomizovaná kontrolovaná studie, 1.c	Oftalmologická klinika v nemocnici v Livadia (Řecko)

Wiwatwongwana, D. a kol. (2016)	Thajsko	Prospektivní randomizovaná kontrolovaná studie, 1.c	The Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Thailand
Choi, S. a kol. (2017)	Korea	Randomizovaná kontrolovaná studie se zkříženým designem, 1.c	- Da Vinci College of General Education, Chung-Ang University, Seoul, Republic of Korea - Department of Applied Statistics, Chung-Ang University, Seoul, Republic of Korea - Department of Ophthalmology, Misericordia Health Centre, Winnipeg, Canada - School of Korean Music, Chung-Ang University, Anseong, Republic of Korea - Saevit Eye Hospital, Goyang, Republic of Korea
Kyrillos, R., & Caissie, M. (2017)	Kanada	Prospektivní randomizovaná kontrolovaná studie, 1.c	The Centre Hospitalier Universitaire de Québec
Quigley, C. a kol. (2019)	Irsko	Prospektivní randomizovaná kontrolovaná studie, 1.c	Dept. of Ophthalmology, Galway University Hospital, Galway, Ireland
Chan, J. Ch. a kol. (2020)	Čína	Dvouramená randomizovaná	Grantham Hospital, Hong Kong

		kontrolovaná studie s paralelním designem, 1.c	
Guerrier, G. a kol. (2021)	Francie	Randomizovaná, kontrolovaná klinická studie s jednou maskou, 1.c	Center at Cochin Hospital in Paris, France
Muddana, S. K. a kol. (2021)	Indie	Prospektivní randomizovaná studie s jednou maskou, 1.c	Aravind Eye Care System, Pondicherry
Aribaba, O. T. a kol. (2023)	Nigérie	Srovnávací průřezová studie, 4.b	Department of Ophthalmology, Guinness Eye Center, Lagos University Teaching Hospital, Lagos, Nigeria.
Ezepue, Ch. O. a kol. (2023)	Nigérie	Randomizovaná intervenční studie (RCT), 1.c	The University of Nigeria Teaching Hospital, Ituku Ozalla

Účastníci

V rámci této oblasti (Graf 11) se získané studie nejčastěji věnovaly skupině pacientů s diagnózou katarakty (n=9) a glaukomu (n=5). Jedna studie (n=1) pak zahrnovala pacienty s diabetickou retinopatií. Další studie se věnovaly pacientům s blíže nespecifikovanými očními vadami a obtížemi, kdy se však jednalo o pacienty podstupující oční operaci nebo jiný oftalmologický zákrok (n=6). Jako další komorbidity se u některých pacientů objevovaly např. hypercholesterolemie, srdeční arytmie, Raynaudův syndrom, chronická bronchitida, poruchy koronárního oběhu, hypertenze a další.



Graf 13 - Druh a stupeň zrakového postižení podle počtu studií v oblasti MM.

Průměrný věk účastníků byl 59 let. Všechny studie zahrnovaly dospělé pacienty, nejčastěji starší 50 let. Studie zahrnovaly jak ženské pacienty, tak i mužské pacienty.

Přesnější rozložení daných charakteristik nabízí Tabulka 10.

Tabulka 10 - Charakteristiky účastníků v oblasti MM.

Autor, rok publikace	Diagnóza	Věk	F	M	Celkem
Cruise a kol. (1997)	Katarakta	ø 68,3 a 73,6 let	77	44	121
Allen a kol. (2001)	Katarakta	51 až 88 let	30	10	40
Eschstruth (2004)	Primární glaukomu s otevřeným úhlem	41 až 79 let	11	10	21
Fiorelli a kol. (2006)	-----	ø 22,6 let (TS) ø 22,9 let (KS)	15 KS + TS	15 KS + TS	60
Camara a kol. (2008)	-----	ø 65 let (KS) ø 64 let (TS)	56 (KS) 81 (TS)	32 (KS) 34 (TS)	88 (KS) 115 (TS)

Bertelmann (2009)	Glaukom	-----	-----	-----	26 (TS) 15 (KS)
Marques a kol. (2009)		ø 58,7 let (TS) ø 61,5 let (KS)	8 (TS) 7 (KS)	17 (TS) 20 (KS)	25 (TS) 27 (KS)
Salvatore a kol. (2011)	Glaukomu s otevřeným úhlem u obou očí a zvrásněním makuly na pravém oku	74 let	-----	1	1
Shue a kol. (2011)	Glaukom	40 až 80 let	27 (KS) 14 (I.TS) 30 (II.TS)	9 (KS) 15 (I.TS) 10 (II.TS)	36 (KS) 29 (I.TS) 40 (II.TS)
Chen a kol. (2012)	„intravitreální injekce“	ø 73 let			37 (TS) 36 (KS)
Merakou a kol. (2015)	Katarakta	53 až 89 let	90	110	200
Bertelmann a Stempel (2015)	Primární glaukomu s otevřeným úhlem	ø 55,8 let	27	14	41 pacientů (81 očí)
Wiwatwongwana a kol. (2016)	Katarakta	----	----	----	141
Choi a kol. (2017)	Bilaterální katarakta	50 až 80 let	33	19	52
Kyriillos a Caissie (2017)	-----	20 až 65 let	Ano	ano	26
Quigley a kol. (2019)	Diabetická retinopatie	ø 51 let	12	15	54 očí (27

					účastník ů
Chan a kol. (2020)	„intravitreální injekce“		16 (TS) 19 (KS)	23 (TS) 18 (KS)	76
Muddana a kol. (2021)	Katarakta	45 až 70 let			330
Guerrier a kol. (2021)	Katarakta	ø 68,9	176	134	310
Aribaba a kol.	Katarakta	46 let a více	Ano	Ano	144
Ezepue a kol. (2023)	Katarakta	50 let a více			98

Charakteristika intervencí s využitím hudby v oblasti medicíny

V rámci našeho šetření vyvstalo několik oblastí, kterých se výzkumy jednotlivých studií dotýkaly. Jednalo se jak o použité metody, tak také specifické účinky intervence s využitím hudebního umění:

- Relaxační a meditační hudba (n=7), včetně relaxační sugesce – uklidňující sugesce opakující se v pravidelných intervalech jedné až dvou minut a bílého šumu.
- Klasická hudba (n=3).
- Zvuky přírody (n=2).
- Živá klasická klavírní hudba (n=1).
- Další různorodé hudební nahrávky (n=2).
- Lidová hudba / Tradiční korejská hudba (n=1).
- Mozartova sonáta D dur pro dva klavíry K.488. (n=5).
- Binaurikulární vibrace – spojené s relaxačními a vizualizačními cvičeními (n=2).
- Binaurální rytmy (n=1).
- Dechová cvičení (n=1).
- Akustický biofeedback (n=1).
- Webová aplikace Music Care (n=1).

Výsledky intervence:

V procesu kategorizace byly terapeutické výsledky související s MM rozříděny do následujících tematických kategorií:

Hudební intervence jako součást operací katarakty

(*Cruise a kol., 1997; Allen a kol., 2001; Camara a kol., 2008; Merakou a kol., 2015; Choi a kol., 2017; Wiwatwongwana a kol., 2016; Muddana a kol., 2021; Aribaba a kol. 2023; Ezepue a kol., 2023*)

Většina těchto studií cílila na možnost snížení úzkosti a stresu spojených s operací katarakty za pomoci hudby. Zde je několik nejčastějších oblastí, které se v rámci našeho šetření ve studiích opakovaly:

- **Snížení krevního tlaku a srdeční frekvence** – Několik studií uvádí, že hudba přehrávaná před, během i po operaci katarakty přispěla ke snížení krevního tlaku a srdeční frekvence daných pacientů (n=6).
- **Snížení stresu** – Některé studie poukazují na významné snížení vnímaného stresu u pacientů během operace katarakty za pomoci poslechu hudby (n=3).
- **Snížení úzkosti a zvýšení spokojenosti** – Studie se zaměřovaly na potenciál hudby snížit úzkost spojenou s operací katarakty. Hudební intervence byla také spojena se zvýšenou spokojeností a uvolněním pacientů. Toto spojení bylo pozorováno ve studiích Muddana a kol., 2021 a Cruise a kol., 1997 (zde však nebylo prokázáno snížení úzkosti). Bylo také zaznamenáno omezení počtu léků podávaných ke snížení úzkosti nebo hypertenzi během zákroku, např. ve studii Guerrier a kol., 2021. (n=5).
- **Snížení úrovně vnímané bolesti** – Poslech hudby během operace katarakty může u pacientů přispět ke snížení úrovně vnímané bolesti. Choi a kol. (2017) zjistili, že pacienti, kteří poslouchali hudbu, měli signifikantně nižší průměrné skóre bolesti než ti, kteří hudbu neposlouchali.

Hudební intervence jako součást operací glaukomu

(*Eschstuth, 2004; Bertelmann, 2009; Bertelmann a kol., 2015*)

Většina těchto studií cílila na možnost snížení nitroočního tlaku a stresu v rámci operací glaukomu za prostřednictvím poslechu hudby. Zde je několik nejčastějších oblastí, které se v rámci našeho šetření ve studiích opakovaly:

- **Snížení nitroočního tlaku** – Poslech hudby během operace glaukomu může přispět ke snížení nitroočního tlaku (n=3).
- **Snížení stresu a zlepšení celkové duševní pohody** – Studie poukazují na zlepšení aktuální duševní pohody a snížení stresu u pacientů podstupujících operaci glaukomu (n=2).

Hudební intervence jako součást aplikace intravitreální injekce

(Chen a kol., 2012; Chan a kol., 2020)

Většina těchto studií cílila na snižování úzkosti spojené s aplikací intravitreálních injekcí:

- **Snižování úzkosti spojené s aplikací intravitreální injekce** – Z výsledků relevantních studií vyplývá, že hudební intervence zajištěna při aplikaci intravitreálních injekcí vedla k významnému poklesu úzkosti u sledovaných pacientů (n=2).

Hudební intervence s expozicí Mozartovy sonáty D dur pro dva klavíry K.488.

(Fiorelli a kol., 2006; Marques a kol., 2009; Salvatore a kol., 2011; Shue a kol., 2011; Kyrillos a kol., 2017)

Výběr relevantních studií zahrnoval řadu výzkumů, které v rámci hudební intervence využívaly Mozartovu hudbu pro snížení stresu nebo navození relaxačních účinků. Zde je několik nejčastějších oblastí, které se v rámci našeho šetření ve studiích opakovaly:

- **Zlepšení výkonu automatizované perimetrie** – Studie provedená Fiorelli a kol. (2006) identifikovala tři klíčové ukazatele spolehlivosti při automatizované perimetrii: míru ztráty fixace, falešně pozitivní chyby a falešně negativní chyby. Zjištění ukázala, že terapeutická skupina vykázala významně menší míru ztráty fixace a méně falešně pozitivních a negativních chyb ve srovnání s kontrolní skupinou. Autoři také diskutují o "Mozartově efektu", který je krátkodobý a trvá přibližně 10 minut, a který zlepšuje prostorově časové uvažování spojené s trionovým modelem mozkové kůry (poslech Mozartovy sonáty slouží k primárnímu nastavení těchto nervových drah pro následné provedení prostorového uvažování) (n=1).
- **Zvýšení pozornosti** – Poslech Mozartovy sonáty může zvýšit pozornost, což vede k rychlejším testům a zlepšení spolehlivosti (n=1).

- **Zraková rehabilitace** – Mozartova sonáta může ovlivnit průběh a výsledky zrakové rehabilitace. Studie od Salvatore a kol. (2011) zkoumala účinky Mozartovy hudby na zrakovou rehabilitaci. Ačkoli nedošlo ke zlepšení celkové citlivosti sítnice, kromě mírného zlepšení v oblasti vybrané preferované sítnice pro trénink, zlepšení stability fixace pravého oka pacienta s makulární puklinou se ukázalo jako užitečné při obnově zraku pacienta (n=1).
- **Vliv Mozartovy hudby na chirurgické dovednosti** – Kyrillos a kol. (2017) zkoumali účinek poslechu Mozartovy hudby během chirurgického zákroku na dovednosti při simulované nitrooční chirurgii u pacientů s kataraktou. Většina analyzovaných parametrů naznačila trend ke zlepšení s použitím hudby (n=1).

Shrnutí

Hudba jako součást terapeutické intervence v oblasti medicíny byla využívána především pro operace katarakty, operace glaukomu, aplikace intravitreální injekce nebo dalších oftalmologických zákroků. Studie, které jsou v našem výzkumu zařazeny, jako relevantní byly publikovány mezi lety 1997 až 2023. Nejvíce jich bylo publikováno v USA a v Německu. Pacienty byli jak muži, tak ženy s průměrným věkem 59 let.

Sledované adaptace souvisely především s výběrem vhodné hudby s ohledem na daný věk pacienta a jeho kulturní zázemí. Podstatným aspektem byla možnost korigovat intenzitu zvuku samotnými pacienty tak, aby se cítili co nejlépe a zároveň nedocházelo k narušení komunikace s chirurgem.

Ve studiích byly použity následující metody: relaxační a meditační hudba, relaxační sugesce, bílý šum, dechová cvičení, klasická hudba, Mozartova sonáta D dur pro dva klavíry K.488, zvuky přírody, lidová hudba, binaurikulární vibrace a rytmy, akustický biofeedback a webová aplikace Music Care.

Ve většině případů hodnocené studie vyzdvihují užití hudby v oblasti medicíny u osob se zrakovým postižením. U pacientů podstupujících operaci katarakty byly sledovány parametry úrovně stresu a úzkosti sledovaných jedinců. V mnoha případech byl prokázán účinek relaxační hudby na snížení krevního tlaku a tím i úzkosti a stresu u pacientů podstupujících operaci katarakty. Některé studie pak doplňují využití relaxační hudby pro snížení vnímané bolesti nebo možnost eliminace sedativních léků. Obdobných výsledků dosahovaly studie využívající relaxační hudbu při operaci glaukomu. Nejenom, že byla u pacientů prokazatelně snížena míra stresu, ale následně také nitrooční tlak. Využití klasické a relaxační hudby se také ukázalo jako účelné u pacientů podstupujících aplikaci

intravitreálních injekcí. Obdobných výsledků dosahovaly studie s využitím Mozartovy sonáty D dur pro dva klavíry K.488. V některých studiích také pacienti uvedli, že by opět preferovali relaxační hudbu, pokud by operaci měli podstoupit znovu. Sledována byla také spokojenost chirurgů, kteří pracovali s aplikací zmíněných intervencí. Konkrétně studie Cruise a kol. (1997) popisuje pohled ze strany lékařů. Chirurgové vyjádřili větší spokojenost s pacienty, kteří poslouchali relaxační hudbu během operace než s těmi, kteří poslouchali relaxační sugesce, bílý šum nebo jiný hluk z operačního sálu.

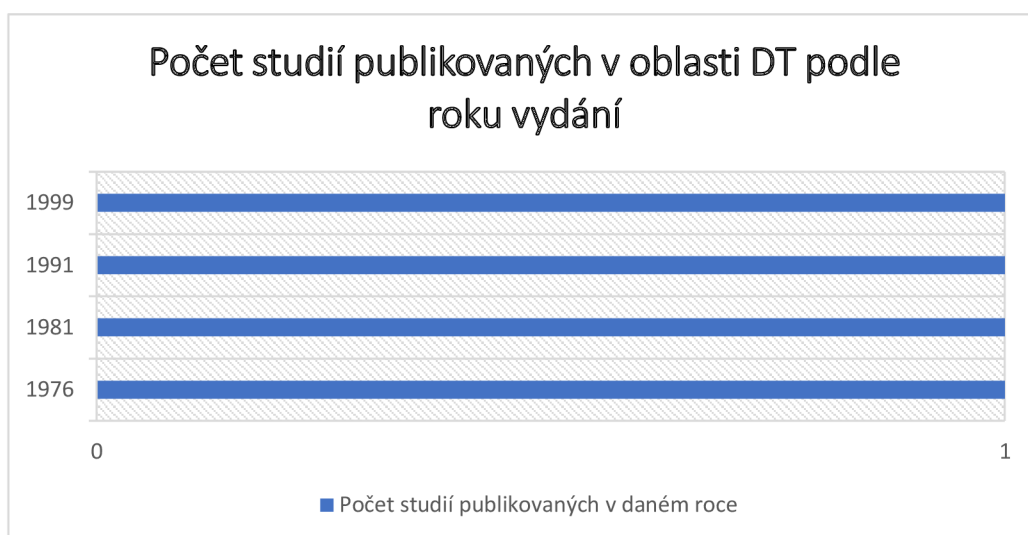
Výsledky studií tak popisují možnosti hudební intervence v oblasti medicíny, které vedou k celkovému zlepšení komfortu pacientů během očních zákroků. Snižují úzkost, stres a vnímanou bolest. Zlepšují psychickou pohodu a regeneraci. Mozartova sonáta D dur pro dva klavíry K.488. může mít specifické účinky na zrakové funkce. Muzikoterapie se ukazuje jako efektivní doplněk k léčbě očních chorob. Může přispět k rychlejšímu zotavení a zlepšení kvality života pacientů.

6.2.3 Studie s využitím dramatu

Studie implementující dramatické umění do terapeutických intervencí (dále DT) u osob se zrakovým postižením měly v našem šetření malé zastoupení v podobě čtyř studií. Přehled všech získaných studií uvádí Tabulka 11. Podrobnější data pak přináší tabulka, která je uvedena na závěr jako Příloha 3d.

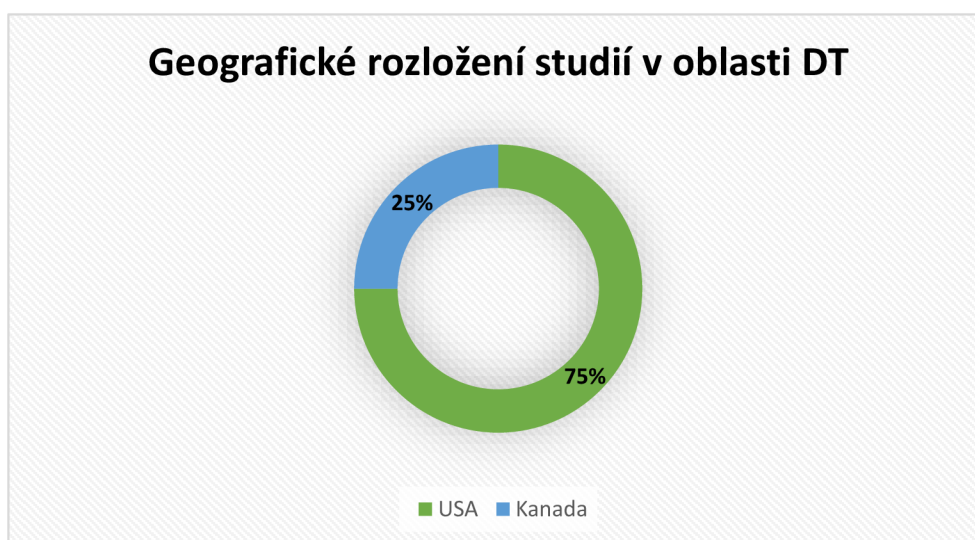
Kontext

Relevantní studie byly publikovány v letech 1976 až 1999. Veškeré relevantní studie, které mohly být do našeho šetření použity, byly tak publikovány v minulém století (Aach, 1976; Altman, 1981; Bieber-Schut, 1991; Gronna, 1999).



Graf 14 - Počet studií publikovaných v oblasti DT podle roku vydání.

Tři studie pocházely z USA (n=3), jedna studie byla z Kanady (n=1).



Graf 15 – Geografické rozložení studií v oblasti DT.

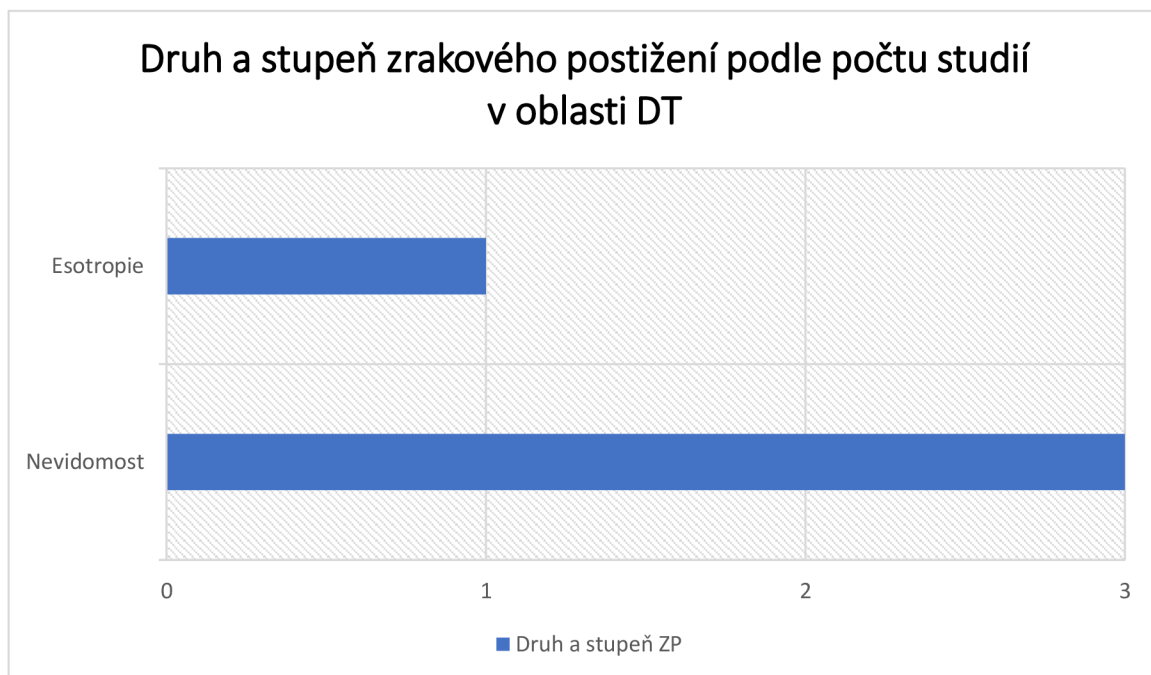
V rámci použitého designu byly nalezeny kvalitativní studie (n=3), a to případové studie (Aach, 1976; Altman, 1981; Gronna, 1999). Jedna studie (n=1) byla kvalitativní s charakterem kvazi-experimentální studie (Bieber-Schut, 1991).

Tabulka 11 – Přehled získaných studií v oblasti DT.

Autor, rok publikace	Země	Design studie	Instituce
Aach, S. (1976)	USA	Ilustrativní případová studie, N/A	Western Pennsylvania School for Blind Children
Altman, K. P. (1981)	USA	Ilustrativní případová studie, N/A	Saint Elizabeths Hospital in Washington, D.C
Gronna, S. S. a kol. (1999)	USA	Případová studie, 4.d	Community care center in Hawaii
Bieber-Schut, R. (1991)	Kanada	Kvazi-experimentální studie, 2.d	University of Calgary, department of Rehabilitation Studie

Účastníci

Převážná většina respondentů se potýkala s psychickými či psychiatrickými problémy, byly označeny za sociálně izolované, měly obtíže v navazování kontaktů a komunikaci. Z hlediska zrakového postižení se u třech studií jednalo o pacienty na úrovni nevidomosti. V jedné studii byla pacientka s diagnózou esotropie.



Graf 16 - Druh a stupeň zrakového postižení podle počtu studií v oblasti DT.

Věkové rozhraní účastníků se pohybovalo od 30 měsíců do 75 let. Ve studiích byly zastoupeny jak muži, tak ženy.

Tabulka 12 - Charakteristiky účastníků v oblasti DT.

Autor, rok publikace	Druh a stupeň ZP	Věk	F	M
Aach, S. (1976)	Nevidomost	10 let	----	1
Bieber-Schut, R. (1991)	Nevidomost + zachovalý světlocit	13 až 18 let	6	6
Altman, K. P (1981)	Nevidomost	48 až 75 let	2	4
Gronna, S. S. a kol. (1999)	Esotropie	30 měsíců	1	----

Charakteristika intervencí s využitím dramatického umění

V rámci našeho šetření vyvstalo několik oblastí, kterých se výzkumy jednotlivých studií dotýkaly. Jednalo se jak o použité metody, tak také specifické účinky intervence s využitím dramatického umění:

Dramaterapeutické intervenční techniky:

- Hraní a vyprávění příběhů (n=3).
- Role Playing (hraní rolí) (n=3).
- Práce se zvukem, hudební aktivity s hudebními nástroji i bez (n=1).
- Relaxační cvičení (n=1).
- Solilokvium (n=1).
- Zrcadlení (n=1).
- Role reversal (n=1).
- Hra s loutkami (n=1).
- Volná hra (n=1).
- Modifikované scénáře a dramatické hry zaměřené na řešení problémů (n=2).

Formy intervence s využitím dramatu:

- **Nedirektivní terapie hrou** – Přístup podobný Axlineově terapii hrou, kde děti mají možnost volby a terapeut je podporuje v jejich přirozeném směřování (n=1).
- **Psychodrama** (n=1).

V procesu kategorizace byly terapeutické výsledky související s DT rozříděny do následujících tematických kategorií:

- **Rozvoj psychických sil a podpora duševního zdraví** – Studie poukázaly na pozitivní význam dramatu v oblasti duševního zdraví u jedinců se zrakovým postižením. Realizované intervence byly efektivní při práci se stresem a s jeho zvládnutím. Celkově napomohly v oblasti identifikace a regulace emocí spojených se ztrátou zraku (n=3).
- **Rozvoj fyzických sil a podpora tělesného zdraví** – Jedna ze studií popisuje vliv na získání povědomí o vlastním těle a s tím i o prostoru, ve kterém se osoby se ZP nacházejí a pohybují (n=1).
- **Regulace chování** – Vybraná studie popisuje vliv na regulaci nežádoucích projevů v chování (n=1).

- **Rozvoj sociálních a komunikačních dovedností** – Intervence s využitím dramatu v daných studiích nabízejí možnost, jak získat povědomí o skupině a skupinové dynamice, zvyšují interakci v rámci skupiny i mimo ni. Napomáhají udržovat skupinovou soudržnost. Studie se také zaměřovaly na výuku pozdravů, reakcí na konverzaci, iniciaci konverzace a celkové osvojování si sociálních a komunikačních dovedností (n=3).
- **Rozvoj estetiky, tvořivosti a fantazie** – Improvizační techniky umožnily rozvoj fantazie u osob se ZP (n=1).
- **Porozumění sobě samému prostřednictvím práce se symboly a fantazie** – Účastníci daných studií používali symbolické příběhy a fantazii k projevení svých pocitů a zpracování ztráty zraku (n=1).
- **Identifikace vlastního „já“ (vyrovnávání se a přijetí aktuálního zdravotního stavu)** – Drama napomohlo účastníkům zpracovat svůj aktuální zdravotní stav a vyrovnat se tak se ztrátou zraku (n=2).
- **Generalizace dovedností** – Bylo zjištěno, že dítě se zrakovým postižením bylo schopno generalizovat naučené sociální dovednosti do volné hry s vrstevníky (n=1).

Shrnutí

Výsledky zahrnutých studií popisují několik způsobů využití dramatického umění v rámci dramaterapie a psychodramatu, jako terapeutického prostředku u osob se zrakovým postižením. Naše šetření ukázalo, že existuje několik oblastí, kterých se tyto studie dotýkají a popisují tak jejich význam v oblasti rehabilitace cílové skupiny. Ve vztahu ke stanoveným otázkám scoping review je pak možné identifikovat, že DT by mohla mít u daných jedinců potenciál v léčbě a rehabilitaci, ovšem počet relevantních studií byl velmi nízký. Na základě získaných dat tak nemůžeme potvrdit, že je dramaterapie účinným a platným nástrojem pro rozvoj osob se ZP, i když výsledky poukazují na její pozitivní dopady v řadě oblastí. Výzkumy zahrnuté v naší studii se sledovanou problematikou zabývaly od roku 1976 až 1999. Novější studie, které by se zdály relevantní a splňovaly klíčová kritéria pro náš výzkum, nebyly doposud publikovány. Především se jedná o studie publikované v USA a Kanadě. Možnosti využití dramatu v terapii byly implementovány jak u dětí, tak i dospělých se zrakovým postižením, často na úrovni nevidomosti.

Z hlediska existujících adaptací DT se jako podstatná jevila možnost se projevit, mluvit o svých problémech, ale hlavně mít k tomu příležitost. Jednou z takových možností by byla

volba pre-talku, tedy rozhovor s klienty před samotným začátkem sezení a seznámení se vším, co může v průběhu intervence nastat a také rozhovoru či shrnutí na závěr intervence. Při práci s určitými pomůckami hrála roli také jejich úprava a přizpůsobení potřebám klientů. Např. při práci s loutkami byly jednotlivé loutky upraveny tak, aby odpovídaly omezeným zrakovým možnostem dítěte. Byly barevné, velké, měly velké oči a byly vyrobeny z papíru nalepeného na pravítkách pro lepší úchop.

Studie popisovaly následující dramaterapeutické intervenční techniky: hraní příběhů, role playing (hraní rolí), relaxační cvičení, solilokvium, zrcadlení, role reversa, hra s loutkami, hudební aktivity – s nástroji i bez, volná hra.

Mezi využívané formy intervence s využitím dramatu patřily: nedirektivní terapie hrou a psychodrama.

Tyto techniky a prostředky pak napomáhaly v regulaci chování. Nabízely možnost, jak pracovat se stresem, jak identifikovat a regulovat vlastní emoce a obecně měly přínos v oblasti duševního zdraví. Jedna ze studií ukázala potenciál dramaterapeutických prostředků pro rozvoj povědomí o vlastním těle, o jeho poloze v prostoru a celkovém vnímání prostředí okolo nás. Práce se symboly umožnila nejenom pracovat se svými pocity, ale také nabídla prostor pro rozvoj fantazie, kreativity, estetická. Drama také pomáhalo jedincům v identifikaci vlastního „já“ a pochopení svého aktuálního stavu a vyrovnávání se se ztrátou zraku.

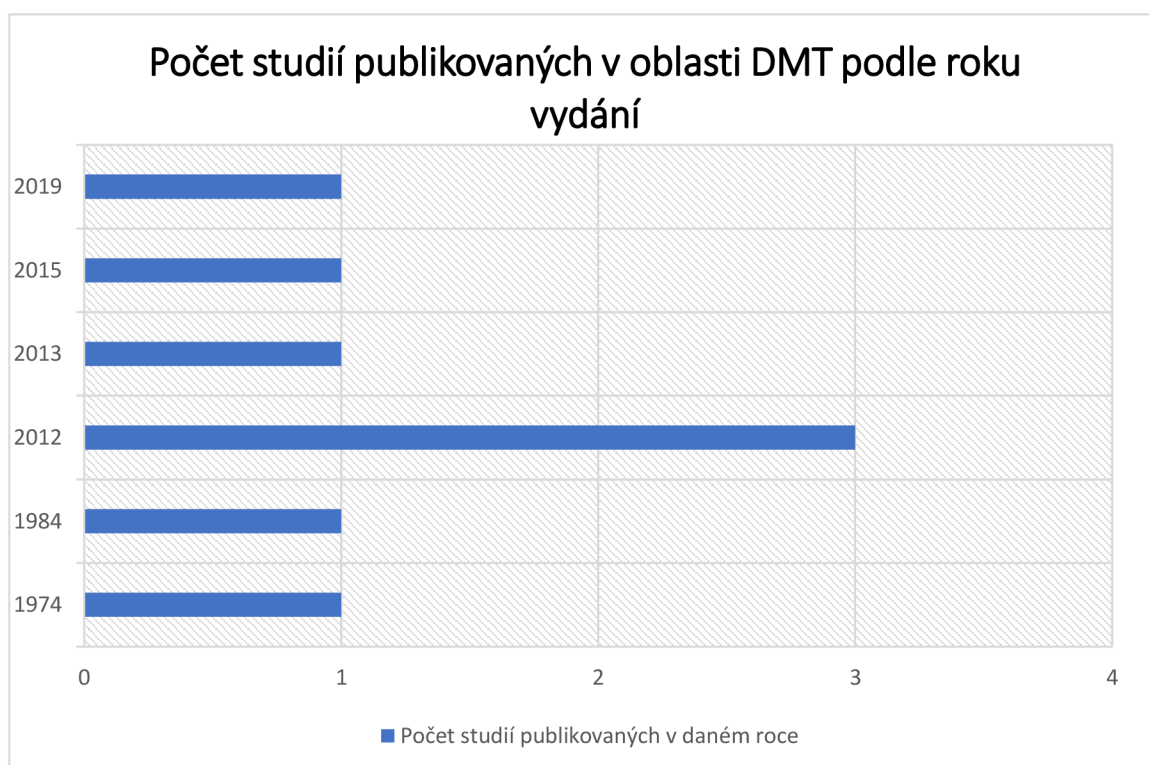
Intervence s využitím dramatu se zdají být výborným prostředkem jak pro děti, tak dospělé se zrakovým postižením. Studie především potvrdily jejich užití v případech, kdy mohou napomoci s rozvojem sociálních dovedností, sociální interakce a komunikace či přijetí sebe sama, s vyrovnáním se se ztrátou zraku, při regulaci emocí a chování či v rámci zvýšení úrovně sebehodnocení, zvýšení koncentrace nebo v případném rozvoji dovedností vedoucích k osamostatňování.

6.2.4 Studie s využitím pohybu a tance

Studie s využitím pohybu a tance v terapeutických intervencích (dále DMT) u osob se zrakovým postižením byly zastoupeny 8 relevantními studiemi. Ve všech případech se jednalo o tanečně pohybovou terapii, kdy konkrétněji čtyři studie popisovaly terapeutické účinky tanečních lekcí tanga (Témisjian a kol., 2012; Hackney a kol., 2012; Pinniger a kol., 2012; Hackney a kol., 2013). Součástí relevantních výsledků bylo také jedno scoping review (Ponceta a kol., 2019). Přehled všech získaných studií uvádí Tabulka 13. Podrobnější data pak přináší tabulka, která je uvedena na závěr jako Příloha 3e.

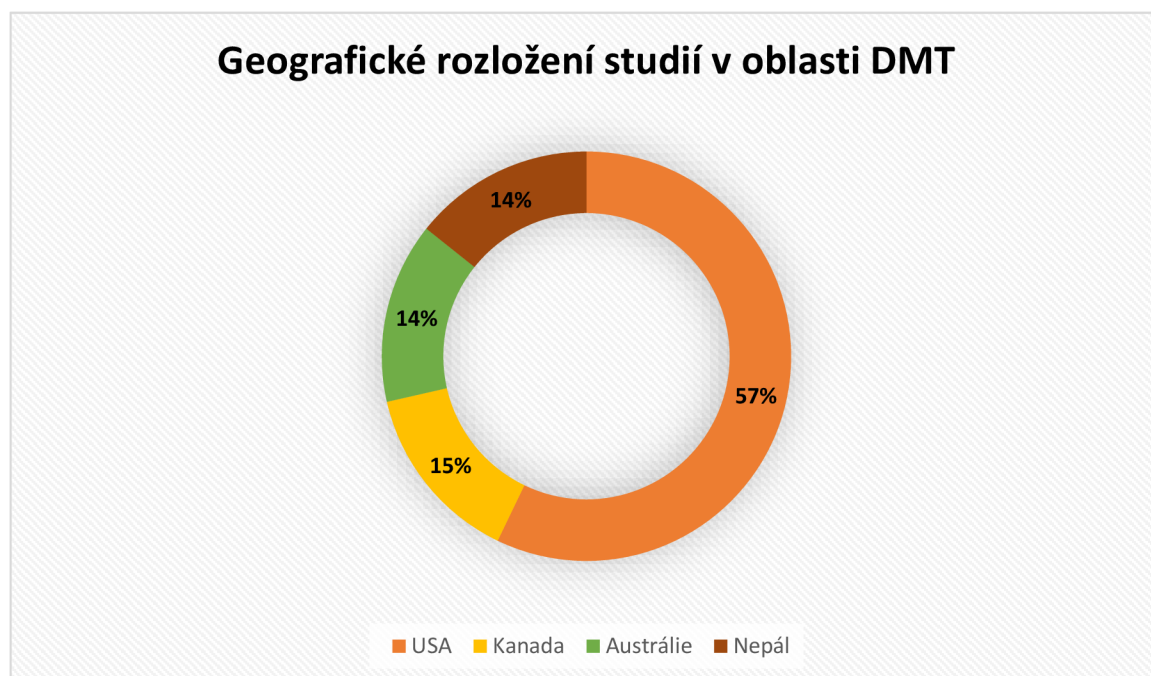
Kontext

Relevantní studie byly publikovány v letech 1974 až 2019. Dvě studie byly publikovány v minulém století (Weisbrod, 1974; Frost, 1984). Nejvíce studií bylo publikováno v roce 2012 (Témisjian a kol., 2012; Hackney a kol., 2012; Pinniger a kol., 2012). Poslední dvě studie pak byly publikovány v posledním desetiletí (Hackney a kol., 2013; Takahashi, 2015). Scoping review, ve kterém byla popsána a analyzována data ze dvanácti studií pak bylo publikováno v roce 2019 (Ponceta a kol., 2019).



Graf 17 - Počet studií publikovaných v oblasti DMT podle roku vydání.

Tři studie pocházely z Ameriky, jedna studie byla z Kanady, jedna z Austrálie a jedna z Nepálu. U jedné studie nebyla uvedena země původu, ovšem vzhledem k původu autorky (Weisbrod, 1974) se jedná pravděpodobně o studii publikovanou v Americe.



Graf 18 - Geografické rozložení studií v oblasti DMT.

Kvalitativní design (n=5) byl zastoupen především případovými studii (Frost, 1984; Hackney a kol., 2012; Takahashi, 2015; Weisbrod, 1974), zprávou s experimentálním designem – pre-test a post-test studie (Hackney a kol., 2013). Kvantitativní charakter (n=2) měla randomizovaná kontrolovaná studie proveditelnosti s předběžnými a následnými měřeními (Pinniger a kol., 2012) a kvazi-experimentální studie bez kontrolní skupiny (Témisjian a kol., 2012). Součástí bylo také jedno scoping review (Ponceta a kol., 2019).

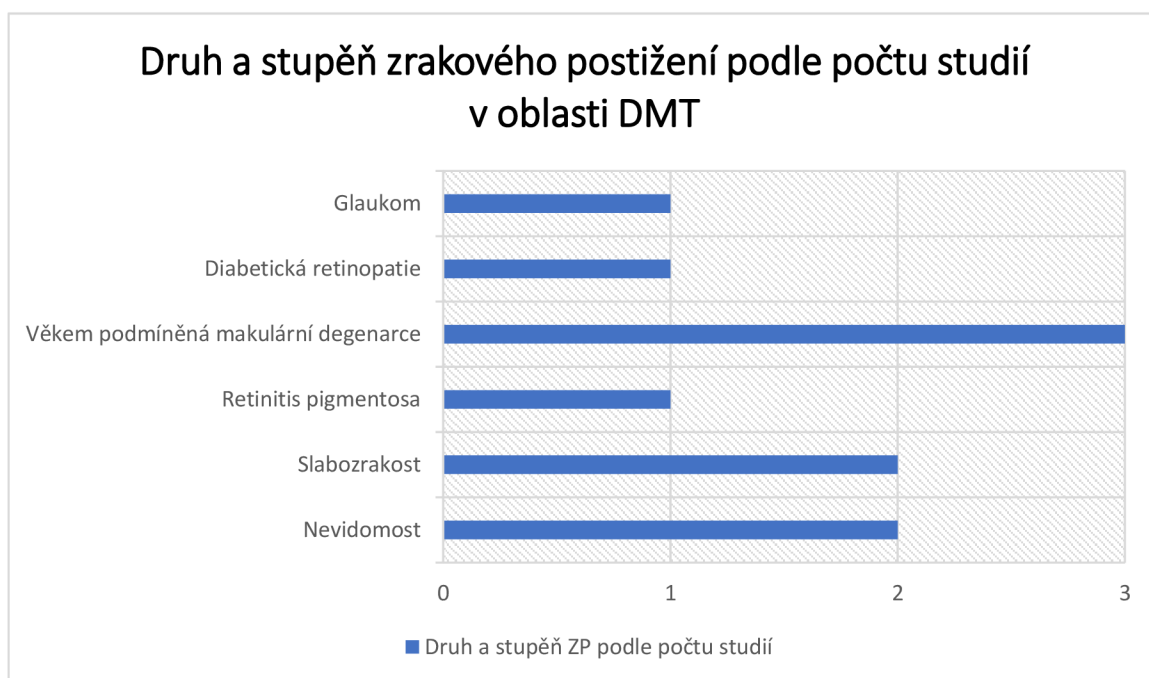
Tabulka 13 - Přehled získaných studií v oblasti DMT.

Autor, rok publikace	Země	Design studie	Instituce
Weisbrod, J. (1974)	USA	Série případů, 4.c	Perkins School for the Blind
Frost, M. C. S. (1984)	USA	Případová studie, 4.d	Nemocnice

Hackney, M. E. a kol. (2012)	USA	Případová studie, 4.d	Emory University
Pinniger, R. a kol. (2012)	Austrálie	Randomizovaná kontrolovaná studie proveditelnosti s pre-test a post-test měřením (RCT), 1.c	Dvě centra v Sydney: the Macular Degeneration Foundation a Vision Australia
Témisjian, K. a kol. (2012)	Kanada	Kvazi-experimentální studie bez kontrolní skupiny, 3.e	----
Hackney, M. E. a kol. (2013)	USA	Pre-test a Post-test studie, 2.d	The Atlanta VA Medical Center and a senior living facility
Takahashi, H. (2015)	Nepál	Série případů, 4.c	Namuna Machhindra Secondary School
Ponceta, F. a kol. (2019)	----	Scoping review	----

Účastníci

V oblasti terapií využívajících prvky pohybu a tance se získané studie (n=3) nejčastěji věnovaly skupině účastníků na úrovni nevidomosti a slabozrakosti (n=2). Tři studie pak popisovaly účastníky s věkem podmíněnou makulární degenerací, jedna studie zahrnovala účastníky s glaukomem a jedna s diabetickou retinopatií.



Graf 19 - Druh a stupeň zrakového postižení podle počtu studií v oblasti DMT.

Průměrný věk účastníků byl 38,44 let. Mezi další komorbidity a specifické obtíže patřily úzkosti, pocity smutku až deprese či obsedantně kompulzivní porucha. Další fyzické obtíže zahrnovaly artritidu, diabetes, hypertenzi nebo anémie.

Tabulka 14 - Charakteristiky účastníků v oblasti DMT.

Autor, rok publikace	Diagnóza	Věk	F	M
Weisbrod, J. (1974)	Zrakové postižení různého stupně, včetně nevidomosti	11 let	----	1
		10 let	1	----
		Dospívající	----	1
		Dětský věk	1	----
		40 let	1	----
Frost, M. C. S. (1984)	Retinitis pigmentosa – postupná ztráta zraku	56 let	----	1
Hackney, M. E. a kol. (2012)	Diabetická retinopatie, věkem podmíněná makulární degenerace	73 let	----	1

Pinniger, R. a kol. (2012)	Věkem podmíněná makulární degenerace	65 let a více	17	----
Témisjian, K. a kol. (2012)	Slabozrakost	65 let a více	----	----
Hackney, M. E. a kol. (2013)	Věkem podmíněná makulární degenrace 9x, glaukom 2x, Kombinace obou předchozích 2x	Starší dospělí	7	6
Takahashi, H. (2015)	Nevidomost, slabozrakost	6 až 20 let	14	10

Charakteristika intervencí s využitím pohybu a tance

V rámci našeho šetření vyvstalo několik oblastí, kterých se výzkumy jednotlivých studií dotýkaly. Jednalo se jak o použité metody, techniky, tak také specifické účinky intervence s využitím pohybu a tance:

- Práce s dechem (n=2).
- Standartní tanec (n=1) / Lekce tanga (n=4).
- Práce s prostorem – využití prostorových souvislostí - směrů, vzdáleností, dimenzí a úrovní (n=2).
- Smyslové uvědomění, smyslová stimulace (n=2).
- Práce s energií (n=3).
- Základy pohybu – síla, flexibilita, vytrvalost, jednostranný a oboustranný pohyb, rovnováha, lokomoce a rotace nohou (n=5).
- Využití skupinové dynamiky (n=1).
- Rytmus (n=3), z toho jedna studie obsahovala hru na tělo.
- Rozcvička (n=2).
- Relaxace (n=1).

V procesu kategorizace byly terapeutické výsledky související s DMT roztříděny do následujících tematických kategorií:

- **Identifikace vlastního „já“ (vyrovnávání se a přijetí aktuálního zdravotního stavu)** – Tanečně pohybová terapie je cenným nástrojem pro stimulaci vnitřních procesů. Napomáhá v procesu sebeuvědomění a sebepoznání,

zároveň umožňuje konfrontaci s vlastními obavami, strachy a otevírá prostor k jejich řešení. Zároveň může být prostředkem, jak lépe pochopit svůj zdravotní stav a přijmout či vyrovnat se se ztrátou zraku (n=5).

- **Rozvoj fyzických sil a podpora tělesného zdraví** – Intervence s využitím pohybu a tance umožnila účastníkům zvýšit jejich povědomí o svém pohybovém potenciálu, představě o těle, koordinaci, hrubé motorice, mobilitě, uvědomění si a vnímání vlastního těla. V téměř všech případech přinesla plné kinestetické potěšení z pohybu. Pohyb a tanec mohou vést k rozšíření pohybové reakce účastníků, zahrnující regulaci napětí a uvolnění, dechová cvičení a možnost lépe poznávat a užívat prostor kolem sebe (n=7).
- **Rozvoj psychických sil a podpora duševního zdraví** – Psychická dimenze byla součástí téměř všech studií. Bylo prokázáno, že DMT může napomoci ve snižování úzkostných stavů, depresivních nálad a dalších negativních faktorů ovlivňujících naši psychiku. Tanec a pohyb přinášel účastníkům radost, zlepšoval jim náladu, zvyšoval u nich spokojenost. Celkově zde byl patrný významný vztah mezi pohybem a psychikou. Zároveň např. Frost, M. C. S. (1984) ve své studii popisuje případ, kdy se v důsledku této intervence podařilo u jednoho z účastníků odstranit obsedantně kompulzivní poruchy (tento vztah zde není průkazný, ale podnětný) (n=7).
- **Multisenzorické působení – Rozvoj sluchu** (n=3), **Multismyslové zážitky kombinující pohyb s jinými smysly** (n=1).
- **Rozvoj prostorového vnímání** – Tanečně pohybová intervence umožnila účastníkům prozkoumat své silné stránky a omezení a poskytla jim možnost pohybovat se volněji ve vztahu ke svému postižení, otevřít se, nebát se pohybovat. Weisbrod (1974) a Frost (1984) popsují práci s prostorem jako metaforu pro rozšíření obzorů (nebýt uzavřený sám v sobě). (n=2).
- **Rozvoj kreativity** – Tanec a pohyb nabídli možnost ponořit se do kreativního vyjádření, učit se fungovat a přispívat do skupinových situací (n=1).
- **Rozvoj sociálních a komunikačních dovedností Skupinová dynamika, soudržnost, interakce ve skupině** – Tanečně-pohybová terapie nabízí možnost pracovat sám se sebou, ale také v malých i větších skupinách, kdy jednotlivec pracuje sám se sebou, ale také v partnerském vztahu (pokud to typ intervence

nabízel). Byla zde podněcována sociální interakce, navazování vztahů i skupinová dynamika (n=3).

- **Zkvalitnění vnímání pozitivních stránek každodenního života – Celková kvalita života** – Intervence měly vliv na náladu účastníků s pozitivním dopadem. Byla tak ovlivněna celková kvalita života daných jedinců také s ohledem na fakt, že řada z nich by v takovéto intervenci pokračovala s chutí dále. (n=4)

Shrnutí

V rámci našeho šetření bylo odhaleno několik stěžejních oblastí v rámci terapeutických intervencí využívajících pohyb a tanec jako terapeutického prostředku u osob se zrakovým postižením. Výzkumy zahrnuté v naší studii se danou problematikou se pohybovaly od roku 1974 až 2019. Především se jedná o studie publikované v USA a Kanadě. Možnosti využití dramatu v terapii byly implementovány jak u dětí, tak i dospělých se zrakovým postižením, často na úrovni nevidomosti.

Možné adaptace v rámci DMT zahrnovaly především úpravy v rámci intervencí. Lekce tanga tak byly doplněny o slovní popis, kontrastní oblečení lektorů a instruktorů, jasný a konzistentní rytmus, hmatovou podporu, více času na lekci apod.

Studie zahrnovaly následující metody: standartní tanec a lekce tanga, smyslovou stimulaci, rozvíčky, práci s rekvizitami a další možnosti. Intervence se zaměřovaly na rozvoj prostorového vnímání, práci s energií a dechem, skupinovou dynamiku, rozvoj komunikačních dovedností.

Výzkum poukázal na to, že intervence s využitím DMT, hrají významnou roli v procesu sebeuvědomění a sebepoznání, umožňují konfrontaci s osobními obavami a otevírají prostor pro řešení emocionálních a zdravotních výzev, včetně ztráty zraku. Pohyb a tanec pomohly zvýšit povědomí o pohybovém potenciálu účastníků, jejich koordinaci a uvědomění si vlastního těla. Také přinesly radost a potěšení z pohybu a umožnily rozšíření pohybové reakce, což zahrnovalo relaxaci, dechová cvičení a lepší vnímání prostoru kolem sebe. Takahashi (2015) ve své studii popisuje i další postupy: rozvíčka zaměřena na nalezení podpory dechu a procvičení sekvence Namaste, body-percussion, použití imaginace k podpoře pohybu, Freeze a Tempo dance, cooling down.

Intervence tak byly zaměřeny na rozvoj psychiky, posilování sluchového vnímání, podporu kreativity a skupinovou dynamiku. Tyto intervence nejen snižovaly úzkost a depresi, ale také podporovaly radost a spokojenost účastníků. Navíc umožnily lepší

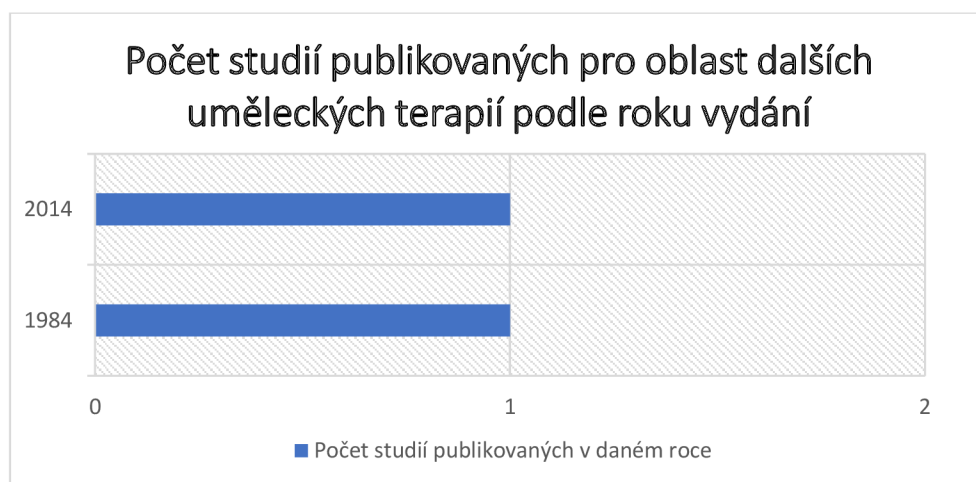
porozumění vztahu mezi pohybem, psychikou a prostředím, což mělo pozitivní dopad na celkový prožitek a kvalitu života účastníků.

6.2.5 Studie s využitím dalších uměleckých intervencí

Vzhledem k výše specifikovaným charakteristikám uměleckých terapií a expresivních (uměleckých) terapií byly v rámci našeho šetření zaznamenány také další studie, které pracovaly s intervencemi využívající především prvky biblioterapie, poetoterapie a expresivního psaní. Celkem zde byly zařazeny 2 relevantní studie. Přehled všech získaných studií uvádí Tabulka 15. Podrobnější data pak přináší tabulka, která je uvedena na závěr jako Příloha 3f.

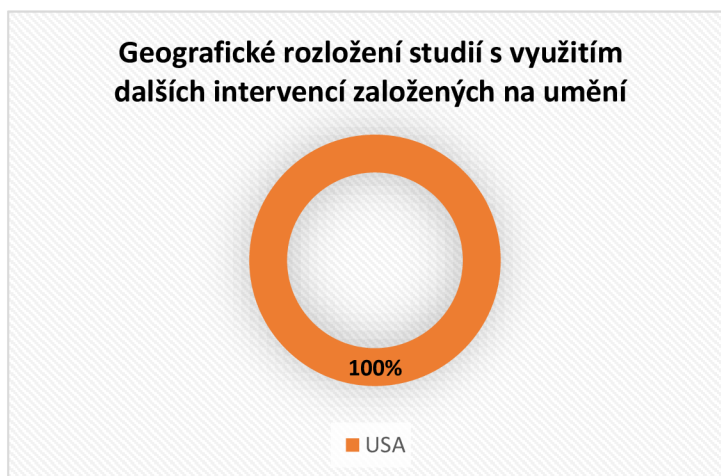
Kontext

Studie nebyly omezeny rokem ani místem publikace. Relevantní studie byly publikovány v letech 1984 (Roberts, 1984) a 2014 (Bryan a kol., 2014).



Graf 20 - Počet studií publikovaných pro oblast dalších intervencí založených na umění podle roku vydání.

Země původu obou studií je USA.



Graf 21 - Geografické rozložení studií s využitím dalších intervencí založených na umění.

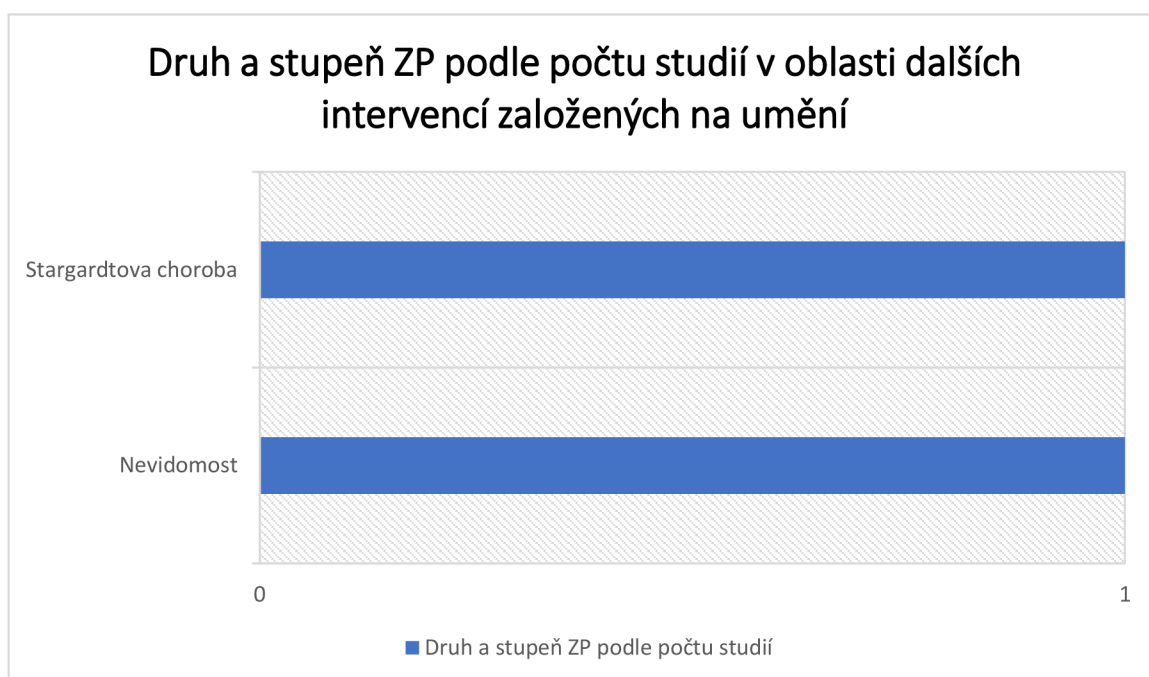
Co se týká designu studií, zaznamenána byla případová studie (Roberts, 1984) a RCT studie (Bryan a kol., 2014).

Tabulka 15 - Přehled získaných studií v oblasti dalších intervencí založených na umění.

Autor, rok publikace	Země	Design studie	Instituce
Roberts, A. (1984)	USA	Případová studie, 4.d	Bureau of Rehabilitation Services for the Blind, Illinois Department of Rehabilitation Services
Bryan, J.L a kol. (2014)	USA	RCT, 1.c	University of Houston

Účastníci

Jedna ze studií popisuje chlapce na úrovni nevidomosti. Druhá studie pak popisuje účastníky se Stargardtovou chorobou.



Graf 22 - Druh a stupeň ZP podle počtu studií v oblasti dalších intervencí založených na umění.

Roberts (1984) ve své studii popisuje osmnáctiletého nevidomého chlapce. Chlapec zcela oslepl v důsledku nešťastné střelby svého bratra. Byl nemluvný, apatický a měl občasné

problémy s autoritami. Ve studii autorů Bryan a kol. (2014) bylo popsáno osmdesát jedna respondentů ve věku od 20 do 71 let (ženy 68,8 %) se Stargardtovou chorobou.

Tabulka 16 - Charakteristiky účastníků v oblasti dalších intervencí založených na umění.

Autor, rok publikace	Diagnóza	věk	F	M
Roberts, A. (1984)	Nevidomost	18 let	----	1
Bryan, J. L. a kol. (2014)	Stargardtova choroba	20 až 71 let	56	25

Charakteristika intervencí s využitím dalších intervencí založených na umění

V rámci našeho šetření vyvstalo několik oblastí, kterých se výzkumy jednotlivých studií dotýkaly:

- **Četba knihy** (konkrétně biografie) (n=1).
- **Expresivní psaní** (n=1).

V procesu kategorizace byly terapeutické výsledky související s touto oblastí rozříděny do následujících tematických kategorií:

- **Výběr literatury** – Studie poukázala na důležitost výběru vhodné literatury pro biblioterapii, která by měla probíhat na základě určitých kritérií, např. osobní preference klienta, vzdělání a pracovní historie klienta, prognóza zrakového postižení klienta, možnost přizpůsobit výběr specifickým problémům klienta (např. izolace, popírání zdravotního stavu apod.), poradce by měl mít s knihou předchozí zkušenost, než ji klientovi doporučí (n=1).
- **Význam knih** – Studie popisuje skutečnost, že správná kniha ve správný čas může výrazně podpořit akceptaci zrakového postižení a poskytnout naději na konstruktivní život (n=1).
- **Rozvoj psychických sil a podpora duševního zdraví** – Studie popisuje možnosti, jak pracovat se svými emocemi na základě dobře vybraných příběhů. Otevírá se zde prostor pro schopnost mluvit o svých pocitech, otevřít své nitro nebo mít možnost řešit konkrétní situace, mít možnost se s nimi vypořádat nebo o nich mluvit. (Roberts, 1984) (n=2).

- **Vliv na psychické i fyzické zdraví** – Studie popisovala redukcí symptomatologie onemocnění, snížení depresivních, snížení vnímaného stresu a zvýšení duševního zdraví a celkové životní pohody (n=1).
- **Identifikace vlastního „já“ (vyrovnávání se a přijetí aktuálního zdravotního stavu)** – Studie popisovala pozitivní vliv aplikace expresivního psaní u jedinců se ZP, které jim umožnilo uvědomit si také výhody, jež s sebou ztráta zrakového vnímání může přinášet, např. ztráta zraku zintenzivnila využití dalších smyslů a dovedností, sblížení se se svými přáteli a blízkými. (Bryan a kol., 2014) (n=2)
- **Zkvalitnění vnímání pozitivních stránek každodenního života** – Na základě uvedených intervencí byla ovlivněna celková kvalita života (n=2).

Shrnutí

Biblioterapie a expresivní psaní se ve vztahu k otázkám scoping revíwe, ukázky jako terapeutické prostředky s pozitivním dopadem v léčbě a rehabilitaci osob se ZP. Ovšem počet relevantních studií byl velmi nízký. Na základě získaných dat, tak nemůžeme potvrdit, že jsou popisované intervence účinným a platným nástrojem pro rozvoj jedinců se ZP, i když výsledky poukazují na jejich pozitivní dopady v řadě oblastí. Výzkumy zahrnuté v naší studii se danou problematikou se pohybovaly od roku 1984 a 2014. Obě studie byly publikovány v USA. Možnosti využití těchto intervencí byly implementovány zejména u mladých dospělých a dospělých jedinců se ZP.

Studie zaměřené na intervence s využitím biblioterapie a expresivního psaní u jedinců se zrakovým postižením popisovaly několik důležitých aspektů: Volba vhodné literatury je klíčová a měla by zohledňovat individuální preference klienta, jeho vzdělání, prognózu zrakového postižení a specifické problémy. Správná kniha ve správný čas může podpořit akceptaci zrakového postižení a poskytnout naději. Příběhy v knihách umožňují pracovat s emocemi, otevřít se a mluvit o nich, čímž pomáhají řešit problematické situace.

Expresivní psaní napomáhá v uvědomění si i pozitiv ztráty zraku, jako je posílení dalších smyslů a sblížení s blízkými. Snižuje symptomy onemocnění, depresivní příznaky a vnímaný stres, a naopak zvyšuje duševní zdraví a celkovou životní pohodu

7 DISKUZE

Výsledky scoping review představené v předchozí kapitole nám umožňují nahlédnout do problematiky uměleckých terapií ve vztahu k osobám se zrakovým postižením. Nabízejí pohled na možné účinky v jejich léčbě a rehabilitaci, a to z pohledu čtyř základních umělecko-terapeutických modalit (arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, tanečně-pohybová terapie) a dalších na umění založených terapeutických intervencí (biblioterapie, expresivní psaní) či jiných oblastí, kde je umění využíváno jako terapeutický prostředek (hudební medicína).

Na začátku byly stanoveny tři hlavní cíle.

- identifikovat intervence, které jsou popisované ve studiích zaměřených na umělecké / expresivní terapie a příbuzné přístupy u osob se zrakovým postižením;
- analyzovat specifika terapeutického procesu uměleckých / expresivních terapií a příbuzných přístupů u osob se zrakovým postižením a identifikovat nezbytné adaptace, které z těchto specifíků vyplývají;
- zjistit, ke kterým výstupům uměleckých / expresivních terapií a intervencí příbuzných přístupů u osob se zrakovým postižením existují výzkumná data.

Relevantní studie našeho výzkumu byly publikovány v posledních téměř osmdesáti letech, kdy nejstarší z nich pochází z roku 1946. V období minulého století bylo publikováno celkem 21 studií. V letech 2000–2010 to pak bylo 18 studií. Nejvíce studií bylo publikováno v rozmezí let 2011–2019. Za posledních několik let (od roku 2020) to pak bylo 10 relevantních studií a jedno systematické review.

Celkově se nám podařilo zahrnout studie ze všech kontinentů, mimo Antarktidy. Nejvíce studií bylo publikováno v rámci Severní Ameriky, a to zejména v USA (27) a poté v Kanadě. Dále se jednalo především o evropské studie, konkrétněji pak z Německa, Francie, Polska, Velké Británie, Irska, Řecka, Švýcarska, Norska, Itálie a Španělska. V rámci Asie to pak byly tyto země: Izrael, Írán, Thajsko, Korea, Indie, Čína a Nepál. Dvě studie pocházely z Nigérie. Pro kontinentální zastřešení Austrálie a Oceánie to pak byly studie z Austrálie a Nového Zélandu. Zařazeny byly také studie z Jižní Ameriky, a to konkrétněji z Brazílie a Argentiny.

Většinou se jednalo o případové studie, zprávy z praxe, experimentální designy a randomizované studie jak s kvalitativním, tak také kvantitativním designem.

Intervence probíhaly v různých prostředích, jako jsou školy, domovy pro seniory, taneční studia, komunitní centra, nemocnice či zařízení pro osoby se zdravotním postižením.

Všechny studie zahrnovaly účastníky se zrakovým postižením, převážně na úrovni nevidomosti. Častými diagnózami byly katarakta, glaukom, věkem podmíněná makulární degenerace, diabetická retinopatie, retinopatie nedonošených. Respondenti se potýkali s různými emocionálními obtížemi, jako jsou úzkost, strach, frustrace, deprese nebo nízké sebevědomí. Někteří z nich měli také další komorbidity, jako jsou neurologické poruchy, artritida, hypertenze, oslabení kognitivních funkcí a opožděný vývoj.

Nejpočetnější skupinou byly intervence založené na hudbě. Ty byly dále specifikovány ve dvou kategoriích – muzikoterapie a hudební medicína. Studie zaznamenaly různé formy a metody muzikoterapeutických intervencí užitých ve vztahu k osobám se zrakovým postižením. Muzikoterapie využívá různé formy hudebních aktivit, od zpěvu a rytmických cvičení po hru na hudební nástroje a poslech hudby. Specifické techniky jako sluchová stimulace TLP, G.I.M. model, nahrávka zpěvu matky zkombinovaná s jejím srdečním tepem či využití muzikoterapie v online podobě ukazují na široké spektrum možností jak můžeme s hudbou pracovat v oblasti terapií. Bylo zde popsáno několik příkladů studií, které prokázaly pozitivní vliv hudby na fyzický, psychický a sociální rozvoj daných jedinců. Hudba jako terapeutický nástroj pro osoby se zrakovým postižením může být dle získaných výsledků nápomocna při jejich adaptaci, integraci a má vliv na celkovou kvalitu života. Některé studie dále poukazují na potřebu dalšího výzkumu a spolupráce mezi různými obory a profesemi v této oblasti.

Studie v oblasti hudební medicíny zkoumaly účinky hudby na pacienty podstupující různé oftalmologické zákroky, jako jsou operace katarakty, glaukomu, nebo aplikace intravitreální injekce. Hlavním cílem bylo snížit stres, úzkost, bolest, nitrooční tlak, a zlepšit spokojenost a pohodu pacientů. Studie používaly různé typy hudebních intervencí, jako jsou relaxační hudba, bílý šum, relaxační sugesce, živá klavírní hudba, korejská tradiční hudba, klasická hudba, nebo Mozartova sonáta D dur pro dva klavíry K.448. Hudba byla poskytována prostřednictvím sluchátek, CD přehrávačů, nebo živých hudebníků. Některé studie také používaly binaurální rytmy, které představují zvukové stimuly indikující synchronizaci mozkových vln. Většina studií prokázala pozitivní účinky hudby na snížení stresu, úzkosti, bolesti, nitroočního tlaku, a zvýšení spokojenosti a pohody pacientů. Některé studie také ukázaly, že hudba může snížit potřebu sedativních léků a vylepšit tak celkový

průběh operace. Hudba byla shledána jako levný, bezpečný a účinný způsob, jak zlepšit zkušenost pacientů s oftalmologickými zákroky.

Příznivý účinek relaxační hudby na snížení psychického stresu a zlepšení celkové duševní pohody se stal předmětem zájmu klinického výzkumu i běžné klinické praxe. Kaluza a kol. (1996) uvádějí, že: „Psychický stres významně zvyšuje nitrooční tlak (IOP), zatímco různé relaxační techniky jej významně snižují.“ Erb a kol. (1998) také dodávají že: „u mnoha pacientů s glaukomem byla pozorována emoční nestabilita, např. úzkost, nervozita, deprese atd.“ Navíc bylo prokázáno, že tito pacienti mají potíže s řešením problémů a jsou psychicky přetížení. Vzhledem k tomu je důležité, mimo standartní péči, zohlednit i emoční stav pacientů a doplnit tak rehabilitaci a léčbu dalšími možnými formami terapie napomáhajícími se snížením stresu a zlepšením kvality života daného pacienta (Erb a kol., 1998).

Studie zkoumající intervence s využitím výtvarného umění popisovaly především možnost využití různých materiálů a technik v rámci arteterapie u osob se zrakovým postižením, jako jsou hlína, prstové barvy, kresba, malba atd. Často byl zdůrazňován význam hmatu, smyslových zážitků, emocí a estetiky v uměleckém projevu.

Výsledky sledovaných studií poukázaly na fakt, že arteterapie napomáhá v rozvoji sebeuvědomění, sebeúcty, identity, komunikace, prostorových a pohybových dovedností, a celkového zvládnání či přijmutí situace, ve které se jedinec nachází, a která vyplývá ze ztráty zraku. Arteterapie také umožňuje vyjádřit a zpracovat pocity, představy a fantazie, které je obtížné verbálně sdělit. Studie dále poukazují na individuální rozdíly mezi osobami se zrakovým postižením, které ovlivňují jejich vnímání a prožívání umění. Tyto rozdíly souvisí například s dobou vzniku zrakového postižení, stupněm zrakového postižení, osobnostními charakteristikami, zájmy, preferencemi apod.

Jedinci se zrakovým postižením často prožívají velmi silné emoce, stejně jako ostatní. Ovšem na rozdíl od intaktní populace mohou mít obtíže s danými projevy pracovat a zvládat silné afektivní stavy. V průzkumném výtvarném programu na Západopensylvánské škole pro nevidomé děti (Rubin & Klineman, 1974) se u většiny dětí při prvních individuálních hodnotících sezeních vynořily pocity a fantazie s intenzitou, která naznačovala jak připravenost, tak potřebu vyjádření. Je možné, že tato reakce byla způsobena otevřenou povahou rozhovoru, pozváním k výběru a práci s různými médii a k tomu, aby dítě dělalo, co si přeje. Nebo kvůli nestructurovaným médiím, která vybízela k manipulaci a vyvolávala asociace. Možná to bylo symbolickou povahou výtvarného projevu, umožňující tvořit na základě vlastní fantazie bezpečnějším způsobem, než je vyjadřovat běžnými cestami. Nebo

možná jasný rámeček času, prostoru a podporujícího dospělého, který umožňoval jakési "uvolnění" v rámci této struktury, a to jak po fyzické, tak po psychické stránce. Možná to byla dostupnost zainteresovaného a vnímavého dospělého, který byl skutečně vnímavý a bez odsuzování se zajímal o dětské výtvořky a hovořil o nich. Bezpochyby by však žádná z těchto potenciálně usnadňujících podmínek neměla význam, kdyby neexistovala naléhavost, vnitřní tlak, potřeba uvolnění pocitů a myšlenek, které dodávaly energii dětským projevům (Rubin, 1975).

Studie s využitím dramatu jako terapeutického prostředku byly skupinového nebo individuálního charakteru. Využívaly různé techniky dramatu, jako jsou hraní rolí, přehrávání situací, dramatické hry, relaxační cvičení, hudební činnosti, poezie, improvizace nebo práce s loutkami. Cílem bylo vytvořit příjemný zážitek, který by napomohl rozvoji osobnosti a dovedností účastníků. Byly tak zkoumány účinky dramatu na sociální dovednosti, sebepřijetí, komunikaci, řešení problémů a zvládnutí stresu.

Studie s využitím pohybu a tance v terapeutických intervencích u osob se zrakovým postižením zkoumaly účinky tanečně pohybové terapie na fyzickou, psychickou a sociální pohodu osob se zrakovým postižením. Většina studií se zaměřovala na lekce tanga pro seniory, které přinášely radost, sebevědomí, energii a zlepšení pohyblivosti a rovnováhy. Další studie se věnovaly dětem a dospívajícím, kteří se pomocí pohybu a tance učili vnímat sebe sama, své tělo a své okolí, a zároveň rozvíjeli komunikaci a spolupráci s vrstevníky.

Intervence se lišily v délce, frekvenci, intenzitě a obsahu. Některé z nich byly individuální, jiné skupinové. Některé byly zaměřeny na konkrétní druh tance, jako je tango, jiné na různé pohybové aktivity, jako jsou dechová cvičení, rytmické hry, standardní tanec nebo tělesná uvědomění. Cílem intervencí bylo podpořit fyzickou, psychickou a sociální pohodu osob se zrakovým postižením, zlepšit jejich pohyblivost, rovnováhu, koordinaci, sílu, vytrvalost, sebevědomí, radost, kvalitu života, sociální interakci a osamostatnění.

Terapeut by si měl být v uplatňování DMT intervence vědom několika oblastí zájmu ve vztahu k jedincům se zrakovým postižením: „1. vliv ztráty zraku na pohyb; 2. nutnost zaměřit se na využití hybnosti konkrétněji, uvědomování si dechu a agresivity jako technik pro integrovanější rozvoj sebevědomí u osob se ZP; 3. význam bezpečného místa, kde se mohou osoby se ZP soustředit na zdravé a plnohodnotné používání svých těl a také atmosféru, která umožňuje kvalitu vztahů s ostatními.“ (Weisbrod, 1974). Takahashi (2015)

také dodává, že jednou z priorit by měla být podpora "uvědomování si těla dětí prostřednictvím smyslové stimulace a usilovné činnosti" a zkoumat tak způsoby vytváření různých rytmů s využitím těla jako perkusivního nástroje. Tanec a taneční kurzy by totiž mohly podpořit fyzický, kognitivní a sociální rozvoj dětí (Murcia, 2010), pomoci jim překonat funkční omezení (Duggan, 1978), a tím zvýšit jejich nezávislost v každodenním životě, podpořit štěstí a zmírnit psychické napětí. Navíc, jeden z učitelů řekl, že tanec může pozitivně ovlivnit přístup žáků ke studiu (Takahashi, 2015).

Další expresivní (umělecké) terapie, zahrnuté v naší studii se zaměřovaly především na využití biblioterapie a expresivního psaní jako terapeutického prostředku u osob se zrakovým postižením. Studie popisují případy, kdy byly tyto metody použity k podpoře emocionálního zvládnání a adaptace na slepotu. Studie dochází k závěru, že správně zvolená kniha nebo psaní o stresových zkušenostech může mít pozitivní vliv na fyzické i mentální zdraví, sociální pohodu a vizuální funkce respondentů.

7.1 Komparace jednotlivých oblastí

Terapeutické intervence založené na umění se ukázaly jako účinné v různých oblastech emocionálního, kognitivního a fyzického rozvoje jedinců se zrakovým postižením. Studie zabývající se arteterapií, muzikoterapií, dramaterapií, tanečně-pohybovou terapií, biblioterapií a expresivním psaním přinášejí cenné poznatky o specifických metodách a jejich účincích. V této části práce budou porovnány výsledky jednotlivých studií, ve vztahu k daným modalitám. Zaměříme se jak na společné, tak i rozdílné aspekty jednotlivých terapeutických přístupů.

Arteterapie vs. Muzikoterapie

Společné znaky arteterapie a muzikoterapie

- Podpora psychického zdraví: Oba přístupy podporují duševní zdraví, snižují stres a úzkost a podporují celkovou psychickou pohodu.
- Rozvoj a regulace emocí: Oba přístupy poskytují prostředky k vyjádření emocí a jejich případné regulaci prostřednictvím výtvarných aktivit nebo hudby.
- Regulace chování: Oba přístupy napomáhají za pomoci výtvarných technik či hudebních technik k regulaci chování.

- Identifikace vlastního „já“: Oba přístupy napomáhají jedincům se ZP v procesu sebepoznání a přijetí vlastního zdravotního stavu.
- Multisenzorická stimulace: Oba přístupy využívají různé smyslové podněty k dosažení terapeutických cílů (výtvarné materiály vs. hudba).
- Rozvoj kreativity: Oba přístupy podporují kreativitu a fantazii.
- Kvalita života: Oba přístupy mají pozitivní vliv na kvalitu života osob se ZP, pomáhají jim lépe zvládat každodenní situace a přinášejí radost a uspokojení.

Specifické rozdíly mezi arteterapií a muzikoterapií

- Metody a techniky: AT využívá především techniky založené na zrakovém a haptickém vnímání (malba, kresba, práce s hlinou), zatímco MT využívá především techniky založené na sluchových a rytmických prvcích (zpěv, hra na hudební nástroje, poslech hudby).
- Fyzický rozvoj: AT se zaměřuje především na rozvoj jemné motoriky, zatímco MT může zahrnovat aktivity především na rozvoj hrubé motoriky a koordinaci pohybů (rytmická cvičení, pohybové hry). Dané se však může specificky lišit např. v rámci výuky hry na klavír, kdy je taktéž pozornost věnována rozvoji jemné motoriky.
- Sociální interakce: MT často zahrnuje skupinové aktivity, kterými podporuje sociální interakce mezi jednotlivými účastníky, zatímco AT může být více individuální nebo se zaměřovat na menší skupiny.
- Okamžitý účinek: Hudba v MT může mít okamžitý účinek na emoce jednotlivých účastníků, zatímco AT může vyžadovat delší čas na vytvoření a zpracování výtvarného díla a tedy např. i emocionální projevy s ním spojené mohou mít postupný nástup.

Arteterapie vs. Dramaterapie

Společné znaky arteterapie a dramaterapie

- Podpora psychického zdraví: Oba přístupy podporují duševní zdraví, snižují stres a úzkost a podporují celkovou psychickou pohodu.
- Rozvoj a regulace emocí: Oba přístupy poskytují prostředky k vyjádření emocí a jejich případné regulaci prostřednictvím výtvarných nebo dramatických aktivit.
- Regulace chování: Oba přístupy napomáhají za pomoci výtvarných technik či dramatických her k regulaci chování.

- Identifikace vlastního „já“: Oba přístupy pomáhají klientům v procesu sebepoznání a přijetí vlastního zdravotního stavu.
- Rozvoj kreativity: Oba přístupy podporují kreativitu a fantazii.
- Multisenzorická stimulace: Oba přístupy využívají různé smyslové podněty k dosažení terapeutických cílů (výtvarné materiály vs. dramatické aktivity).
- Rozvoj sociálních dovedností: Oba přístupy podporují rozvoj sociálních a komunikačních dovedností prostřednictvím skupinových aktivit a interakcí.
- Povědomí o prostoru: Oba přístupy mohou daným jedincům napomoci ve vnímání prostoru. DT spíše zvyšuje povědomí o těle a okolním prostoru, zatímco AT se více zaměřuje na jemnou motoriku prostřednictvím výtvarných činností.
- Symbolika a metafory: Oba přístupy využívají práci se symboly a metaforami. DT využívá symboliku a metafory prostřednictvím dramatických rolí a příběhů, zatímco AT používá vizuální symboly a metafory ve výtvarných dílech.
- Kvalita života: Oba přístupy mají pozitivní vliv na kvalitu života osob se ZP, pomáhají jim lépe zvládat každodenní situace a přinášejí radost a uspokojení.

Specifické rozdíly mezi arteterapií a dramaterapií

- Metody a techniky: AT využívá především techniky založené na zrakovém a haptickém vnímání (malba, kresba, práce s hlínou), zatímco DT zahrnuje fyzické a interaktivní techniky (hraní rolí, vyprávění příběhů, improvizace).
- Sociální interakce: DT často zahrnuje intenzivní skupinové aktivity a podporuje sociální interakce prostřednictvím dramatických her, zatímco AT může být více individuální nebo se zaměřovat na menší skupiny.
- Interakce s terapeutem: DT často zahrnuje přímou interakci a zapojení terapeuta v dramatických aktivitách, zatímco AT může být více zaměřena na individuální tvorbu pod vedením terapeuta.

Arteterapie vs. Tanečně-pohybová terapie

Společné znaky arteterapie a tanečně-pohybové terapie

- Podpora psychického zdraví: Oba přístupy podporují duševní zdraví, snižují stres a úzkost a podporují celkovou psychickou pohodu.
- Rozvoj a regulace emocí: Oba přístupy poskytují prostředky k vyjádření emocí a jejich případné regulaci prostřednictvím výtvarných nebo pohybových aktivit.

- Identifikace vlastního „já“: Oba přístupy pomáhají klientům v procesu sebepoznání a přijetí vlastního zdravotního stavu.
- Multisenzoriální stimulace: Oba přístupy využívají různé smyslové podněty k dosažení terapeutických cílů (výtvarné materiály vs. pohyb a rytmus).
- Rozvoj kreativity: Oba přístupy podporují kreativitu a fantazii.
- Kvalita života: Oba přístupy mají pozitivní vliv na kvalitu života osob se ZP, pomáhají jim lépe zvládat každodenní situace a přinášejí radost a uspokojení.
- Rozvoj sociálních dovedností: Oba přístupy podporují rozvoj sociálních a komunikačních dovedností prostřednictvím skupinových aktivit a interakcí.

Specifické rozdíly mezi arteterapií a tanečně-pohybovou terapií

- Metody a techniky: AT využívá především techniky založené na zrakovém a haptickém vnímání (malba, kresba, práce s hlínou), zatímco DMT zahrnuje fyzické a pohybové techniky (tanec, práce s dechem, rytmus).
- Fyzický rozvoj: DMT se zaměřuje na hrubou motoriku, koordinaci a tělesnou kondici, zatímco AT se více zaměřuje na jemnou motoriku prostřednictvím výtvarných činností.
- Sociální interakce: DMT často zahrnuje intenzivní skupinové aktivity a podporuje sociální interakce prostřednictvím skupinového tance a pohybových her, zatímco AT může být více individuální nebo se zaměřovat na menší skupiny.
- Okamžitý účinek: Pohyb a tanec v DMT mohou mít okamžitý fyzický a emocionální účinek, zatímco AT může vyžadovat delší čas na vytvoření a zpracování výtvarného díla.
- Prostorové vnímání: DMT klade větší důraz na orientaci v prostoru a uvědomění si těla v pohybu, což není hlavním zaměřením AT.

Arteterapie vs. Biblioterapie

Společné znaky arteterapie a biblioterapie

- Rozvoj a regulace emocí: Oba přístupy umožňují jedincům se ZP vyjádřit své emoce. AT skrze výtvarné činnosti a biblioterapie prostřednictvím četby a psaní.
- Podpora psychického zdraví: Oba přístupy podporují duševní zdraví, snižují stres a úzkost a podporují celkovou psychickou pohodu.

- Identifikace vlastního „já“: Oba přístupy podporují proces sebepoznání a přijetí vlastního zdravotního stavu.
- Rozvoj kreativity: Oba přístupy podporují kreativní vyjádření, ať už prostřednictvím uměleckých děl nebo psaní.
- Symbolika a metafory: AT často používá vizuální symboly a metafory, biblioterapie se zaměřuje na literární symboliku a metafory v textech.
- Kvalita života: Oba přístupy mají pozitivní vliv na kvalitu života osob se ZP, pomáhají jim lépe zvládat každodenní situace a přinášejí jim radost a uspokojení.

Specifické rozdíly mezi arteterapií a biblioterapií

- Multisenzorická stimulace: AT využívá především techniky založené na zrakovém a haptickém vnímání (hmat, zrak, čich), zatímco biblioterapie se zaměřuje především na kognitivní procesy spojené s četbou a psaním.
- Motorické dovednosti: AT podporuje rozvoj jemné motoriky prostřednictvím práce s výtvarnými materiály, což není primárním cílem biblioterapie.
- Přístup k terapeutickému procesu: AT zahrnuje aktivní tvorbu a fyzickou manipulaci s materiály, zatímco biblioterapie je více zaměřena na pasivní příjem informací (četba) a reflexivní tvorbu (psaní).
- Interakce s terapeutem: AT často zahrnuje přímou interakci s terapeutem během tvůrčího procesu, zatímco biblioterapie může být více individuální a může probíhat bez přítomnosti terapeuta, zvláště pokud se jedná o samostatné čtení a psaní.

Muzikoterapie vs. Dramaterapie

Společné znaky muzikoterapie a dramaterapie

- Podpora psychického zdraví: Oba přístupy podporují duševní zdraví, snižují stres a úzkost a podporují celkovou psychickou pohodu.
- Rozvoj a regulace emocí: Oba přístupy poskytují prostředky k vyjádření emocí prostřednictvím hudby nebo dramatických aktivit.
- Identifikace vlastního „já“: Oba přístupy pomáhají Jedincům se ZP v procesu sebepoznání a přijetí vlastního zdravotního stavu.
- Rozvoj kreativity: Oba přístupy podporují kreativitu a fantazii.
- Multisenzorická stimulace: Oba přístupy využívají různé smyslové podněty k dosažení terapeutických cílů (hudba vs. dramatické aktivity).

- Rozvoj sociálních dovedností: Oba přístupy podporují rozvoj sociálních a komunikačních dovedností prostřednictvím skupinových aktivit a interakcí.
- Kvalita života: Oba přístupy mají pozitivní vliv na kvalitu života osob se ZP, pomáhají jim lépe zvládat každodenní situace a přinášejí radost a uspokojení.

Specifické rozdíly mezi muzikoterapií a dramaterapií

- Metody a techniky: MT využívá sluchové a rytmické techniky (zpěv, hra na nástroje, poslech hudby), zatímco DT zahrnuje fyzické a interaktivní techniky (hraní rolí, vyprávění příběhů, improvizace).
- Fyzický rozvoj: DT zahrnuje fyzické aktivity a zvyšuje povědomí o těle a prostoru, zatímco MT se více zaměřuje na sluchové vnímání, ale může zahrnovat i fyzický pohyb v rámci rytmických cvičení a při pohybových hrách.
- Symbolika a metafory: DT využívá symboliku a metafory prostřednictvím dramatických rolí a příběhů, zatímco MT může využívat hudební metafory
- a symboliku ve skladbách a improvizacích.

Muzikoterapie vs. Tanečně-pohybová terapie

Společné znaky muzikoterapie a tanečně-pohybové terapie

- Podpora psychického zdraví: Oba přístupy podporují duševní zdraví, snižují stres a úzkost a podporují celkovou psychickou pohodu.
- Rozvoj a regulace emocí: Oba přístupy poskytují prostředky k vyjádření emocí prostřednictvím hudby nebo pohybových aktivit.
- Identifikace vlastního „já“: Oba přístupy pomáhají klientům v procesu sebepoznání a přijetí vlastního zdravotního stavu.
- Multisenzorická stimulace: Oba přístupy využívají různé smyslové podněty k dosažení terapeutických cílů (hudba a rytmus vs. pohyb a rytmus).
- Rozvoj sociálních dovedností: Obě metody podporují rozvoj sociálních a komunikačních dovedností prostřednictvím skupinových aktivit a interakcí.
- Rozvoj fyzických dovedností: Oba přístupy podporují fyzickou aktivitu a rozvoj motorických dovedností.
- Okamžitý účinek: Pohyb a tanec v DMT mohou mít okamžitý fyzický a emocionální účinek. Hudba v MT pak může mít okamžitý emocionální a fyziologický účinek.

- Kvalita života: Oba přístupy mají pozitivní vliv na kvalitu života klientů, pomáhají jim lépe zvládat každodenní situace a přinášejí radost a uspokojení.

Specifické rozdíly mezi muzikoterapií a tanečně-pohybovou terapií

- Metody a techniky: MT využívá sluchové a rytmické techniky (zpěv, hra na nástroje, poslech hudby), zatímco DMT zahrnuje fyzické a pohybové techniky (tanec, práce s dechem, rytmus).
- Fyzický rozvoj: DMT se zaměřuje na hrubou motoriku, koordinaci a tělesnou kondici, zatímco MT se více zaměřuje na sluchové vnímání, ovšem v rámci rytmizace neb pohybových aktivit se může zaměřit na fyzický pohyb.
- Prostorové vnímání: DMT klade větší důraz na orientaci v prostoru a uvědomění si těla v pohybu, což není hlavním zaměřením MT.

Muzikoterapie vs. Biblioterapie

Společné znaky muzikoterapie a biblioterapie

- Podpora psychického zdraví: Oba přístupy podporují duševní zdraví, snižují stres a úzkost a podporují celkovou psychickou pohodu.
- Identifikace vlastního „já“: Oba přístupy napomáhají klientům v procesu sebepoznání a přijetí vlastního zdravotního stavu.
- Rozvoj a regulace emocí: Oba přístupy poskytují klientům prostředky k vyjádření jejich emocí (četba a psaní vs. hudba).
- Rozvoj kognitivních funkcí: Biblioterapie podporuje kognitivní procesy skrze četbu a reflexi, zatímco muzikoterapie stimuluje představivost a fantazii prostřednictvím hudebních aktivit.
- Kvalita života: Oba přístupy mají pozitivní vliv na kvalitu života osob se ZP, pomáhají jim lépe zvládat každodenní situace a přinášejí radost a uspokojení.

Specifické rozdíly mezi muzikoterapií a biblioterapií

- Metody a techniky: MT využívá širokou škálu hudebních technik, zatímco biblioterapie se soustředí na práci s textem a psaním.
- Multisenzorická stimulace: MT primárně stimuluje sluch, ale může zahrnovat i hmatové prvky při hře na nástroje, zatímco biblioterapie se zaměřuje především na kognitivní procesy spojené s četbou a psaním.

- Sociální interakce: MT často zahrnuje skupinové aktivity a podporuje sociální interakce prostřednictvím společného zpěvu a hry na nástroje, zatímco biblioterapie může být více individuální a introspektivní.
- Fyzický rozvoj: MT může zahrnovat fyzické aktivity, jako jsou pohybové hry a hra na nástroje, které podporují motorické dovednosti, zatímco biblioterapie se zaměřuje na duševní a emocionální aspekty.
- Okamžitý účinek: MT může mít okamžitý emocionální a fyzický účinek prostřednictvím hudby a rytmu, zatímco biblioterapie může vyžadovat delší čas na reflexi a zpracování informací.

Dramaterapie vs. Tanečně-pohybová terapie

Společné znaky dramaterapie a tanečně-pohybové terapie

- Podpora psychického zdraví: Oba přístupy podporují duševní zdraví, snižují stres a úzkost a podporují celkovou psychickou pohodu.
- Rozvoj a regulace emocí: Oba přístupy poskytují prostředky k vyjádření emocí prostřednictvím dramatických nebo pohybových aktivit.
- Identifikace vlastního „já“: Oba přístupy pomáhají jedincům se ZP v procesu sebepoznání a přijetí vlastního zdravotního stavu.
- Multisenzorická stimulace: Oba přístupy využívají různé smyslové podněty k dosažení terapeutických cílů (zvuk a hudba vs. pohyb a rytmus).
- Rozvoj sociálních dovedností: Oba přístupy podporují rozvoj sociálních a komunikačních dovedností prostřednictvím skupinových aktivit a interakcí.
- Rozvoj kreativity: Oba přístupy podporují kreativitu a fantazii.
- Kvalita života: Oba přístupy mají pozitivní vliv na kvalitu života osob se ZP, pomáhají jim lépe zvládat každodenní situace a přinášejí radost a uspokojení.

Specifické rozdíly mezi dramaterapií a tanečně-pohybovou terapií

- Metody a techniky: DT využívá techniky hraní rolí, vyprávění příběhů a improvizace, zatímco DMT zahrnuje fyzické techniky, jako je tanec, práce s dechem a rytmus.
- Fyzický rozvoj: DMT se zaměřuje na hrubou motoriku, koordinaci a tělesnou kondici, zatímco DT se více zaměřuje na psychické a sociální aspekty.

- Prostorové vnímání: DMT klade větší důraz na orientaci v prostoru a uvědomění si těla v pohybu, což není hlavním zaměřením DT (ale může být).
- Symbolika a metafory: DT využívá symboliku a metafory prostřednictvím dramatických rolí a příběhů, zatímco DMT může používat symboliku pohybu a tance.

Dramaterapie vs Biblioterapie

Společné znaky dramaterapie a biblioterapie

- Podpora psychického zdraví: Oba přístupy podporují duševní zdraví, snižují stres a úzkost a podporují celkovou psychickou pohodu.
- Identifikace vlastního „já“: Oba přístupy napomáhají klientům v procesu sebepoznání a přijetí vlastního zdravotního stavu.
- Rozvoj a regulace emocí: Oba přístupy umožňují vyjádření emocí (hraní rolí a příběhů vs. četba a psaní).
- Rozvoj kreativity a fantazie: Oba přístupy podporují tvořivost a fantazii.
- Symbolika a metafory: Oba přístupy pracují se symboly a metaforami. DT využívá symboliku a metafory prostřednictvím dramatických rolí a příběhů, biblioterapie se zaměřuje na literární symboliku a metafory v textech.
- Kvalita života: Oba přístupy mají pozitivní vliv na kvalitu života osob se ZP, pomáhají jim lépe zvládat každodenní situace a přinášejí radost a uspokojení.

Specifické rozdíly mezi dramaterapií a biblioterapií

- Metody a techniky: DT zahrnuje fyzické aktivity, hraní rolí, příběhy a improvizace, zatímco biblioterapie se zaměřuje na práci s textem, četbou a psaním.
- Sociální interakce: DT často zahrnuje skupinové aktivity a podporuje sociální interakce prostřednictvím skupinových her a hraní rolí, zatímco biblioterapie může být více individuální a introspektivní.
- Fyzický rozvoj: DT může zahrnovat fyzické aktivity a podporovat povědomí o vlastním těle a prostoru, zatímco biblioterapie se zaměřuje na duševní a emocionální aspekty.
- Okamžitý účinek: DT může mít okamžitý emocionální a fyzický účinek prostřednictvím hraní a fyzických aktivit, zatímco biblioterapie může vyžadovat delší čas na reflexi a zpracování informací.

Tanečně-pohybová terapie vs. Biblioterapie

Společné znaky tanečně-pohybové terapie a biblioterapie

- Podpora psychického zdraví: Oba přístupy podporují duševní zdraví, snižují stres a úzkost a podporují celkovou psychickou pohodu.
- Identifikace vlastního „já“: Oba přístupy napomáhají klientům v procesu sebepoznání a přijetí vlastního zdravotního stavu.
- Rozvoj a regulace emocí: Biblioterapie skrze četbu a psaní a tanečně-pohybová terapie prostřednictvím pohybu poskytují klientům prostředky k vyjádření jejich emocí.
- Rozvoj kreativity: Biblioterapie podporuje kreativitu prostřednictvím psaní a reflexe nad četbou, zatímco tanečně-pohybová terapie podporuje kreativní vyjádření prostřednictvím tance a pohybu.
- Kvalita života: Oba přístupy mají pozitivní vliv na kvalitu života osob se ZP, pomáhají jim lépe zvládat každodenní situace a přinášejí radost a uspokojení.

Specifické rozdíly mezi tanečně-pohybovou terapií a biblioterapií

- Metody a techniky: DMT zahrnuje fyzické aktivity, tanec, práci s dechem a prostorem, zatímco biblioterapie se zaměřuje na práci s textem, četbou a psaním.
- Sociální interakce: DMT často zahrnuje skupinové aktivity a podporuje sociální interakce prostřednictvím skupinových tanců a pohybových her, zatímco biblioterapie může být více individuální a introspektivní.
- Fyzický rozvoj: DMT podporuje fyzický pohyb, motorické dovednosti a tělesné zdraví, zatímco biblioterapie se zaměřuje na duševní a emocionální aspekty.
- Multisenzorická stimulace: Tanečně-pohybová terapie kombinuje pohyb s dalšími smyslovými podněty, jako je rytmus a hudba, zatímco biblioterapie se zaměřuje především na kognitivní procesy spojené s četbou a psaním.
- Okamžitý účinek: DMT může mít okamžitý emocionální a fyzický účinek prostřednictvím pohybu a tance, zatímco biblioterapie může vyžadovat delší čas na reflexi a zpracování informací.

Umělecké terapie vs. Hudební medicína

Společné znaky všech modalit a hudební medicíny

- Podpora psychického zdraví: Všechny metody, včetně hudební medicíny, podporují duševní zdraví, snižují stres a úzkost.
- Regulace emocí: Všechny metody pomáhají v regulaci emocí prostřednictvím různých technik (výtvarné umění, hudba, pohyb, literatura).
- Identifikace vlastního „já“: Všechny metody podporují proces sebepoznání a přijetí vlastního zdravotního stavu.
- Kvalita života: Všechny metody mají pozitivní vliv na kvalitu života osob se ZP, zlepšují jejich každodenní fungování a přinášejí radost a uspokojení.

Specifické rozdíly mezi hudební medicínou a ostatními metodami

- Klinická aplikace: Hudební medicína je často používána v klinickém prostředí, například během operací nebo lékařských zákroků, což není běžné u ostatních metod, které jsou více zaměřeny na terapeutické sezení mimo klinické prostředí.
- Specifické zaměření na fyziologické účinky: Hudební medicína se zaměřuje na konkrétní fyziologické účinky, jako je snížení krevního tlaku, srdeční frekvence nebo nitroočního tlaku, zatímco ostatní metody se zaměřují více na psychologické, emocionální a sociální aspekty.
- Využití specifických hudebních děl: Hudební medicína často využívá specifická hudební díla, jako je např. Mozartova sonáta, které mají prokázané účinky na kognitivní a fyziologické funkce, což není typické pro muzikoterapii, která využívá širší spektrum hudebních aktivit.
- Minimalizace aktivní účasti: Hudební medicína může zahrnovat více pasivní poslech hudby, zatímco ostatní metody (zejména dramaterapie a tanečně-pohybová terapie) vyžadují aktivní účast a zapojení klientů.

7.2 Společné prvky všech terapeutických modalit

Rozvoj psychických sil a podpora duševního zdraví

- **Zprostředkování emocí** – Všechny intervence poskytují klientům bezpečný prostor pro vyjádření svých emocí. AT umožňuje vyjádřit emoce skrze výtvarné aktivity, MT umožňuje vyjádřit emoce prostřednictvím hudby, DT skrze hraní rolí a příběhů, DMT skrze pohyb a tanec, Biblioterapie a expresivní psaní za pomoci zprostředkovaných či vlastních příběhů.
- **Snižování úzkosti a stresu, regulace emocí** – Všechny metody se ukázaly účinné při snižování úzkosti a stresu. Všechny uvedené modalitty obsahují prvky, které podporují relaxaci a uklidnění mysli. Stejně tak možnost relaxačních a meditačních prvků v oblasti hudební medicíny hrála klíčovou roli v dané oblasti.
- **Zlepšení nálady** – Všechny modalitty mají pozitivní vliv na náladu a celkovou psychickou pohodu klientů. Umožňují prožívat radost a uspokojení z tvořivé činnosti nebo fyzického pohybu. Některé studie v oblasti hudební medicíny pak naznačují, že hudba může mít vliv na snižování bolesti u daných pacientů. To má následně neodmyslitelně vliv na celkovou spokojenost pacientů.

Rozvoj kognitivních funkcí

- **Podpora kreativního myšlení** – Jednotlivé umělecké modalitty pracují s uměleckými médii, která mají samy o sobě kreativní pojetí. Tyto účinky byly explicitně popsány především pro oblast AT. Můžeme však předpokládat, že ve vztahu k uměleckému médiu, jako terapeutickému prostředku, je kreativita součástí všech výše zmiňovaných. Kreativní činnosti dále podporují rozvoj kreativního a abstraktního myšlení.
- **Zlepšení kognitivních schopností** – I když všechny studie přímo neobsahovaly zmínku o možném vlivu na kognitivní funkce osob se zrakovým postižením, v rámci získaných dat je patrné, že všechny umělecké modalitty přispívají k rozvoji kognitivních schopností jako je paměť, koncentrace, prostorové vnímání, myšlení a s ním i schopnost řešit problémy.
- **Symbolika a metafory** – Symboly a metafory hrály významnou roli téměř ve všech modalitách (AT, MT, DT, DMT, Biblioterapie). Poskytovaly jedincům prostor k sebevyjádření a možným adaptacím na jejich aktuální zdravotní stav či situaci, ve které se aktuálně nachází.

Sociální a komunikační dovednosti

- **Podpora sociální interakce** – Všechny základní modalities uměleckých terapií (AT, MT, DT, DMT) zahrnují prvky, které podporují sociální interakci a komunikaci. Skupinové aktivity v AT, společný zpěv a hra na nástroje v MT, skupinové hry a hraní rolí v DT a skupinový tanec a pohyb v DMT, napomáhají zlepšovat sociální dovednosti.
- **Komunikace** – Každá metoda podporuje verbální i neverbální komunikaci. Zpěv v muzikoterapii, vyprávění příběhů v dramaterapii a pohybová komunikace v tanečně-pohybové terapii poskytují různé způsoby, jak klienti mohou vyjádřit své myšlenky a pocity.

Multisenzorická stimulace

- **Využití více smyslů** – Všechny metody využívají různé smyslové podněty k dosažení terapeutických cílů. Arteterapie zapojuje hmat, zrak a někdy i čich; muzikoterapie především sluch, ale i hmat při hře na nástroje; dramaterapie kombinaci sluchových, vizuálních a kinestetických podnětů; a tanečně-pohybová terapie především kinestetické vnímání, ale i sluch při vnímání rytmu hudby.
- **Rozvoj smyslových dovedností** – Všechny metody napomáhají rozvoji a zlepšování smyslových dovedností. Například muzikoterapie se zaměřuje na sluchovou diskriminaci, zatímco arteterapie rozvíjí hmatové vnímání skrze práci s různými materiály.

Podpora identity a sebepojetí

- **Sebepojetí a identita** – Všechny metody podporují proces sebepojetí a identifikace vlastního „já“. Klienti se učí rozpoznávat své pocity, potřeby a schopnosti prostřednictvím tvůrčího procesu (arteterapie), hudebních aktivit (muzikoterapie), dramatických rolí (dramaterapie) a pohybu (tanečně-pohybová terapie).
- **Přijetí zdravotního stavu** – Intervence napomáhají klientům přijmout svůj aktuální zdravotní stav a vyrovnat se s ním. To je zvláště důležité i pro podporu duševního a emocionálního zdraví.

Fyzický rozvoj a motorika

- **Rozvoj jemné a hrubé motoriky** – Všechny metody přispívají k rozvoji motorických dovedností. Arteterapie se zaměřuje na jemnou motoriku, zatímco tanečně-pohybová terapie podporuje hrubou motoriku a celkovou fyzickou kondici.
- **Fyzická aktivita** – Tanečně-pohybová terapie a některé formy muzikoterapie (např. pohybové hry) podporují fyzickou aktivitu, což je důležité pro celkové tělesné zdraví.
- **Fyzické zdraví** – Jednotlivé modalitty také na základě možnosti fyzické aktivity podporují fyzické zdraví daných jedinců. Oblast hudební medicíny pak přináší klinické poznatky, které nebyly v dalších modalitách sledovány, přesto se jedná o možnosti, jak podpořit fyzické zdraví pacientů v rámci snižování krevního tlaku a srdeční frekvence v rámci chirurgických zákroků, či nitroočního tlaku.

Kvalita každodenního života

- **Praktické aplikace** – Všechny metody mají praktické aplikace, které mohou klienti přenést do svého každodenního života. Tvůrčí činnosti v arteterapii, hudba a zpěv v muzikoterapii, dramatické hry v dramaterapii a pohybové aktivity v tanečně-pohybové terapii přispívají k lepšímu zvládnání každodenních situací a zvyšují kvalitu života.

Terapeutické intervence využívající prvky umění sdílejí mnoho společných znaků, které zvyšují jejich efektivitu a přínos pro jedince se zrakovým postižením. Tato podobnost ukazuje na univerzální hodnotu uměleckých terapií v podpoře emocionálního, kognitivního a fyzického rozvoje a zdraví. Společné prvky jako emocionální vyjádření, podpora psychického zdraví, rozvoj kognitivních funkcí, sociálních dovedností a multisenzorická stimulace přispívají k celkovému terapeutickému účinku daných metod. Specifickým rysem hudební modalitty je pak schopnost snížit vitální funkce, stres a úzkost během lékařských zákroků, což není typické pro ostatní formy umělecké terapie.

Kombinace různých metod může vést k synergickým efektům, které posilují terapeutický účinek. Například kombinace arteterapie a muzikoterapie může nabídnout bohatší multisenzorický zážitek, který stimuluje více smyslů současně. Spojení dramaterapie a tanečně-pohybové terapie může poskytnout komplexní přístup k řešení emocionálních a fyzických problémů, kde se role a příběhy prolínají s fyzickým pohybem a kinestetickými zážitky.

Výsledky některých výzkumů (např. Darewych, 2009) potvrdily, že kreativní a terapeutické prostředí může dětem pomoci zvýšit jejich sebevědomí a upevnit jejich sebepojetí. Děti se zrakovým postižením mají potenciál být stejně expresivní v umění jako jejich vidící vrstevníci (Rubin, 1984). Jedinci se ZP s vyšším sebevědomím jsou více produktivnější a méně závislí na druhých. Berbrier (2002) uvádí, že jedním z důležitých důsledků pro budoucí zkoumání je, jak může využití umění usnadnit osvojení Braillova písma, čtení map a mobility této populace.

7.3 Doporučení pro další výzkum a praxi

Terapeutické intervence založené na výtvarném umění

- **Individuální přístup** – Při plánování a provádění terapeutických intervencí s využitím výtvarného umění u osob se zrakovým postižením je třeba respektovat jejich individuální potřeby, preference, zájmy, osobnost, druh a stupeň zrakového postižení.
- **Multisenzorický přístup** – Je vhodné využívat různé výtvarné materiály a techniky, které stimulují hmat, sluch, čich a chuť, jako jsou hlína, prstové barvy, vosk, papír, dřevo, kov, zvuky, vůně apod.
- **Zaměřit se na rozvoj kognitivních funkcí** – Je důležité podporovat prožívání a vyjadřování emocí, fantazie, představ a zážitků, které mohou být pro osoby se zrakovým postižením obtížně sdělitelné slovně.
- **Je nutné sledovat a hodnotit výsledky a efekty arteterapie** u osob se zrakovým postižením pomocí měřitelných ukazatelů, jako jsou sebevědomění, sebeúcta, identita, komunikace, prostorové a pohybové dovednosti, zvládání ztráty zraku atp.
- **Multioborová spolupráce** – Je vhodné spolupracovat s ostatními odborníky, jako jsou psychologové, speciální pedagogové, sociální pracovníci, lékaři atd., kteří se zabývají osobami se zrakovým postižením, a vyměňovat si zkušenosti a poznatky.

Terapeutické intervence založené na hudbě

- **Individuální přístup** – Při plánování a provádění terapeutických intervencí s využitím hudby u osob se zrakovým postižením je třeba respektovat jejich individuální potřeby, preference, zájmy, osobnost, druh a stupeň zrakového postižení.
- **Multioborová spolupráce** – Je vhodné spolupracovat s ostatními odborníky, jako jsou s ergoterapeuty, fyzioterapeuty, arteterapeuty, pedagogové, speciální pedagogové, psychologové, lékaři a další odborníci a vyměňovat si zkušenosti a poznatky.
- **Multisenzorický přístup** – Hudba se zaměřuje na rozvoj dalších smyslů a dovedností u osob se zrakovým postižením, jako je např. sluch, hmat.
- **Zaměřit se na rozvoj kognitivních funkcí a dalších dovedností** – Je důležité podporovat prožívání a vyjadřování emocí, fantazie, představ a zážitků, které mohou být pro osoby se zrakovým postižením obtížně sdělitelné slovně. Hudba u daných jedinců dále podporuje rozvoj paměti, pozornosti, komunikační a řečových dovedností, kreativitu a další.
- **Zahrnovat hudbu do každodenního života osob se zrakovým postižením** – Hudba může být pro osoby se zrakovým postižením zdrojem radosti, potěšení, relaxace, útěchy, sebevyjádření a sociálního propojení. Je tak vhodné podporovat a motivovat dané jedince, aby hudbu zařazovaly do svého každodenního života (poslech hudby, zpěv, hra na hudební nástroj, jiné hudební aktivity, sdílení hudby s ostatními apod.). Nebo za pomoci dalších zdrojů hudby, např. webové stránky, aplikace, podkasty, rádia, koncerty, festivaly atd.
- **Zvyšovat povědomí a respekt k osobám se zrakovým postižením v hudebním prostředí** – Text poukazuje na to, že osoby se zrakovým postižením často čelí předsudkům, diskriminaci, izolaci a nedostatku příležitostí v hudebním prostředí. Bylo by tedy důležité zvyšovat povědomí a respekt k těmto osobám mezi hudebníky, pedagogy, terapeuty, organizátory, publikem a veřejností. Také by bylo potřebné vytvářet a zlepšovat podmínky pro jejich zapojení a účast v hudebním prostředí, například zajišťováním dostupnosti, přizpůsobováním prostoru, materiálů a metod, poskytováním podpory, zpětné vazby a uznání, nabízením různých možností a výzev atd.

- **Srovnávat účinnost různých typů a forem muzikoterapeutických intervencí** – Existuje mnoho různých způsobů, jak využívat hudbu v terapii, například aktivní nebo receptivní, individuální nebo skupinové, strukturované nebo neformální, improvizované nebo předem připravené, živé nebo nahrávané atd. Bylo by užitečné provést srovnávací studie, které by zkoumaly, které z těchto typů a forem jsou nejúčinnější a nejvhodnější pro různé cíle, potřeby a preference osob se zrakovým postižením.
- **Zkoumat dlouhodobé účinky a přenosnost muzikoterapeutických intervencí** – Text uvádí, že muzikoterapie může mít pozitivní vliv na různé aspekty života osob se zrakovým postižením, jako jsou sebevědomí, sebepojetí, sebereflexe, seberegulace, sebeurčení, sebeaktualizace atd. Bylo by zajímavé provést dlouhodobé studie, které by sledovaly, jak se tyto aspekty vyvíjejí a udržují v čase u osob se zrakovým postižením, které se účastní muzikoterapeutických intervencí, a jak se tyto aspekty přenášejí do jiných oblastí jejich života, jako jsou vzdělávání, práce, rodina, přátelé, volnočasové aktivity atd.
- **Zkoumat vliv kultury, tradice a identity na muzikoterapeutické intervence** – Hudba je kulturně a sociálně podmíněný fenomén, který odráží a utváří hodnoty, normy, zvyky, symboly, rituály, víry, postoje, emoce, vzorce chování a identity lidí. Bylo by zajímavé provést studie, které by zkoumaly, jak kultura, tradice a identita ovlivňují muzikoterapeutické intervence u osob se zrakovým postižením, jak se tyto aspekty projevují a prožívají v hudbě, a jak muzikoterapeuti mohou respektovat a využívat kulturní a sociální rozmanitost osob se zrakovým postižením.

Terapeutické intervence s využitím dramatu

- **Rozšířit výzkum o další typy zrakového postižení** – Získané studie se zaměřují pouze na těžké stupně zrakového postižení, jako je nevidomost. Jiné formy zrakového postižení by mohly vyžadovat odlišné přístupy k dramaterapii a mít jiné výsledky.
- **Zkoumat dlouhodobé efekty dramaterapie** – Text popisuje pouze krátkodobé intervence, které trvaly od několika dní do několika měsíců. Bylo by zajímavé sledovat, jak se účastníci dramaterapie vyvíjejí v delším časovém horizontu, jak si udržují a rozvíjejí získané sociální dovednosti, jak se vyrovnávají s psychickými problémy a jak se integrují do společnosti.

- **Zapojovat účastníky do návrhu a hodnocení dramaterapie** – Text se opírá o kvantitativní a kvalitativní metody výzkumu, které jsou založeny na pozorování, testování, rozhovorech a dotaznících. Tyto metody mohou být omezené tím, že nezohledňují subjektivní zkušenosti, preference a potřeby účastníků dramaterapie. Bylo by vhodné zapojit účastníky do návrhu a hodnocení dramaterapie, například prostřednictvím akčního výzkumu, spoluvytváření, reflexe, zpětné vazby, sebehodnocení atd. Tím by se zvýšila participace, motivace, autonomie a spokojenost účastníků a zároveň by se získaly cenné informace pro zlepšení kvality a efektivity dramaterapie.

Terapeutické intervence založené na pohybu a tanci

- **Rozšířit výzkum na další druhy tance a pohybu** – Většina studií se zaměřila na tango jako formu tanečně-pohybové terapie pro osoby se zrakovým postižením. Bylo by zajímavé porovnat účinky jiných druhů tance a pohybu, jako například baletu, hip-hopu, jógy nebo tai-chi, na fyzickou, psychickou a sociální úroveň těchto osob.
- **Zahrnout více účastníků s různými stupni zrakového postižení** – Většina studií pracovala s malým počtem účastníků, kteří měli zrakové postižení na úrovni nevidomosti nebo slabozrakosti. Bylo by užitečné zvýšit reprezentativnost vzorku a zahrnout více účastníků s různými stupni zrakového postižení, včetně těch, kteří mají zrakové postižení v kombinaci s jinými postiženími nebo onemocněními.
- **Zkoumat dlouhodobé dopady tanečně-pohybové terapie** – Většina studií sledovala krátkodobé nebo střednědobé dopady tanečně-pohybové terapie na osoby se zrakovým postižením. Bylo by zajímavé zkoumat, zda tyto dopady jsou trvalé a zda se projevují i v běžném životě těchto osob. Například, zda se zlepšuje jejich schopnost orientace, sebeúcta, kvalita života, sociální zapojení nebo prevence izolace a depresivních stavů.

7.4 Celková doporučení pro praxi

- Intervence založené na umění by měly být zváženy jako možná forma podpory pro osoby se zrakovým postižením, kteří čelí psychickým, sociálním nebo fyzickým výzvám.
- Intervence by měly být přizpůsobeny individuálním potřebám a preferencím účastníků, a měly by být prováděny kvalifikovanými odborníky z oblasti uměleckých

terapií nebo expresivních terapií. Intervence by měly být také monitorovány a hodnoceny pomocí vhodných nástrojů a ukazatelů.

- Text také poukazuje na fakt, že osoby se zrakovým postižením jsou velmi heterogenní skupinou, která vyžaduje individuální přístup s ohledem na stupeň zrakového postižení, ale také na další aspekty, jako jsou kognitivní, emoční, sociální a motorické schopnosti, umělecké dovednosti a preference, osobnost, motivace, cíle a očekávání
- Terapeuti a další odborníci by měli respektovat a využívat jedinečné silné stránky, zdroje a potenciál osob se zrakovým postižením a nabízet jim vhodné, bezpečné, stimulující a smysluplné umělecké zážitky a prožitky.
- Zvýšit spolupráci a komunikaci mezi různými obory a profesemi zabývajícími se osobami se zrakovým postižením (pedagogové, speciální pedagogové, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, lékaři a další). Řada z nich může poskytnout podporu, poradenství, zpětnou vazbu a sdílet své zkušenosti a znalosti. Také by bylo prospěšné zlepšit komunikaci a zapojení rodin, pečovatelů a vrstevníků osob se zrakovým postižením do muzikoterapeutického procesu.

Celková doporučení pro další výzkum

- Zaměřit se více na multisenzorický přístup v užívání uměleckých modalit u osob se zrakovým postižením, které mohou stimulovat a posilovat jiné smysly, jako je sluch, hmat, čich a chuť, a také podporovat rozvoj jiných dovedností, jako je paměť, pozornost, řeč, komunikace, orientace, pohyb a kreativita. Bylo by zajímavé provést další studie, které by měřily a porovnávaly tyto aspekty u osob se zrakovým postižením, které se účastní terapeutických intervencí založených na umění, s těmi, kteří se jich neúčastní.
- Je třeba provést více studií s větším počtem účastníků, různými typy zrakového postižení, různými formami intervencí založených na umění a různými výsledky. Studie by měly také sledovat dlouhodobé účinky intervencí a zkoumat možné mediátory a moderátory jejich účinnosti. Studie by měly také používat rigorózní metodologii, jako je randomizovaný kontrolovaný design, a poskytovat podrobné informace o charakteristikách intervencí a účastníků.

- **Speciální pedagogové** mohou zahrnout prvky uměleckých terapií do oblastí výchovy a vzdělávání, jako prostředek pro jejich další rozvoj a sociální integraci osob se zrakovým postižením. Pomocí těchto prostředků mohou u daných jedinců rozvíjet jejich kreativitu, sebevyjádření, komunikační a sociální dovednosti, sebeúctu a identitu. Arteterapie také může přispět k zlepšení jejich psychického a emocionálního stavu, zvládnání stresu a frustrace, a k prevenci nebo řešení problémového chování.

7.5 Zhodnocení silných stránek a limitů studie

Mezi silné stránky této studie patří především podrobná analýza studií v dané problematice vycházející z principů scoping review. Tato pozitiva se pak odráží zejména v několika klíčových aspektech díky pečlivému dodržování standardů doporučených v rámci scoping review podle metodologie JBI (Joanna Briggs Institute). Zde jsou hlavní pozitiva tohoto přístupu:

- Proaktivní vytvoření protokolu scoping review: Před samotným zahájením studie byl vypracován a publikován protokol scoping review, což zvýšilo transparentnost a plánovitost celého výzkumného procesu.
- Systematické vyhledávání v elektronických databázích: Pro dosažení komplexnosti bylo provedeno důkladné vyhledávání v širokém spektru vědeckých databází, zahrnuty byly také zdroje šedé literatury.
- Podrobná analýza získaných studií: Posouzení všech získaných zdrojů na základě inkluzivních kritérií a to jak na úrovni názvů a abstraktů, tak také plnotextů tam, kde bylo možné předpokládat, že se jedná o relevantní studii našeho šetření.
- Dvojitá kontrola: Pro minimalizaci chybovosti byly všechny fáze tvorby scoping review realizovány nejméně dvěma hodnotiteli.
- Aktuálnost tématu: Analýza málo probádané a tím i stále aktuální problematiky uměleckých terapií ve vztahu k osobám se zrakovým postižením.

I přes snahu o vysokou rigorozitu v procesu vytváření daného scoping review jsme identifikovali některá omezení, zejména pak:

- Nízký počet studií pro všechny oblasti: Je patrné, že v rámci našeho šetření bylo zjištěno, že některým oblastem uměleckých terapií ve vztahu k osobám se ZP je v rámci výzkumu věnována větší pozornost než jiným. I přesto, že nízký počet

některých studií přináší pozitivní zjištění v rámci léčby a rehabilitace u osob se ZP, nemůžeme považovat takovýto počet studií za dostačující, taktéž s přihlédnutím k jejich aktuálnosti a době vydání.

ZÁVĚR

Tato práce je založena na tvorbě scoping review, které se zabývá uměleckými terapiemi jejich intervencemi a účinky v léčbě a rehabilitaci osob se zrakovým postižením. Scoping review je jedním z typů systematického review, které poskytuje přehled stavu výzkumu v dané oblasti, identifikuje mezery ve znalostech a objasňuje klíčové pojmy a definice v literatuře. Scoping review se liší od jiných typů systematických review tím, že má obecnější cíle, zahrnuje studie s různými typy designů, neprovádí hodnocení metodologické kvality zahrnutých studií a neobsahuje syntézu výsledků formou meta-analýzy nebo meta-syntézy.

V rámci teoretické části práce byla představena problematika zrakového postižení, jeho příčiny a důsledky, které s sebou zraková vada nese. Blíže byly specifikovány různé směry uměleckých terapií / expresivních (uměleckých) terapií (arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, tanečně-pohybová terapie, biblioterapie, poetoterapie, expresivní psaní) či jiné modalities založené na umění přinášející terapeutický potenciál a možné účinky pro osoby se zrakovým postižením.

Pro tvorbu empirické části práce byla provedena systematická rešerše v elektronických databázích, na základě předem stanovených inkluzivních kritérií, rešeršních otázek a vyhledávací strategie podle akronymu P-C-C (participant, concept, context). Pro screening a extrakci dat byli použiti dva nezávislí hodnotitelé a byla dodržována JBI metodika pro scoping review a PRISMA standard pro systematická review. Celkem bylo nalezeno 75 relevantních studií. Ty byly dále podrobně analyzovány podle inkluzivních kritérií a získané informace byly zaznamenány do extrakční tabulky.

Hlavním cílem práce byla identifikace daných modalit a jejich specifík a účinků pro osoby se zrakovým postižením. Současně s tím bylo dalším cílem zanalyzovat výzkumnou evidenci o účincích uměleckých a expresivních (uměleckých) terapií a příbuzných přístupů u osob se zrakovým postižením. Bylo zjištěno, že umělecké terapie mohou mít pozitivní vliv na fyzické, psychické a sociální funkce osob se zrakovým postižením, a to jak v akutní, tak v chronické fázi ztráty zraku. Tato část práce byla rozdělena do několika oblastí, a to podle zvolené intervence založené na umění.

První část se tak věnuje studiím, které využívají výtvarné umění jako terapeutický nástroj pro osoby se zrakovým postižením. V textu jsou podrobněji analyzovány klíčové aspekty těchto intervencí, jako jsou výběr a původ materiálů, práce s emocemi, symbolika, estetické vnímání, rozvoj prostorových a pohybových dovedností, sebepojetí a sebeúcta, socializace

a komunikace. Na základě získaných studií bylo identifikováno, že výtvarné umění může být účinným a spolehlivým prostředkem pro regulaci chování a emocí, otevření vlastního nitra, objevování sebe sama a přijetí svého postavení ve společnosti i ve svém každodenním životě

Další část se zabývá studii s využitím hudby jako terapeutického prostředku u osob se zrakovým postižením. V textu je uvedeno několik příkladů studií, kdy muzikoterapie měla pozitivní vliv na socializaci, komunikaci, sebevyjádření, emoční stabilitu a kognitivní rozvoj daných jedinců. Jsou zde také popsány různé metody a techniky muzikoterapie, které byly použity v jednotlivých studiích, např. rytmická cvičení, hra na nástroje, zpěv, hudební improvizace, hudební nahrávky apod. Často je zdůrazňován individualizovaný a holistický přístup k muzikoterapii, který respektuje specifické potřeby a možnosti každého klienta se zrakovým postižením.

Mimo konkrétně specifikovaných muzikoterapeutických intervencí byly také zahrnuty studie s terapeutickým charakterem využívající hudbu, např. využití hudebních stanic a hudby k rozvoji kreativity, představivosti, emocí a osobnostního růstu u dětí se zrakovým postižením, nebo The Listening Program, G.I.M. model. Byly zdůrazňovány pozitivní účinky těchto intervencí na zlepšení chování, komunikace, sociální interakce, sebedůvěry, rovnováhy, učení, prostorové orientace a dalších aspektů života osob se zrakovým postižením. Prezentovány jsou také pohledy a zkušenosti hudebních terapeutů, kteří pracovali s touto klientelou, a poukazují na důležitost multidisciplinární spolupráce, vhodného prostředí, mluveného slova, výběru hudebních nástrojů a multisenzorických aktivit.

Další část se zabývá studii, které zkoumaly vliv hudby na pacienty podstupující různé typy očních operací, jako jsou operace katarakty, glaukomu nebo intravitreální injekce. Relaxační hudba byla spojována se snížením úzkosti, zvýšením spokojenosti, stabilizací krevního tlaku a srdeční frekvence u pacientů s kataraktou, a to jak před, tak i během a po operaci. Živá klasická klavírní hudba měla příznivý vliv na vitální funkce pacientů podstupujících oční chirurgii, zejména na snížení systolického a diastolického tlaku. Korejská tradiční hudba snižovala intenzitu bolesti u korejských pacientů podstupujících operaci katarakty, což naznačuje důležitost kulturního kontextu a preference hudby. Binaurální rytmy měly dodatečný anxiolytický účinek k prosté hudbě u pacientů s glaukomem, kteří byli vystaveni laserové terapii, a snižovaly nitrooční tlak, srdeční frekvenci a potřebu sedativ. Meditační hudba měla podobné účinky jako binaurální rytmy

u pacientů s diabetickou retinopatií, kteří byli léčeni laserem, a navíc snižovala hladinu stresu a zlepšovala krevní oční oběh.

Další oblast zahrnovala studie zkoumající vliv tanečně-pohybové terapie. Nejvíce studií popisovalo lekce tanga a jejich účinky na osoby se zrakovým postižením. Výsledky tanečně-pohybové terapie poukazovaly na zlepšení fyzické kondice, koordinace, rovnováhy, flexibility, sebevědomí, sociálních dovedností, emoční regulace, kreativity a radosti z pohybu. Analyzovány jsou teoretické i praktické aspekty tanečně-pohybové terapie, jako jsou výběr hudby, prostoru, nástrojů, technik, stylů, partnerů, skupin a individuálních sezení, role terapeuta, etické otázky, výzkumné metody a evaluace. Daná intervence je dále specifikována jako efektivní forma podpory pro osoby se zrakovým postižením, která jim umožňuje prožívat své tělo, emoce a vztahy skrze pohyb a hudbu.

Další část se zabývá studii, které zkoumaly vliv terapií s využitím dramatu u osob se zrakovým postižením. Popisovány jsou různé formy a cíle dramatické terapie, jako jsou divadelní hry, role-play, improvizace, pohádky, loutky, masky, pantomima, příběhy, básně, písně, humor, smích a radost ze hry. Studie poukazují na psychologické a pedagogické aspekty dramaterapie, jako jsou rozvoj osobnosti, identity, sebeúcty, sebevyjádření, kreativity, fantazie, komunikace, spolupráce, sociálních dovedností, emoční regulace, adaptace, kritického myšlení a kulturního povědomí.

Poslední oblast tvoří studie s využitím biblioterapie a expresivního psaní jako terapeutického prostředku u osob se zrakovým postižením. I přesto, že byl výzkumný vzorek velmi nízký (v počtu dvou studií), výsledky ukazují na možnost rozvíjet kritickou a kreativní mysl, objevovat nové světy a perspektivy, zpracovávat své zkušenosti a pocity, nacházet smysl a naději v životě, díky daným intervencím.

Celkově toto scoping review přináší ucelený přehled o existujících studiích, které se zabývají intervencemi založenými na umění u osob se zrakovým postižením. Studie ukazují, že umělecké terapie mohou mít pozitivní účinky na fyzickou, psychickou a sociální pohodu osob se zrakovým postižením, například zlepšení sebevědomí, komunikace, zvládnání stresu, kvality života a sociální integrace. Zároveň upozorňuje na fakt, že existuje mnoho různých způsobů, jak využívat umění v terapii, vzdělávání, rehabilitaci nebo volnočasových aktivitách. Text také poukazuje na některé mezery a limity v současném výzkumu, jako je nízký počet studií, malá reprezentativnost vzorků některých studií, nedostatečné hodnocení kvality a účinnosti intervencí, nebo nedostatek dlouhodobých a srovnávacích studií. Proto jsou v rámci diskuze navržena některá doporučení pro další výzkum a praxi v této oblasti, a

to např. zahrnutí více účastníků s různými stupni zrakového postižení, zkoumání různých typů a forem intervencí založených na umění, sledování dlouhodobých dopadů a přenosnosti intervencí nebo zahrnování kulturních aspektů do intervencí. Mimo jiné studie poukázaly na potřebu individuálního, multisenzorického a multioborového přístupu k uměleckým terapiím u osob se zrakovým postižením, a na potřebu dalšího výzkumu v této oblasti. Předkládaná práce tak přispívá k rozšíření poznatků a zvýšení povědomí o možnostech a přínosech na umění založených terapií pro osoby se zrakovým postižením. Domníváme se tak, že umění může být skvělým prostředkem, jak vyjádřit sebe sama, jak se učit novým věcem a dovednostem, ale zároveň se naučit pracovat s emocemi, jak regulovat chování a současně se bavit.

Výše popsané výsledky disertační práce obohatí oblast speciální pedagogiky v rámci teorie o pohled na umělecké terapie a jejich působení směrem k osobám se zrakovým postižením nejenom v rámci rozvoje poznávacích procesů, ale také v oblasti emocionální, sociální a psychické. Kromě praktického využití výsledných doporučení pro praxi ve výzkumném působení, může speciální pedagogika pokládat i zakomponované interdisciplinární přesahy do oblastí estetických výchov s návrhy intervencí, které mohou být při práci s jedinci se zrakovým postižením použity.

„Jakmile slepí lidé zjistí, že mohou dělat věci sami – vyvolá to v nich štěstí. Ale stále existuje malý smutný pocit, že jsou slepí a nevidí“, Jim, 10 let, totální slepota (Aach, 1976).

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADCR	Asociace dramaterapeutů České republiky
ADTA	American Dance Therapy Association
AMTA	American Music Therapy Association
AP	Automatizovaná perimetrie
AT	Art Therapy (arteterapie)
BADTH	The British Association of Dramatherapists
BPA	British Psychodrama Association
CAM (stimulátor)	Campbellův zrakový stimulátor
CNS	Centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
DMO	Dětská mozková obrna
DMT	Dance-movement Therapy (Tanečně-pohybová terapie)
DT	Drama Therapy (dramaterapie)
EADMT	European Association Dance Movement Therapy
IETA	International Expressive Arts Therapy Association
JBİ	Joanna Briggs Institute
MBMTP	Program mindfulness-based music therapy
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
MM	Music Medicine (hudební medicína)
MT	Music Therapy (muzikoterapie)
NADTA	North American Drama Therapy Association
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
ROP	Retinopatie nedonošených
SR	Scopin review
WFMT	World Federation of Music Therapy
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZO	Zraková ostrost
ZP	Zrakové postižení

SEZNAM OBRÁZKŮ a GRAFŮ

Obrázek 1 - Hierarchie vědeckých důkazů z hlediska účinnosti (Marečková & Klugarová, 2015)	71
Obrázek 2 - PRISMA flowchart (pro účely práce přeloženo do češtiny).....	79
Graf 3 – Celkový počet studií podle roku jejich publikace.	81
Graf 4 – Celkové demografické rozložení studií podle země publikace.	82
Graf 5 - Počet studií publikovaných v oblasti AT podle roku vydání.	85
Graf 6 - Geografické rozložení studií v oblasti AT.	86
Graf 7 - Druh a stupeň zrakového postižení podle počtu studií v oblasti AT.....	88
Graf 8 - Počet studií publikovaných v oblasti MT.	95
Graf 9 – Geografické rozložení studií v oblasti MT.	96
Graf 10 -Druh a stupeň zrakového postižení podle počtu studií v oblasti MT.....	99
Graf 11 - Počet studií publikovaných v oblasti MM podle roku vydání.	109
Graf 12 - Geografické rozložení studií s využitím hudby v oblasti medicíny.	109
Graf 13 - Druh a stupeň zrakového postižení podle počtu studií v oblasti MM.....	114
Graf 14 - Počet studií publikovaných v oblasti DM podle roku vydání.	121
Graf 15 – Geografické rozložení studií v oblasti DM.....	121
Graf 16 - Druh a stupeň zrakového postižení podle počtu studií v oblasti DT.....	123
Graf 17 - Počet studií publikovaných v oblast DMT podle roku vydání.	127
Graf 18 - Geografické rozložení studií v oblasti DMT.....	128
Graf 19 - Druh a stupeň zrakového postižení podle počtu studií v oblasti DMT.	130
Graf 20 - Počet studií publikovaných pro oblast dalších intervencí založených na umění podle roku vydání.	135
Graf 21 - Geografické rozložení studií s využitím dalších intervencí založených na umění.	135
Graf 22 - Druh a stupeň ZP podle počtu studií v oblasti dalších intervencí založených na umění.	136

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10, H00– H59 Nemoci oka a očních andex.	26
Tabulka 2 - Klasifikace zrakového postižení dle WHO.	27
Tabulka 3 - Hlavní řešitelé a členové odborného týmu při tvorbě Scoping review.	73
Tabulka 4 - Hesla k realizaci pokročilé literární rešerše v rámci tvorby scoping review. .	75
Tabulka 5 - Přehled získaných studií v oblasti AT.....	86
Tabulka 6 - Charakteristiky účastníků v oblasti AT.....	88
Tabulka 7 - Přehled získaných studií v oblasti MT.....	96
Tabulka 8 - Charakteristiky účastníků v oblasti MT.	100
Tabulka 9 - Přehled získaných studií v oblasti MM.....	110
Tabulka 10 - Charakteristiky účastníků v oblasti MM.....	114
Tabulka 11 – Přehled získaných studií v oblasti DT.....	122
Tabulka 12 - Charakteristiky účastníků v oblasti DT.....	123
Tabulka 13 - Přehled získaných studií v oblasti DMT.....	128
Tabulka 14 - Charakteristiky účastníků v oblasti DMT.....	130
Tabulka 15 - Přehled získaných studií v oblasti dalších intervencí založených na umění.	136
Tabulka 16 - Charakteristiky účastníků v oblasti dalších intervencí založených na umění.	137

REFERENČNÍ SEZNAM

- Aach, S. (1976). Drama: A Means of Self-Expression for the Visually Impaired Child. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 70(7), 282-285. <https://doi.org/10.1177/0145482X7607000703>
- ADČR – Asociace ADČR – Asociace dramaterapeutů České republiky. (2023). <http://www.adcr.cz/dramaterapie.html>
- ADTA – American ADTA – American Dance Therapy Association. (2023). <https://www.tanter.cz>
- Advanced Brain Technologies. (2009). *The Listening Program: Provider training guide*. Ogden, UT: Author.
- Aepkers F. & Stark, A. (2005). ICH HÖRE WAS, WAS DU NICHT SIEHST“ MUSIKTHERAPIE AN EINER SCHULE FÜR BLINDE. *Musiktherapie an einer Schule für Blinde*, p. 125-136.
- Ahessy, B. (2014). Music Therapy at ChildVision: The National Education Centre for Blind Children. *MDVI Euronet*. Dec. 9-13.
- Ahessy, B. (2021). ‘Boom Boom in the Zoom Zoom Room’: Online music therapy with children and adolescents with visual impairment. *British Journal of Visual Impairment*, 41(1), 143-161. <https://doi.org/10.1177/0264619621102934>
- Aimes, B., Warren, B., & Watling, K. (1986). *Social drama: Towards a therapeutic curriculum*. London: John Clare Books.
- Aliterra.eu (2023). Aliterra místo inspirace.
- Allen, K., Golden, L. H., Izzo, J. L., Jr, Ching, M. I., Forrest, A., Niles, C. R., Niswander, P. R., & Barlow, J. C. (2001). Normalization of hypertensive responses during ambulatory surgical stress by perioperative music. *Psychosomatic medicine*, 63(3), 487–492. <https://doi.org/10.1097/00006842-200105000-00019>
- Altman, K. P. (1981). Psychodrama with Blind Psychiatric Patients. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 75(4), 153-156. <https://doi.org/10.1177/0145482X8107500401>
- AMTA – American Music Therapy Association (2023). <https://www.musictherapy.org/>
- Anderson, F. E. (1996). *Art-Centered Education and Therapy for Children With Disabilities*.
- Aribaba, O. T., Adenekan, A. A., Alabi, A. A., Emefu, C. C., Ilo, O. T., Kareem, M. O., Oshodi, Y. O., Onakoya, A. O., & Akinsola, F. B. (2023). The Effect of Music on

- Operative Anxiety markers in patients undergoing Cataract Surgery: A dual centre cross-sectional comparative study. *West Afr J Med*. Nov 30;40(11):1240-1252.
- Arksey, H., & O'malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*.
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Ed.itors). (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. *JBI*. Available from: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- BADTH- The British Association of Dramatherapists. (2023). <https://www.badth.org.uk>
- Bakouros, S., Rarey, K., & Evered, J. (2023). Retinopathy of prematurity screening exams, adverse events, and music therapy: A case series. *Music Therapy Perspectives*, Volume 41, Issue 1, Spring 2023, Pages 47–53, <https://doi.org/10.1093/mtp/miac022>
- Baltrusch, H. J. (1956). *Klinisch psychologiesche Erfahrungen mit dem „FigureDrawing-Test“* (v překladu Oldřicha Machače), *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 3, 121, 29–40.
- Balunová, K., Ludíková, L., & Heřmánková, D. (2001). *Kapitoly z rané výchovy dítěte se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Baslerová, P. a kol. (2012). *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.
- Beach, J. D., Robinet, J. M., & Hakim-Larson, J. (1995). SelfEsteem and Independent living skills of adults with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 531-539.
- Beneš, P. (2019). *Zraková postižení: behaviorální přístupy při edukaci s pomůckami*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada).
- Berbrier, J. (2002). *Mental imagery and dreams : art therapy with visually impaired adolescents*.
- Bernstein, B. (1946). A Music Program for Blinded Veterans. *Music Educators Journal*, 33(1), 30-31. <https://doi.org/10.2307/3388430>
- Bertelmann, T. (2009). *Musiktherapie für Glaukompatienten: Adjuvante Glaukomtherapie*. Saarbrücken Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften. German.
- Bertelmann, T., & Stempel, I. (2015). Short-term effects of relaxation music on patients suffering from primary open-angle glaucoma. *Clinical ophthalmology (Auckland, N.Z.)*, 9, 1981–1988. <https://doi.org/10.2147/OPHTH.S88732>
- Bible21.cz (2023). <https://www.bible21.cz/>

- Bieber-Schut, R. (1991). The Use of Drama to Help Visually Impaired Adolescents Acquire Social Skills. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 85(8), 340-341. <https://doi.org/10.1177/0145482X9108500810>
- Blencowe, H., Lawn, J. E., Vazquez, T., Fielder, A., & Gilbert, C. (2010). Preterm-associated visual impairment and estimates of retinopathy of prematurity at regional and global levels for. *Pediatr Research*. 2013;74 Suppl 1:35–49. Dostupné zAvailable at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3873709/>
- Bourne, R. R. A., Flaxman, S. R., Braithwaite, T., Cicinelli, M. V., Das, A., Jonas, J. B., Keeffe, J., Kempen, J. H., Leasher, J., Limburg, H., Naidoo, K., Pesudovs, K., Resnikoff, S., Silvester, A., Stevens, G. A., Tahhan, N., Wong, T. Y., & Taylor, H. R. et al. (2017). Magnitude, temporal trends, an projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 5(9):e888–e97.
- BPA – British Psychodrama Association. (2023). <https://www.psychodrama.org.uk/>
- Brown, R. L., & Barrett, A. E. (2011). Visual impairment and quality of life among older adults: an examination of explanations for the relationship. *The Journals of Gerontology*. 66(3):364–73. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21402645/>
- Bryan, J. L., & Lu, Q. (2016). Vision for improvement: Expressive writing as an intervention for people with Stargardt's disease, a rare eye disease. *Journal of health psychology*, 21(5), 709–719. <https://doi.org/10.1177/1359105314536453>
- Camara, J. G., Ruszkowski, J. M., & Worak, S. R. (2008). The effect of live classical piano music on the vital signs of patients undergoing ophthalmic surgery. *Medscape journal of medicine*, 10(6), 149.
- Cartledge, G., & Kleefeld, J. (1991). *Taking part*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Clark, K. (2012, June). “Fingering” it out! Emergent literacy for infants and toddlers, including those who are blind or visually impaired. *Cincinnati, OH: Bureau of Early Intervention Services Training*.
- Codding, P. (1984). Music therapy for visually impaired children. In W. B. Lathom & C. T. Eagle (Eds.), *Music therapy for handicapped children. Volume I: For the hearing impaired, visually impaired, deaf-blind* (pp. 43–96). Washington, DC: National Association for Music Therapy.
- Corrigan, M. J., Keeler, J. R., Miller, H. D., Ben Khallouq, B. A., & Fowler, S. B. (2020). Music therapy and retinopathy of prematurity screening: using recorded maternal

- singing and heartbeat for post exam recovery. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*, 40(12), 1780–1788. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-0719-9>
- Cruise, C. J., Chung, F., Yogendran, S., & Little, D. (1997). Music increases satisfaction in elderly outpatients undergoing cataract surgery. *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthesie*, 44(1), 43–48. <https://doi.org/10.1007/BF03014323>
- CZMTA – Czech Music Therapy Association. (2023). Muzikoterapeutická asociace České republiky. <https://www.czmta.cz/>
- Čáp, J., & Mareš, J. (2001). *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál.
- Dannhoferová, J. (2012). *Velká kniha barev: Kompletní průvodce pro grafiky, fotografy a designéry*. Computer Press (CP Books).
- Darewych, O. (2009). The Effectiveness of Art Psychotherapy on Self-Esteem, Self-Concept, and Depression in Children with Glaucoma. *Canadian Art Therapy Association Journal*, 22(2), 2–17. <https://doi.org/10.1080/08322473.2009.11434779>
- Darrow, A. A., & Novak, J. (2007). The Effect of Vision and Hearing Loss on Listeners' Perception of Referential Meaning in Music. *Journal of Music Therapy*. Volume 44. Issue 1, Spring. Pages 57–73. <https://doi.org/10.1093/jmt/44.1.57>
- Dauber M. (2011). "What is Essential is Invisible to the Eye" – A Music Therapy Tale of a Young Woman with Visual Impairment. *Approaches: Music Therapy & Special Music Education*. Special Issue 2011. <http://approaches.primarymusic.g>
- DeBoth, K. K., Olszewski, C. A., Roberge, N., & Owen, M. (2021). Interprofessional Occupational Therapy and Music Therapy Piano Keyboard Intervention for Preschoolers with Visual Impairments: A Non-Randomized Pilot Case Study. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 14(1), 39–58. <https://doi.org/10.1080/19411243.2020.1787293>
- Digiulio, D. D. (2017). The Use of Art Therapy with the Blind to Impact a Sense of Capability.
- Dosedlová, J. (2012). *Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Praha: Grada. Psyché (Grada).
- Drlíčková Svatava (2023). <https://www.svatavadrlickova.cz/>
- Duggan, D. (1978). Goals and methods in dance therapy with severely multiply handicapped children. *American Journal of Dance Therapy*, 2 (1), 31-34.
- EADMT - European Association Dance Movement Therapy. (2023). Etický kodex.

- Elwafi, R. (2013). Chapter 10 – Visually impaired school children. HINTZ, M. *Guidelines for Music Therapy Practice in Developmental Health*.
- Eschstruth, P. (2004). *Einfluss akustischer und imaginativer Entspannungsmethoden auf den intraokularen Druck, Musiktherapie beim primären Offenwinkelglaukom*. Philipps-Universität Marburg. <https://doi.org/10.17192/z2004.0478>
- Expressive Arts. (2023). *WHAT IS EXPRESSIVE ARTS?.* <https://www.expressiveartssandiego.com/>
- Ezepue, Ch. O., Anyatonwu, O. P., Duru, Ch. Ch., Odi, F., Onoh, Ch., Nwachukwu, N., & Oguonu, Ch. A. (2023). Effect of music on preoperative anxiety using the Hamilton State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in patients undergoing cataract surgery in the University of Nigeria Teaching Hospital, Ituku Ozalla. *BMJ Open Ophthalmology* 2023;8:e001498. <https://doi.org/10.1136/bmjophth-2023-001498>
- Farroni, T., & Menon, E. (2008). Visual perception and early brain development. In R. E. Tremblay, M. Boivin, R. De. V. Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development. <http://www.child-encyclopedia.com/documents/FarroniMenonANGxp.pdf>.
- Fauchereau, S., (Ed.), (2007). *En torno al Art Brut*.
- FBLT – *Funkce buněk a lidského těla: Multimediální skripta*. (2022). [cit. 2022-05-02]. <http://fb.lt.cz/>
- Finková, D. (2011). *Rozvoj hapticko-taktilního vnímání osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Finková, D., Ludíková, L., & Růžičková, V. (2007). *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: VUP.
- Fiorelli, V. M., Kasahara, N., Cohen, R., França, A. S., Della Paolera, M., Mandia, C., Jr, & de Almeida, G. V. (2006). Improved automated perimetry performance following exposure to Mozart. *The British journal of ophthalmology*, 90(5), 543–545. <https://doi.org/10.1136/bjo.2005.085902>
- Fitzgerald, R. G., & Parkes, C. M. (1998). Blindness and loss of other sensory and cognitive functions. *BMJ*. 316(7138):1160–3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1112947/>
- Flaxman, S. R., Bourne, R. R. A., Resnikoff, S., Ackland, P., Braithwaite, T., Cicinelli, M. V., Das, A., Jonas, J. B., Keeffe, J., Kempner, J. H., Leasher, J., Limburg, H., Naidoo, K., Pesudovs, K., Silvester, A., Stevens, G. A., Tahhan, N., Wong, T. Y., & Taylor, H.

- R. et al. (2017). Global causes of blindness and distance vision impairment 1990-2020: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(12):e1221–e34. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29032195/>
- Flenerová, H. (1985). *Kapitoly z tyflopédie*. Praha: Univerzita Karlova.
- Friedlová, M., Drlíčková, S., Kružiková, L., Počtová, L., & Yue, L. (2020). *Muzikofiletické techniky v inkluzivní výuce*. 1. vydání. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Friedman, J., & Pasnak, R. (1973). Accelerated acquisition of classification skills by blind children. *Developmental Psychology*, 9(3), 333–337.
- Frost, M. C. S. (1984). Changing movement patterns and lifestyle in a blind, obsessive compulsive. *Am J Dance Ther* 7, 15–31. <https://doi.org/10.1007/BF02579628>
- Gatineau, A. (1994). *Art-therapy with deaf-blind children*.
- Goodwin, R. (2004). *Dreamlife. How Dreams Happen*. Library of Congress Cataloging in Publication Data.
- Gronna, S. S., Serna, L. A., Kennedy, C. H., & Prater, M. A. (1999). Promoting generalized social interactions using puppets and script training in an integrated preschool. A single-case study using multiple baseline design. *Behavior modification*, 23(3), 419–440. <https://doi.org/10.1177/0145445599233005>
- Guerrier, G., Abdoul, H., Jilet, L., Rothschild, P. R., & Baillard, C. (2021). Efficacy of a Web App-Based Music Intervention During Cataract Surgery: A Randomized Clinical Trial. *JAMA ophthalmology*, 139(9), 1007–1013. <https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2021.2767>
- Gussac, D., & Riley, M. (2016). *The Wiley Handbook of Art Therapy* (s. 68–76) UK: John Wiley & Sons.
- Hackney, M. E., Hall, C. D., Echt, K. V., & Wolf, S. L. (2012). Application of adapted tango as therapeutic intervention for patients with chronic stroke. *Journal of geriatric physical therapy* (2001), 35(4), 206–217. <https://doi.org/10.1519/JPT.0b013e31823ae6ea>
- Hackney, M. E., Hall, C. D., Echt, K. V., & Wolf, S. L. (2013). Dancing for balance: feasibility and efficacy in oldest-old adults with visual impairment. *Nursing research*, 62(2), 138–143. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318283f68e>
- Hartley, W. S. (1954). An experimental study to determine the effectiveness of functional music with blind children. University of the Pacific, Thesis. https://scholarlycommons.pacific.edu/uop_etds/1256

- Hashemian, P., Mashoogh, N. & Jarahi, L. (2015). Effectiveness of Music Therapy on Aggressive Behavior of Visually Impaired Adolescents. *Journal of Behavioral and Brain Science*. 05. 96-100. 10.4236/jbbs.2015.53009.
- Herbert, T. P., & Kent, R. (2000). Nurturing social and emotional development in gifted teenagers through young adult literature. *Roeper Review*, 22(3), 167-172.
- Herrmann, U. (1995). A Trojan horse of clay: Art therapy in a residential school for the blind. *The Arts in Psychotherapy*, 22(3), 229–234. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(95\)00023-X](https://doi.org/10.1016/0197-4556(95)00023-X)
- Herrmann, U. (2006). Blick und Blindheit in der Kunsttherapie. *Kunst & Therapie, Zeitschrift für bildnerische Therapien*, 1/2006, Seite 43-54.
- Herrmann, U. (2016). Der Blick des blinden Schöpfers – Kunsttherapie mit geburtsblinden Kindern. III Kunst und Psyche: Forschungsanlässe und Forschungsprozesse. Seite 127 – 141.
- Heyraud, J. (2013). *Z 'accompagnement au quotidien des personnes déficientes visuelles*. Toulouse: ERES, 230 s.
- Higgins, J., & Green, S. (Eds.). (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. ed: The Cochrane Collaboration.
- Holzer, L. & Drlíčková, S. (2012). *Celostní muzikoterapie v institucionální výchově*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hromádková, L. (2011). *Šilhání*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Hungry Fingers.com – Educational Tools fo Young Learners with Special Needs. <https://hungryfingers.com/products.html>
- Hycl, J., & Trybučková, L. (2008). *Atlas oftalmologie*. 2. vyd. V Praze: Triton.
- Hynes A. McC. (1986). *Biblio/Poetry Therapy: The Interactive Process: A Handbook*. North Star Pr Of St Cloud.
- Chakraborty, S. (2023). Dance Movement Therapy and Psycho-social Rehabilitation
- Chan, J. C., Chan, L. P., Yeung, C. P., Tang, T. W., O, Y. M., & Lam, W. C. (2020). Effect of Music on Patient Experience during Intravitreal Injection. *Journal of ophthalmology*, 2020, 9120235. <https://doi.org/10.1155/2020/9120235>
- Chan, S. H. W., Cheung, M. Y. C, Chiu, A. T. S., Leung, M. H. T., Kuo, M. C. C., Yip, D. Y. C., Hui, C. C. Y., Kam, S. W. I., Yeung, K., Mui, D. S. P., Wang, S. M., & Yip, C. C. K. (2023). Clinical effectiveness of mindfulness-based music therapy on improving

- emotional regulation in blind older women: A randomized controlled trial. *Integr Med Res.* 2023 Dec;12(4):100993. <https://doi.org/10.1016/j.imr.2023.100993>
- Chen, X., Seth, R. K., Rao, V. S., Huang, J. J., & Adelman, R. A. (2012). Effects of music therapy on intravitreal injections: a randomized clinical trial. *Journal of ocular pharmacology and therapeutics : the official journal of the Association for Ocular Pharmacology and Therapeutics*, 28(4), 414–419. <https://doi.org/10.1089/jop.2011.0257>
- Choi, S., Park, S. G., Bellan, L., Lee, H. H., & Chung, S. K. (2018). Crossover clinical trial of pain relief in cataract surgery. *International ophthalmology*, 38(3), 1027–1033. <https://doi.org/10.1007/s10792-017-0554-y>
- IEATA - International Expressive Arts Therapy Association ® (2023). <https://www.ieata.org/>
- Ingerative Psychotherapy.co (2023). *What are Expressive Arts Therapy?*. <https://integrativepsych.co/>
- Jacobsen, S. L., Bonde, L. O., & Pedersen, I. N. (2019). *A Comprehensive Guide to Music Therapy*. Jessica Kingsley Publishers; 2nd edition.
- James, E. R. (2007). *The etiology of steroid cataract*. *Journal of Ocular Pharmacology and Therapeutics*. 23(5):403-20. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17900234/>
- Jankovský, J. (2001). *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: Triton.
- Jarmar, J. K. (2021). *Jak efektivně trénovat pozornost a koncentraci?*. Code of life [online]. [cit. 2022-05-02]. <https://codeoflife.cz/>
- Jennings, S. & Gersie, A. (1987). Dramatherapy with disabled adolescents. In S. Jennings (Ed.), *Drama therapy theory and practice for teachers and clinicians* (pp. 162-182).
- Jennings, S. (1974). *Drama with the physically handicapped*. Remedial drama: A handbook/or teachers (pp. 49-57). New York: Theatre Arts Books.
- Jesenský, J. (1988). *Hmatové vnímání informací s pomocí tyflografiky*. Knižnice speciální pedagogiky. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Jeyes, G. (2004) Evaluating the effectiveness of The Listening Program-Training for children who are underachieving in a state school. Proceedings of the 6th International Conference of the British Dyslexia Association, University of Warwick, United Kingdom.
- Johnson, S. P. (2011). *Development of visual perception*. *WIREs Cogn Sci*, 2: 515-528. <https://doi.org/10.1002/wcs.128>

- Kantor, J. a kol. (2016). *Společné a rozdílné v uměleckých (kreativních) terapiích*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého
- Kantor, J., Lipský, M., Weber, J. a kol. (2009). *Základy muzikoterapie*. Grada.
- Kantor, J., Špinarová, G., Marečková, J., & Růžičková, V. (2021). Umělecké terapie, jejich intervence a účinky v léčbě a rehabilitaci osob se zrakovým postižením: protokol scoping review. *Rehabilitácia*. Slovensko: Liečreh, 2021, LVIII (58)(1), s.78-86.
- Karkou, V., & Sanderson, P. (2006). *Arts Therapies: A Research-based Map of the Field*. Churchill Livingstone; 1st edition.
- Keblová, A. (1999). *Čich a chuť u zrakově postižených*. Praha: Septima.
- Keblová, A. (1999). *Sluchové vnímání u zrakově postižených*. Praha: Septima.
- Keblová, A., Lindáková, L., & Novák, I. (2000). *Náprava poruch binokulárního vidění*. Praha: SEPTIMA.
- Kern, P. (2002). *The Sound Path - Finding My Way in The Playground*.
- Kieckhefer, R. (2005). *Magie ve středověku*. 1. vyd. Praha: Argo. s. 17.
- Kimplová, T., & Kolaříková, M. (2014). *Jak žít s těžkým zrakovým postižením?: souhrn (nejen) psychologické problematiky*. Praha: Triton.
- Klugar, M. (2015). *Systematická review ve zdravotnictví*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Knight M. R. (1974). *MUSIC THERAPY WITH A BLIND BOY*. Tokanui Hospital (Psychiatric).
- Koch, C. (1952). *The tree test*. New York, Gune & Stratton.
- Kochová, K., & Schaeferová, M. (2015). *Dítě s postižením zraku: rozvíjení základních dovedností od raného po školní věk*. Praha: Portál. Komenského v Bratislave.
- Komenský: odborný časopis pro učitele základní školy. (2023). Rozhovor s Janem a Vladimírou Slavíkovými o artefietice jako expresivní tvorbě spojené s reflexí v dialogu (2019). [cit. 2023-11-02]. <https://www.ped.muni.cz/komensky/clanky/rozhovor-s-janem-a-vladimirou-slavikovymi-o-artefietice-jako-expresivni-tvorbe-spojene-s-reflexi-v-dialogu>
- Kováčová, B. (2018). *Prolegoména k rané biblioterapii*. In Kováčová, B., & Valešová Kováčová, B., & Valešová Malecová, B. (2018). *Biblioterapia v ranom a předškolním věku*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave.
- Kraus, H. a kol. (1997). *Kompendium očního lékařství*. Praha: Grada.
- Kropáčková, J. & Splavcová, H. (2016). *Dvouleté děti v předškolním vzdělávání: od podzimu do zimy*. Praha: Raabe.

- Kroupová, K., Baše, L., Hanáková, A., Krahulcová, K., Martinková, E., Pastieriková, L., Regec, V., Růžička, M., Urbanovská, E., & Vožechová, J. a kol. (2016). *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada.
- Kudelová, I., & Květoňová-Švecová, L. (1996). *Malé dítě s těžkým poškozením zraku : raná péče o dítě se zrakovým a kombinovaným postižením*. Brno: Paido.
- Kulka, J. (1990). *Psychologie umění*. Praha: SPN, s. 28.
- Kulka, J. (2008). *Psychologie umění*. Vyd. 2., přeprac. a dopl., V Grada Publishing 1. Psyché (Grada). Praha: Grada.
- Kulka, T., & Ciporanov, D. (2010). *Co je umění?: texty angloamerické estetiky 20. století*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. s. 80.
- Květoňová-Švecová, L. (2000). *Oftalmopedie*. 2. dopl. vyd. Brno: Paido.
- Kyrillos, R., & Caissie, M. (2017). Effect of music on surgical skill during simulated intraocular surgery. *Canadian journal of ophthalmology. Journal canadien d'ophtalmologie*, 52(6), 538–542. <https://doi.org/10.1016/j.jcjo.2017.04.008>
- Landy, R. (1985). The image of the mask: Implications for theatre and therapy. *Journal of Mental Imagery*, 9(4), 43–56.
- Landy, R. J. (2017). The love and marriage of psychodrama and drama therapy. *The Journal of Psychodrama, Sociometry, and Group Psychotherapy*, 65(1), 33–40. <https://doi.org/10.12926/0731-1273-65.1.33>
- Lawrence, D. L. (2003). Sound therapy through The Listening Program-Results of a year-long experiment with dyslexic students. *PATOSS Bulletin*, May/June.
- Lenkowsky, R. S. (1987). Bibliotherapy: A Review and Analysis of the Literature. *The Journal of Special Education*, 21(2), 123-132. <https://doi.org/10.1177/002246698702100211>
- Levens, M. (1986). Art therapy with the visually impaired. *Insight*, 4(1), 21-23. <https://doi.org/10.1177/026461968600400107>
- Lev-Wiesel, R., Aharoni, S., & Bar-David, K. (2002). Self-figure drawings of born-blind adults: stages of artistic development and the expression of the senses. *The Arts in Psychotherapy* 29 (2002) 253–259.
- Linkos.cz. (2021). *Zhoubné nádory oka, očníce, víček a slzné žlázy*. Linkos [online]. [cit. 2021-11-21]. <https://www.linkos.cz/>
- Levine, E. G., Knill, P. J., & Levine, S. K. (2014). *Principles and Practice of Expressive Arts Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. Litvak, A. G.

- (1979). *Nástin psychologie nevidomých a slabozrakých*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. Knižnice speciální pedagogiky.
- Llamas, J. M. (2016). La musicoterapia en alumnos con deficiencias visuales. Actividades para la mejora de la calidad de vida y la salud física, social, comunicativa, emocional e intelectual. Págs. 138-153.
- Lowen, A. (2002). *Bioenergetika. Terapie duše pomocí práce s tělem*. Praha, Portál.
- Ludíková, B. (2013). *Propedeutické lékařské disciplíny 2 - základy psychiatrie, otorhinolaryngologie a oftalmologie pro speciální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ludíková, L., & Stoklasová, V. (2005). *Tyflopedie pro výchovné pracovníky*. Olomouc.
- Machover, K. (1949). *Personality Projection in the Drawing of the Human Figure*. (A Method of Personality Investigation). Illinois, Springfield: Charles C. Thomas.
- Majerová, H. (2016). *Vnímání osoby se zrakovým postižením v kontextu specifík představitosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Malecová, B. (2018). *Biblioterapia v ranom a predškolskom veku*. Bratislava: Univerzita.
- Malchiodi, C. A. (2001). *Using drawings as interventions with traumatized children*. *Trauma and Loss: Research and Interventions*, 1(1), 21–27.
- Malchiodi, C. A. (2006). *Art Therapy Sourcebook* (2nd ed.). McGraw-Hill Professional.
- Malchiodi, C. A. (2014). *Creative Arts Therapy and Expressive Arts Therapy*. In.: Psychologytoday.com [cit. 2023-11-02]. Available at: <https://www.psychologytoday.com/>
- Marques, J. C., Vanessa, A. C., Fiorelli, M. B., & Kasahara, N. (2009). Improved automated perimetry performance in elderly subjects after listening to Mozart. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 64(7), 665–667. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322009000700010>
- Marečková, J., Klugarová, J. (2015). *Evidence-Based Health Care: Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech*. 1. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Meaidi, A., Jennum, P., Ptito, M., & Kupersac, R. (2014). *The sensory construction of dreams and nightmare frequency in congenitally blind and late blind individuals*. *Sleep Medicine*, 15(5). 586-595. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.12.008>
- Merakou, K., Varouxí, G., Barbouni, A., Antoniadou, E., Karageorgos, G., Theodoridis, D., Koutsouri, A., & Kourea-Kremastinou, J. (2015). Blood Pressure and Heart Rate Alterations through Music in Patients Undergoing Cataract Surgery in Greece. *Ophthalmology and eye diseases*, 7, 7–12. <https://doi.org/10.4137/OED.S20960>

- Metell, M. (2015). "A great moment . . . because of the music": An exploratory study on music therapy and early interaction with children with visual impairment and their sighted caregivers. *British Journal of Visual Impairment*, 33(2):111-125. DOI:[10.1177/0264619615575792](https://doi.org/10.1177/0264619615575792)
- Metodický portál RVP.cz (2022). *Specifika komunikace se žákem se zrakovým postižením*. Metodický portál RVP.cz [online]. [cit. 2022-05-02]. <https://digifolio.rvp.cz/>
- MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018*. (2018). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Moravcová, D. (2007). *Zraková terapie slabozrakých: jak efektivně využít slabý zrak*. V Praze: Triton.
- Muddana, S. K., Hess, O. M., Sundar, S., & Venkatesh, R. (2021). Preoperative and perioperative music to reduce anxiety during first-time phacoemulsification cataract surgery in the high-volume setting: randomized controlled trial. *Journal of cataract and refractive surgery*, 47(4), 471–475. <https://doi.org/10.1097/j.jcrs.0000000000000485>
- Müller, O., Dosedlová, J., Holzer, L., Kantor, J., Kružíková, L., Mlčáková, R., Palarčíková, A., Polínková, Z., Potměšilová, P., Růžičková, V., & Svoboda, P. (2020). Metodika expresivních přístupů u žáků se specifickými vzdělávacími potřebami v inkluzivním vzdělávání. 1. vydání. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Murcia, C. Q., Kreutz, G., Clift, S., & Bongard, S. (2010). Shall we dance? An exploration of perceived benefits of dancing on well-being. *Arts&Health*, 2(2), 149-163.
- NADTA – North American Drama Therapy Association (2023). <http://nadta.org>
- Nagyová, K. (1995). *Správa o biblioterapii* (diplomová práce). Bratislava: Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave.
- Nightingale, E. (2015). An Investigation into Music Therapists' Clinical Experience of Working with the Visually Impaired. *British Journal of Music Therapy*, 29(1), 3-17. <https://doi.org/10.1177/135945751502900102>
- Nwora, A. J., & Gee, B. M. (2009). A case study of a five-year-old child with pervasive developmental disorder-Not otherwise specified using sound based interventions. *Occupational Therapy International*, 16(1), 25– 43.
- Nyman, S. R., Gosney, M. A., & Victor, C. R. (2010). Psychosocial impact of visual impairment in working-age adults. *The British Journal of Ophthalmology*, 94(11):1427–31. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19850584/>

- Orel, M., & Facová, V. (2010). *Člověk, jeho smysly a svět*. Praha: Grada.
- Orff, G. (1982). Der Wert des prämelodischen Spiels in der Entwicklung eines blinden Mädchens [The value of premelodic play in the development of a blind girl]. *Musikther. Umsch.*3, 283-293.
- Orkibi, H. (2018). The user-friendliness of drama: Implications for drama therapy and psychodrama admission and training. *The Arts in Psychotherapy*. Volume 59, 2018, Pages 101-108. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.04.004>
- Page, M. J., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S. E., et al. (2020). *The PRISMA 2020 Statement: An Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews*. Meta ArXiv.
- Palisca, C. (1989). *Fundamentals of Music*. ANICIUS MANLIUS SEVERINUS. BOETHIUS https://classicalliberalarts.com/wp-content/uploads/BOETHIUS-Bower-1989-Fundamentals_of_Music.pdf
- Pardeck, J. T. (1995). Bibliotherapy: An Innovative Approach for Helping Children. *Early Child Development and Care*, 110(1), 83–88. <https://doi.org/10.1080/0300443951100106>
- Pazourková, L. (2018). *Braillovo písmo v umění* [Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci].
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., Mcinerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pinniger, R., Brown, R. F., Thorsteinsson, E. B., & McKinley, P. (2013). Tango programme for individuals with age-related macular degeneration. *British Journal of Visual Impairment*, 31(1), 47-59. <https://doi.org/10.1177/0264619612470651>
- Ponceta, F. Rajadurai, A., Sanchez, G., Jean, D., Proulx-Goulet, Ch., Fortin, S. & Swaine, B. (2019). Creation of Dance Therapy for children with Cerebral Visual Impairment: Results of a Scoping Review. Accepted Abstracts from the International Brain Injury Association's 13th World Congress on Brain Injury: March 13 – 16, 2019 Toronto, Canada. (2019). *Brain Injury*, 33(sup1), 1–337. <https://doi.org/10.1080/02699052.2019.1608749>
- Potměšilová, P., Harčáriková, T., Fojtíková Roubalová, M., Zádorová, E., Nagyová, K., & Víšková, A. (2021). *Pedagogicko-psychologické aspekty expresivních terapií u jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami*. Univerzita Palackého v Olomouci.

- Požár, L. (2000). *Psychológia detí a mládeže s poruchami zraku*. Trnava: Trnavská univerzita.
- Price, M. (1986). *Pianimals phonics for piano method book A*. Pianimals, Inc.
- Pyart, L. (2019). Art Therapy and Acquired Visual Loss. In: Wood, M., Jacobson, B., & Cridford, H. (Eds.). (2019). *The International Handbook of Art Therapy in Palliative and Bereavement Care* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315110530>
- Quigley, C., Ellard, R., Arreyedh, H. A., Droney, T., Harney, F., & Townley, D. (2019). Classical Music for Analgesia in Laser Panretinal Photocoagulation for Treatment of Diabetic Retinopathy. *Irish medical journal*, 112(5), 941.
- Renfro, L., & Snow, J. S. (1992). Ocular effects of topical and systemic steroids. *Dermatologic Clinics*, 10(3):505–12. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0733863518303188>
- Rhee, D. J. (2004). *The Wills Eye Manual. Diagnostika a léčba očních chorob v praxi*. Přeložil Diblík, P. Praha: Triton.
- Richerson, P. J., & Boyd, R. (2012). *V genech není všechno aneb Jak kultura změnila evoluci člověka*. 1. vyd. Praha: Academia.
- Ritter, M., & Low, G. K. (1996). Effects of dance/movement therapy: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 23(3), 249-260.
- Robb, S. L. (2003). Music interventions and group participation skills of preschoolers with visual impairments: raising questions about music, arousal, and attention. *Journal of music therapy*, 40 4, 266-82 .
- Roberts, A. (1984). Bibliotherapy: A Technique for Counseling Blind People. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 78(5), 197-199. <https://doi.org/10.1177/0145482X8407800502>
- Rozsival, P., Diblík, P., Dotřelová, D., Hejčmanová, D., Hlinomazová, Z., Horáčková, M., Jirásková, N., Kolář, P., Korda, V., Kuchynka, P., Mokrý, J., Odehnal, M., Pašta, J., Ředinová, M., Řehák, J., Řehořová, J., Říčařová, R., Synek, S., Továrek, L., Vlková, E., & Výborný, P. (2006). *Oční lékařství*. Praha: Galén.
- Rubin, J. A. (1975). Through Art to Affect: Blind Children Express Their Feelings. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 69(9), 385-391. <https://doi.org/10.1177/0145482X7506900901>
- Rubin, J. A. (2016). *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*. 3. Routledge.
- Růžička, M. & Polínek, M. D. (2013). *Úvod do studia dramaterapie, teatroterapie, zážitkové pedagogiky a dramiky*. P-centrum, Olomouc.

- Růžičková, K. (2015) *Rehabilitace zraku slabozrakých a rozvíjení čtenářské výkonnosti*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Růžičková, V. (2006). *Integrace zrakově postiženého žáka do základní školy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Růžičková, V., & Kroupová, K. (2020). *Tyflografika: reliéfní grafika a její role v životě osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Růžičková, V., Kroupová, K., & Kramosilová, Z. (2017). *Zrakový trénink a jeho podmínky: Visual training and its conditions*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Salvatore, S., Librando, A., Esposito, M., & Vingolo, E. M. (2011). The Mozart effect in biofeedback visual rehabilitation: a case report. *Clinical ophthalmology (Auckland, N.Z.)*, 5, 1269–1272. <https://doi.org/10.2147/OPHTH.S23082>
- Samara, M. (2016). Guided Imagery and Music and the Visually Impaired. Help me stay with the light. *Music and Medicine*, 8, 45-54.
- Sesemann, V. (2007). "The Origin of Music". In *Aesthetics*. Leiden, The Netherlands: Brill. https://doi.org/10.1163/9789004357990_022
- Shue, B., Chatterjee, A., Fudemberg, S., Katz, L. J., Moster, M. R., Navarro, M. J., Pro, M., Schmidt, C., Spaeth, G. L., Stirbu, O., Yalcin, A., & Myers, J. S. (2011). The effects of Mozart's music on the performance of glaucoma patients on automated perimetry. *Investigative ophthalmology & visual science*, 52(10), 7347–7349. <https://doi.org/10.1167/iovs.11-7430>
- Scherer, F. Ciuraj, R., Flick, H., & Geppert, H. (1983). *Sport mit blinden und sehbehinderten Kindern und Jugendlichen*. Reihe Motorik. Band 4. 1. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.
- Skalická, Mm. (1998). *Stimulace zraku a zrakový výcvik*. In: Kolektiv autorů. Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením. Vybrané příspěvky z kurzu „Poradce rané péče“. Praha: Středisko rané péče. s. 50-52.
- Skalická, M. (2007). *Rozvoj zrakového vnímání: Metodika stimulace zraku a zrakového tréninku v rané péči*. 4. vydání. Praha.
- Skrodzka, E., Furmann, A., Bogusz-Witczak, E., & Hojan, E. (2015). Comparison of Effects of Auditory and Music Training of Blind or Visually Impaired Young People on Performance in Selected Auditory Tasks. *Acta Physica Polonica A*, 128.
- Slavík, J. (1997). *Od výrazu k dialogu ve výchově*. Praha : Karolinum.
- Slavík, J. (2000). *Utváření a interpretování symbolu v arteterapii*, In: *Současná arteterapie v Čechách a zahraničí*, Praha, Karlova Univerzita.

- Slavík, J. (2014). Artefiletika – expresivní tvorba ve službě osobnostnímu rozvoji. *Speciální pedagogika*, 24, 4. S. 259-276.
- Slavíková, V., Slavík, J., & Eliášová, S. (2007). *Dívej se, tvoř a povídej! : artefiletika pro předškoláky a mladší školáky*. Praha : Portál.
- Slavíková, V., Slavík, J., & Hazuková, H. (2000). *Výtvarné čarování. (artefiletika pro předškoláky a mladší školáky)*. Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy.
- Smith, A. G. (1989) 'Will the Real Bibliotherapist Please Stand Up?', *Journal of Youth Services in Libraries* 2(3): 241-49.
- Sobey, K. (1993). Out of Sight — Out of Mind? Reflections on a Blind Young Woman's Use of Music Therapy. *Journal of British Music Therapy*, 7(2), 5-11. <https://doi.org/10.1177/135945759300700202>
- Sochor, P. (2015). *Člověk s postižením a výtvarná tvorba. Od zobrazování k autorství*. Masarykova Univerzita. Brno.
- Sovák, M. (1986). *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. Učebnice pro vysoké školy.
- Steele, A. L., & Crawford, C. (1982). Music Therapy for the Visually Impaired. *Education of the Visually Handicapped*, 14, 56-62.
- Stephenson, R. CH. (2006). *Promoting self-expression through art therapy*. Generations (San Francisco, Calif.); 30(1). 24-26.
- Sternberg, R. J. (2009). *Kognitivní psychologie*. Vyd. 2. Přeložil František KOUKOLÍK. Praha: Portál.
- Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. (2001). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha. Portál.
- Svoboda, P. (2007). *Poetoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Syka, J., Vrabec, F., & Voldřich, L. (1981). *Fyziologie a patofyziologie zraku a sluchu*. Praha: Avicenum. Patologická fyziologie.
- Szubielska, Magdalena & Niestorowicz, Ewa & Marek, Boguslaw. (2016). Drawing without eyesight. Evidence from congenitally blind learners. *ROCZNIKI PSYCHOLOGICZNE/ANNALS OF PSYCHOLOGY*. 19. 10.18290/rpsych.2016.19.4-2en.
- Šiřková-Fabrici, J. (2016). *Základy arteterapie*. Portál.
- Šikl, R. (20132). *Zrakové vnímání*. Praha: Grada. Psyché (Grada).
- Špačková, K. (2012). *Základy oftalmologie pro speciální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Špinarová, G., & Pazourková, L. (2021). *Kultura a umění v kontextu modifikací pro potřeby osob se zdravotním postižením*. In K. Kroupová, A. Hanáková a kol. (2021). *Úpravy prostředí pohledem osob se zdravotním postižením*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Tadic', V., Pring, L., & Dále, N. (2009). Attentional processes in young children with congenital visual impairment. *British Journal of Developmental Psychology*, 27: 311-330. <https://doi.org/10.1348/026151008X310210>
- Takahashi, H. (2015). *Dance/Movement Therapy with Blind and Visually Impaired Children in Nepal*.
- Temisjian, Khatoune & Douville, Mathieu & Mckinley, Patricia & Duquette, Josee & Gresset, Jacques & Poldma, Tiiu & Cataford, Guylaine. (2012). Effets du tango argentin sur la qualité de vie des personnes âgées avec déficience visuelle.. 37-40.
- Thaut, M. H., & Hoemberg, V. (Eds.). (2014). *Handbook of neurologic music therapy*. Oxford University Press.
- The Integrative GIM Training Programme. (2024). <https://www.integrativegim.org/> The Sampoornata Model.
- Thornton, J., Edwards, R., Mitchell, P., Harrison, R. A., Buchan, I., & Kelly, S. P. (2005). *Smoking and age-related macular degeneration: a review of association*. Eye (London, England). 19(9):935–44. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16151432/>
- Trojan, R., & Mráz, B. (1996). *Malý slovník výtvarného umění*. Praha: Fortuna.
- Uhlin, M., Donald, & De Chiara Edith. (1982). *Art for exceptional children*. Third Edition. Wm.C, Brown Publishers: Dubuque, Iowa.
- Unkefer, R. K. (1957). *Music therapy in the rehabilitation of the adult blind: A research report*. Topeka: Services for the Blind, State Dept. of Social Welfare of Kansas.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic. (2021). *11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)*. [online]. [cit. 2021-11-30]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>
- Vágnerová, M. (1995). *Oftalmopsychologie dětského věku*. Praha: Karolinum.
- Valešová Malecová, B. (2016). Využitie vývinovej biblioterapie v inkulzivnom procese na základnej škole. *Expresivita v (arte)terapii*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 32-40.

- Villasenor, R., & Vargas-Colon, K. (2012). Using Auditory Stimulation with Students at Lavelle School for the Blind. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 106(9), 564-567. <https://doi.org/10.1177/0145482X1210600908>
- Valenta, M., Lessner Lištiaková, I., Šilarová Veitová, L., & Vávra, J. (2021). Dramaterapie. Vydání páté, v Portále první, přepracované a doplněné. Praha: Portál.
- Vondráková, A., Růžičková, V., Kroupová, K., Barvíř, R., Brus, J., & Voženílek, V. et al. (2020). *Tyflomapy - tyflografika* Tyflomapy – tyflografika - tyflokartografie: percepce prostoru prostřednictvím audio-taktilních 3D map. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Wahl, H., W. (2004). *Psychologie von Seheingebundenen im höheren Lebensalter: A usgewählte Grundlagengefunde und Anwendungaspekte*. In K. Růžičková, K. (2015), *Rehabilitace zraku slabozrakých a rozvíjení čtenářské výkonnosti*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Walberg, F. (1979). *Dance to learn*. Novato, CA: Academic Therapy Publications.
- Warren, D. (1994). *Blindness and children: an individual differences approach*. Cambridge University Press.
- Way, B. (1967). *Development through drama*. London: Longman Group Ltd.
- Weisbrod, J. (1974). Body movement therapy and the visually-impaired person. *Focus on dance VII*, 49-52.
- WFMT - World Federation of Music Therapy. (2023). <https://www.wfmt.info/>
- Wheeler, B. L. (2017). *Music therapy handbook*. New York, The Guilford Press.
- Wiwatwongwana, D., Vichitvejpaisal, P., Thaikruea, L., Klaphajone, J., Tantong, A., Wiwatwongwana, A., & Medscape (2016). The effect of music with and without binaural beat audio on operative anxiety in patients undergoing cataract surgery: a randomized controlled trial. *Eye (London, England)*, 30(11), 1407–1414. <https://doi.org/10.1038/eye.2016.160>
- Wolf, F.,M. (1978). *MUSIC THERAPY WITH THE BLIND*.
- World Health Organization. (2019). *Blindness and vision impairment*. [online]. [cit. 2020-06-18]. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
- World report on vision. (2019). © World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-vision>
- Wrogemann-Becker, H. (2010). Ich-Entwicklung blinder Kinder und die Rolle der Musiktherapie.

- Yau, J., Rogers, S., Kawasaki, R., Lamoureux, E., Kowalski, J., Bek, T., et al. (2012). Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. *Diabetes Care*. 35:556–64. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22599585/>
- Ye, J., He, J., Wang, C., Wu, H., Shi, X., Zhang, H., et al. (2012). Smoking and risk of age-related cataract: a meta-analysis. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 53(7):3885–95. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3322721/>
- Zerull, D. (1992). Just imagine..., improving the band experience. *Music Educators Journal*, 78b, 2,5--28.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1a - Částečná vyhledávací strategie pro tvorbu scoping review (2/2021).

Příloha 1b - Částečná vyhledávací strategie pro tvorbu scoping review (4/2021).

Příloha 2a - Doplnění vyhledávací strategie pro tvorbu scoping review (11/2022).

Příloha 2b - Doplnění vyhledávací strategie pro tvorbu scoping review (5/2024).

Příloha 3a - Podrobnější data studií z oblasti AT.

Příloha 3b - Podrobnější data studií z oblasti MT.

Příloha 3c - Podrobnější data studií z oblasti MM.

Příloha 3d - Podrobnější data studií z oblasti DT.

Příloha 3e - Podrobnější data studií z oblasti DMT.

Příloha 3f - Podrobnější data studií z oblasti Biblioterapie a expresivního psaní.

Příloha 4 - Narativní popisy vybraných studií.