

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

**Bakalářská práce**

Blanka Rozsypalová

**VYUŽITÍ MUZIKOTERAPIE V INSTITUCÍCH SOCIÁLNÍCH  
SLUŽEB**

Olomouc 2014

vedoucí práce: Mgr. Jiří Kantor, Ph.D.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Využití muzikoterapie v institucích sociálních služeb“ zpracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Jiřího Kantora, Ph.D. a použila jen prameny uvedené v seznamu bibliografických citací.

V Olomouci, dne 20. 6. 2014

.....

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala panu Mgr. Jiřímu Kantorovi, Ph.D. za cenné rady, poznámky a odborné vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem zařízením, která se ochotně zapojila do průzkumu bakalářské práce. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině a přátelům za stálou podporu při studiu.

Blanka Rozsypalová

# Obsah

Úvod .....	1
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>3</b>
1 Vymezení muzikoterapie .....	3
1.1 Znaky muzikoterapie .....	4
1.2 Rozdělení muzikoterapie.....	5
1.3 Hudební prostředky .....	7
1.4 Cíle muzikoterapie.....	8
1.5 Průběh muzikoterapeutického sezení.....	9
1.6 Pravidla a zásady provozování muzikoterapie .....	11
1.7 Role muzikoterapeuta .....	12
2 Muzikoterapie u seniorů .....	15
<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>19</b>
3 Cíle průzkumu.....	19
4 Metodika a průběh průzkumu .....	20
4.1 Obsah dotazníku A .....	20
4.2 Obsah dotazníku B.....	21
5 Analýza získaných dat.....	23
5.1 Úroveň využívání muzikoterapie.....	23
5.2 Zařízení, která využívají muzikoterapii .....	24
5.3 Úroveň odbornosti muzikoterapeutů .....	26
5.4 Formy a obsah muzikoterapie .....	31
5.5 Zařízení, která nevyužívají muzikoterapii.....	36
6 Diskuze.....	38
6.1 Zhodnocení poznatků průzkumu .....	38
6.2 Zhodnocení průběhu průzkumu.....	42
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>44</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>47</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>49</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>50</b>

# Úvod

Tématem této bakalářské práce je využití muzikoterapie v institucích sociálních služeb. Toto téma bylo zvoleno na základě rostoucího významu a oblíbenosti expresivních terapií při práci s nejrůznějšími skupinami klientů. Muzikoterapie je z mého pohledu jednou z nejpestřejších forem těchto terapií a nabízí nepřebernou škálu aktivit, které mohou pozitivně ovlivnit potíže a postižení různé povahy. Výhodou muzikoterapie je možnost její aplikace u mnoha typů i hloubky postižení. Jedna z kategorií klientů, která může být v dnešní době často opomíjena, jsou senioři. Proto byli senioři, umístění v zařízeních sociálních služeb, vybráni jako cílová skupina pro tuto práci. Prostřednictvím této studie bych ráda podpořila využívání muzikoterapie právě u této kategorie klientů tak, aby mohli profitovat z přínosů a pozitiv, která jim tento druh terapie může nabídnout.

Bakalářská práce bude strukturována do dvou částí, teoretické a praktické. V rámci teoretické části bude poskytnut přehled teoretických východisek a poznatků odborníků, které budou napomáhat vyhodnocení dat získaných v rámci praktické části. Teoretická část bude definovat pojem muzikoterapie a jeho náležitosti. Budou popsány její základní znaky, formy a bude vysvětleno, s jakými formami terapeutických skupin je možné se v praxi setkat a jaké přínosy tyto varianty mají. Dále bude vysvětleno jaké hudební prostředky je možné v rámci této terapie využít a jakým způsobem je vhodné terapii správně provozovat. Teoretická část poskytne čtenáři náhled do možného průběhu terapeutického sezení, jeho struktury, obsahu a zdůrazní, jaké jsou základní předpoklady efektivního muzikoterapeuta. Vzhledem ke stanovené cílové skupině práce bude též definováno, jací klienti jsou zahrnuti do kategorie seniorů a jaká pozitiva těmto klientům může muzikoterapie přinést.

Praktická část se bude odvíjet od dotazníkového průzkumu, který si stanoví hlavní a dílčí cíle v rámci zmapování stavu muzikoterapie v zařízeních sociálních služeb Jihomoravského kraje. Praktická část bude popisovat metodiku a průběh průzkumu s jeho případnými úskalími či překážkami, a popíše obsah a cíle použitých dotazníků. V rámci praktické části budou popsány a analyzovány získané informace a bude vyhodnoceno naplnění hlavních a dílčích cílů práce. Závěrem praktické části bude diskuse, která zhodnotí získaná data a navrhne řešení případných nedostatků.

Přínosem této práce bude poskytnutí náhledu do průběhu průzkumu stanovené oblasti a odhalení případných překážek, stejně tak jako odhalení současného stavu muzikoterapie v zařízeních sociálních služeb Jihomoravského kraje.

# TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část se bude zabývat problematikou muzikoterapie, vysvětlením jejích základních znaků, prostředků, forem a cílů. Dále se teoretická část bude věnovat vymezení typů muzikoterapeutických skupin, jejími pravidly, zásadami a roli muzikoterapeuta. Poznatky teoretické části se stanou relevantní při vyhodnocování dat v průběhu průzkumu.

## 1 Vymezení muzikoterapie

Muzikoterapie je terapeutický přístup, který lze zařadit do oblasti expresivních terapií. Tyto terapie pracují s výrazovými uměleckými prostředky, které mohou být povahou hudební, pohybové, literární, dramatické, nebo výtvarné. Patří sem art terapeutické obory jako muzikoterapie, dramaterapie, psychodrama, arteterapie, biblioterapie a tanečně-pohybová terapie (Kantor, in Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009). Hudba podle Krčka (2008) působí na lidské Já a je uměním, které potřebuje dostatek času a prostoru. Spolu s architekturou, sochařstvím nebo malířstvím je nejvíce používána při terapiích.

Mátejová uvádí, že muzikoterapie má řecko-latinský původ. Latinský výraz *musica* znamená hudba. Řecké slovo *therapeia* znamená léčit, vzdělávat, cvičit nebo pomáhat (Mátejová, Mašura in Kantor, J., Lipský, M., Weber, J., 2009). Pojem muzikoterapie je do češtiny volně překládán jako hudební terapie nebo hudební léčba.

Definice muzikoterapie dle Světové federace muzikoterapie zní takto:

*„Muzikoterapie je profesionální využití hudby a jejích elementů jako prostředku intervence ve zdravotnických a vzdělávacích zařízeních i v běžném prostředí pro jednotlivce, skupiny, rodiny nebo komunity, kteří hledají optimalizaci kvality jejich života a zlepšení fyzické, sociální, komunikační, emocionální, intelektuální, spirituální složky zdraví a blahobytu. Výzkum, praxe, vzdělávání i klinický trénink v muzikoterapii jsou založeny na profesních standardech dle příslušného kulturního, sociálního a politického kontextu“* (WFMT, 2011).

Muzikoterapie obecně vychází z interdisciplinárního přístupu několika vědních oborů a disciplín, např. hudební pedagogika a psychologie, pediatrie, psychiatrie, fyzioterapie, obecná, vývojová, pedagogická a sociální psychologie, lingvistika, logopedie, pozitivní psychologie, psychoterapie, sociologie rodiny a mnohé další (Žejdlíková, Vlachová, citováno 2. 5. 2014).

V rámci muzikoterapie existují i velmi specifické názory a přístupy, např. od Šimanovského (2012), který tvrdí, že při poslechu hudby je důležitá především meditace a relaxace, které uklidňují a mají posilující účinky jak pro děti, tak pro dospělé. Při relaxaci vědomě uvolňujeme kosterní svalstvo, v meditaci je propojená relaxace s koncentrací, přičemž uvolňujeme tělo.

## 1.1 Znaky muzikoterapie

Dle různých autorů a pojetí jsou pro muzikoterapii charakteristické tyto znaky:

- během terapeutického procesu využívá zvuk a hudbu (rytmus, melodii, harmonii),
- prostřednictvím společných hudebních zkušeností a komunikace rozvíjí terapeutický vztah, tj. vztah mezi klientem a terapeutem,
- hudba má neverbálně komunikační, emocionální a kreativní kvality,
- je prováděna kvalifikovanou osobou,
- cílovými skupinami muzikoterapeutické intervence jsou především jedinci se zdravotními a edukačními problémy; muzikoterapie je v současné době poskytována také širokým vrstvám populace nejrůznějších věkových skupin a schopností,
- umožňuje uspokojení nejrůznějších fyzických, emocionálních, intelektuálních, sociálních a jiných potřeb klientů,
- muzikoterapeutické cíle jsou označovány jako nehudební cíle a zahrnují rozsáhlou oblast terapeutického působení - léčba, učení, rozvoj sociálních interakcí a komunikace, sebevyjádření, motivace, zvládnání bolesti a stresu, práce s emocemi nebo zvýšení kvality života,
- může být realizována za různých uspořádání terapeutické situace (individuální, skupinová, aktivní, receptivní),
- má uplatnění v prevenci, léčbě i následné rehabilitaci.



## 1.2 Rozdělení muzikoterapie

V muzikoterapii existuje různé množství dělení a způsobů využití. Muzikoterapie se tradičně dělí na **aktivní** a **receptivní**. U aktivní muzikoterapie léčený jedinec osobně vyvíjí hudební aktivitu, hudbu tvoří, ať už sám nebo za pomoci terapeuta či terapeutického týmu, tím, že hraje, zpívá nebo alespoň vytukává rytmus.

Linka (1997, s. 61) uvádí:

*„Aktivní muzikoterapie se uskutečňuje pacientovou vokální nebo instrumentální interpretací nebo improvizací na úrovni jeho hudební vyspělosti a dovednosti, jež nemusí být nijak přílišná.“*

Aktivní muzikoterapie může obsahovat složky vokální, řečové (rytmická deklamace textu), instrumentální (hra na tělo, hra s nástroji), pohybové (spojení pohybových aktivit s hudbou), dramatické (pantomima, dramatizace hudbou) a výtvarné (Mátejová, Mašura, 1992). Linka (1997) podotýká, že při **receptivní** muzikoterapii klient hudbu pouze poslouchá, naslouchá jí. Také se může při hudbě věnovat dalším činnostem, např. malování nebo čtení. Muzikoterapie může probíhat tak, že klienti poslouchají živě hranou hudbu, která má výhodu v tom, že klienti díky ní prožijí společenský zážitek a mohou se vizuálně seznámit např. s hudebními nástroji. Také může receptivní muzikoterapie probíhat poslechem hudby z kazet, gramofonových desek, popřípadě prostřednictvím hromadně sdělovacích prostředků a to rádia, televize nebo rozhlasu.

Muzikoterapii můžeme také dělit podle forem. Muzikoterapie se rozlišuje podle počtu pacientů ošetřovaných v průběhu určité terapeutické procedury, jak uvádí Kantor (2009). Dělí se na **individuální**, při které se terapeut věnuje jednomu pacientovi, na **skupinovou** muzikoterapii, kde je celkem přítomno 8-20 pacientů a **komunitní**. Dle Linky (1997) se muzikoterapie dělí také na **hromadnou** muzikoterapii, která je realizována ve větším počtu klientů, většinou nad 20 osob. Hromadná muzikoterapie a skupinová muzikoterapie tvoří dohromady kolektivní muzikoterapii.

**Individuální muzikoterapie** má výhodu větší intimity a diskrétnosti. Je vhodná pro klienty, kteří jsou nesmělí, s poruchami sebehodnocení, ostýchaví a pro ty, kteří z jakýchkoli

důvodů chtějí, aby psychiatrická léčba zůstala v tajnosti. Využívá se tam, kde není možné potíže klienta řešit ve skupině. Někdy bývá také jediným možným řešením, jak terapii realizovat. Je zde možné využít jak aktivní, tak receptivní techniky. Nejčastěji bývá muzikoterapie realizována formou samostatného sezení s klientem. Nevýhodou je ovšem ekonomická a personální náročnost (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009).

Při **skupinové muzikoterapii** je účastno několik klientů, které muzikoterapeut provází. Je to uměle vytvořená skupina. Posiluje se skupinová spolupráce, sebevyjádření, ale také naslouchání druhým, schopnost adaptace a budování důvěry.

Skupiny mohou pracovat krátkodobě, v tom případě se doporučuje homogenní složení se zaměřením na podobné problémy jednotlivců. U skupin pracujících dlouhodobě je vhodnější heterogenní složení skupiny (Yalom, 1999).

Dle Kantora (2009) se v **komunitní muzikoterapii** pracuje s přirozeně existujícími skupinami a prostředím klientů. Komunitní terapie se týká především rodin, komunit vrstevníků, pracovišť nebo komunit v různých institucích. Počet klientů není nijak limitován. Komunitní terapie se snaží dosáhnout terapeutických změn u jednotlivců, ale i v celém systému, se kterým pracuje. Walsh (2005) uvádí, že v komunitní terapii jde především o to se zaměřit na pocity, které mají lidé tady a teď, a to zejména na ty pocity, které sdílí většina členů skupiny. Tím se vytváří atmosféra vzájemné podpory.

Jak uvádí Kantor (2009), terapeutické skupiny je možné klasifikovat na základě délky jejich působení a dle jejich složení na níže popsané typy.

### **Krátkodobá skupina**

Kantor (2009) uvádí, že krátkodobé skupiny jsou orientované na symptomatickou terapii a doporučuje se u nich homogenní tj. stejnorodé složení skupiny klientů.

### **Dlouhodobá skupina**

Dle Kantora (2009) je dlouhodobá skupina zaměřena na komplexní rozvoj osobnosti a je doporučena heterogenní tj. nestejnorodá skupina, aby poskytovala dostatek rozmanitých vzorů pro sociální učení a chování.

## **Uzavřená skupina**

Uzavřenou skupinu většinou tvoří krátkodobé skupiny. Skupina nepřijímá žádné nové členy. Výhodou této skupiny je to, že si klienti zvyknou na členy své skupiny a mohou se vzájemně lépe poznat. Noví klienti jsou přijímáni pouze tehdy, když se celkový počet klientů sníží a je ohrožena soudržnost skupiny, nebo když to požadavky terapie vyžadují. Uzavřenou skupinu umožňují např. školy nebo stacionáře. Tedy ta zařízení, která jsou schopna zajistit stabilitu složení klientů (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

## **Otevřená skupina**

Kantor (2009) uvádí, že otevřená skupina stále nahrazuje každého člena, který odejde ze skupiny. Je také jedinou volbou v zařízeních s krátkou stabilitou složení klientů, ke kterým patří klinická a poradenská zařízení, školy při nemocnicích, léčebny, diagnostické ústavy a oddělení.

## **1.3 Hudební prostředky**

Muzikoterapie využívá prostředky verbální (zpěv, rytmizace slov, výkřiky, šepot) a neverbální (hudba, rytmus, zvuky). Hudební prostředky napomáhají při uvolňování napětí, mají vliv na tělesné a psychické procesy, působí relaxačně a stimulačně a jsou prostředkem vzájemné komunikace (Gerlichová, citováno 10. 5. 2014). Existuje několik typů hudebních prostředků.

### **Lidské tělo**

Při terapii s lidským tělem jsou používány dechové techniky a hra na tělo. Tyto techniky jsou velmi vhodné pro klienty s mentálním postižením nebo s vadami řeči. (Šímanovský, 1998). Dechové techniky se objevují v relaxačních technikách buďto samostatně, nebo ve spojení s pohybem. Hra na tělo umožňuje realizaci jednoduchých hudebně - rytmických činností. Klient může zkoušet zvuky různých částí svého těla. V případě, že není schopen hrát na hudební nástroj, využije hru na vlastní tělo. Nejčastěji se používá tleskání, dupání, bubnování, apod. Pomocí hry na tělo může klient více poznat své tělo, nebo může hra na tělo sloužit jako prostředek ke komunikaci s okolím (Metodický portál, citováno 3. 5. 2014).

U zpěvu písní se jedná o jednoduché lidové písně. Můžeme obměňovat jejich tempo, výslovnost nebo výraz. Vhodný je i zpěv krátkých kánonů nebo tzv. štafetový zpěv (každý zazpívá jen část písně). Oblíbené jsou také melodické hádanky (Šimanovský, 1998).

### **Hra na hudební nástroj**

Nejčastěji využívanými hudebními nástroji jsou kytara, klavír a flétna. Velice vhodným rytmickým nástrojem je Orffův hudební instrumentář (dřívka, činelky, triangel, tamburína, bubínek, apod.). Dále se využívají nástroje různých etnických kultur (afričké bubny, tibetské mísy, zvonce, apod.). Rytmičké struktury jsou velmi vhodné pro klienty s poruchami pozornosti a hyperaktivitou (Pavlíková in Pipeková, Vítková, 2001).

### **Hudební vystoupení**

Vystupovat může jednatlivec nebo skupiny. Jedná se o zpěv písní, instrumentální produkci, nebo také pohybové aktivity. Hudební vystoupení vytváří u klientů sebedůvěru, sebevědomí a sebedisciplínu. Produkce se odehrává v terapeutické skupině, ale i veřejně. Hudební vystoupení je vhodné pro klienty s motorickým a mentálním postižením, ale také pro jedince se zrakovým postižením (Zeleviová, 2007).

## **1.4 Cíle muzikoterapie**

Terapeutické cíle stanovujeme individuálně pro každého klienta s přihlédnutím k jeho specifickým potřebám. Zahrnují například oblast **vnímání a pozornosti**, v nichž se zaměřují na získávání zkušeností se smysly, rozvoj narušeného senzomotorického vnímání a integrace, zlepšení koncentrace a podpory rozvoje záměrné pozornosti. V rámci **motoriky a senzomotoriky** rozvíjí hrubou i jemnou motoriku, především koordinaci, rovnováhu, přesnost, sílu, rychlost a vytrvalost. Cílem může být také rozvoj vizuomotorické koordinace. V oblasti **komunikačních cílů** se zaměřují na zlepšení expresivní a receptivní složky komunikace, rozšiřování slovní zásoby, rozvíjení motoriky mluvidel a pracují s efektivním používáním neverbální komunikace. Ve **školních dovednostech** se muzikoterapeutické cíle zaměřují na pomoc při učení a posilování paměťových schopností. Především receptivní muzikoterapie se zaměřuje na relaxaci. Snaží se o psychosomatické uvolnění, zvládnutí stresu, zmírnění psychické zátěže a odpočinek. V rámci volnočasových aktivit se jedná o vhodné využívání volného času, zvyšování kvality života a zábavu. Někdy nelze přesně zařadit

zvolený muzikoterapeutický cíl. Týká se to např. diagnostiky, rozvoje kreativity, osobnostního růst, nácviku dovedností pro snížení bolesti (Kantor in Müller, 2007).

Zeleeiová (2007) uvádí, že muzikoterapeutické cíle se vzájemně prolínají a doplňují. Nejzákladnějším cílem je především posílení zdraví klientů. Specifické cíle muzikoterapie mají především pomoci klientu k plnému obnovení, zlepšit tělesné, duchovní a duševní zdraví. Zde jsou další cíle:

- zvýšení kvality života a podpora ke změně k lepšímu,
- podpora spontánního a tvořivého jednání,
- rozvíjení osobnosti, schopností, jednání a hodnot,
- zmírnění psychických problémů,
- zvýšení sebevědomí,
- zdokonalení komunikačních procesů,
- pomoc při adaptaci a adjustaci,
- podpora v sociální integraci a tvorba pro její prostor,
- zprostředkování estetických zážitků a jejich prožití a vychutnání,
- podpora uvolnění.

## **1.5 Průběh muzikoterapeutického sezení**

V muzikoterapeutickém sezení se vždy vychází z povahy a potřeby klientů terapie. Podle toho jsou za sebe také řazeny metody a techniky. V každém sezení by měl být stejný začátek a konec, protože tím vytváříme pocit bezpečí a ohraničujeme muzikoterapeutické sezení (Lipský, citováno 12. 5. 2014). Holzer, Drlíčková (2012) a Šimanovský (2001) uvádějí následující fáze muzikoterapeutického sezení.

### **Přípravná fáze**

Drlíčková (2012) podotýká, že v této fázi je velice důležité si rozvrhnout muzikoterapeutickou hodinu a mít dostatečnou zásobu námětů pro aktivní hudební činnosti. Měli bychom mít také namyšlené aktivity podle druhu postižení. Při realizaci aktivní muzikoterapie využíváme hlasová a dechová cvičení, hudební hry, relaxační techniky, masáže, jednoduché písně, bazální stimulaci a celou škálu muzikoterapeutických postupů

a technik. Do přípravné fáze receptivní muzikoterapie můžeme zahrnout hlasová a dechová cvičení a také krátkou hru na hudební nástroj, aby terapeut zjistil, jestli není rozladěný nebo poškozený. Před terapií by muzikoterapeut neměl řešit žádné osobní problémy, protože hudba je prostředek, který umožňuje velmi rychle a intenzivně přenášet emoce. Z tohoto důvodu je tedy vhodná muzikoterapii provozovat jen tehdy, pokud jsme pozitivně naladěni. Pokud nastane situace, že se necítíme dobře, je to důvod k nerealizování terapie.

### **Realizační fáze**

Drličková (2012) zahajuje muzikoterapii přivítáním a pozdravením klientů. Poté pokračuje sezení improvizovanou hrou na hudební nástroje. V průběhu aktivní muzikoterapie se klienti pouze seznamují s nástrojem, jak ho držet, jak na něj hrát, s jeho historií. V této fázi je zahrnuta hra na tělo a hry s hlasem. Klienti se učí základům hry na buben djembe.

U Šimanovského (2001) probíhá muzikoterapeutické sezení nejprve úvodním kolečkem, při kterém se klienti postupně zdraví. Klienti se zdraví jak slovem, tak i gestem, které obejde celý kruh. Další variantou může být promluva jednotlivých klientů o tom, co by si přáli v lekci vyzkoušet nebo získat. Dále může muzikoterapeutické sezení pokračovat tzv. náladoměrem, ve kterém všichni účastníci zavřou oči a snaží se rukou naznačit, jakou náladu mají. Nejhorší nálada je u země a nejlepší nálada je nahoře. Následuje rozehřívací fáze, ve které se terapeut snaží uvolnit a aktivizovat klienty pomocí dynamických her nebo pohybových aktivit. Na tuto část navazuje koncentrace, ve které terapeut usiluje o to, aby se klienti důkladně uvolnili, mohou tedy krátce relaxovat nebo praktikovat dechová cvičení. Další částí je hlavní činnost, která je nejdůležitější fází muzikoterapeutického sezení. Předchozí dvě fáze by měly klienty připravit na hlavní činnost. Pokud se klienti aktivně zapojí do této fáze, tak z ní získají více užitku. Je možné také improvizovat, pokud nemají klienti náladu na program, který terapeut připravil. V danou chvíli tedy můžeme řešit aktuální téma, o kterém můžeme mluvit, anebo pomocí vhodně zvolených metod do tématu hlouběji nahlédnout.

### **Evaluační fáze**

V této fázi klienti uklidí nástroje a posadí se zpět do kruhu, kde má každý možnost se vyjádřit ke svým prožitkům z terapie a také k jednotlivým fázím, nástrojům, co se jim líbilo nebo nelíbilo, z čeho měli radost apod. Při reflexi se dodržuje pravidlo diskrétnosti, to

znamená, že vše, co je řečeno v kruhu, zůstane uvnitř skupiny, poté pravidlo mluvčího, kdy má slovo vždy pouze jeden klient, a pravidlo konkrétnosti, ve kterém se klient vždy vyjadřuje sám za sebe. Závěrem lekce je krátké shrnutí celého průběhu muzikoterapeutického sezení, zjištění toho, jestli bylo dosaženo cílů a jestli bylo sezení pro klienty přínosné.

### **Závěry, které plynou z realizace muzikoterapie**

Drlíčková (2012) uvádí, že pokud si nejsme jisti, jestli je muzikoterapie pro určitého klienta vhodná, tak si stanovíme určitý počet hodin terapie a poté zvažujeme podle reakcí, jaká forma muzikoterapie je pro něj ta nejvhodnější. Je dobré vést si dokumentaci, ta nám umožňuje lepší orientaci ve stavu klientů.

## **1.6 Pravidla a zásady provozování muzikoterapie**

V muzikoterapeutickém sezení je potřebné, aby byl muzikoterapeut schopný mluvit sám za sebe, být diskrétní, nikoho do ničeho nenutit, vytvořit klientům pocit bezpečí, dát prostor všem klientům, aby se vyjádřili, a nebát se konfliktů (Šimanovský, 2001).

Holzer (2012) se zaměřuje na pravidla a zásady provozování muzikoterapie. Uvádí, že do muzikoterapeutické místnosti můžeme vstupovat pouze tehdy, když jsou otevřené dveře. Před uložením do relaxační polohy je dobré, aby si klient vykonal své tělesné potřeby, protože to následně může narušit terapii. Je také vhodné, aby klient měl na terapii volný oděv. Šimanovský (2001) zdůrazňuje, že by oblečení nemělo klientům bránit ve volném pohybu. Pokud není zima, tak můžeme pracovat naboso.

Drlíčková (2012) podotýká, že je doporučeno, aby si personál na terapii nebral telefony ani žádné věci, které by ji mohly narušit. Během terapie nesmí do místnosti nikdo vstupovat a rušit. Délka muzikoterapeutického sezení není přesně stanovena, záleží na složení skupiny a také její náladě. Terapeuti se také snaží dosáhnout ideální představy o prostoru a vybavení muzikoterapeutické místnosti. Dle Šimanovského (2001) by měla místnost vypadat následovně:

**Místnost** – ideální místnost by měla být velká asi jako školní třída, na zemi by měl být buď koberec, nebo linoleum a měla by být v přízemí budovy.

**Barevnost** – vše v místnosti by mělo mít spíše neutrální barvu, protože výrazné barvy by mohly ničit fantazii.

**Nábytek** – je potřeba především volný prostor, stačí tedy dva praktikábly a sada dřevěných kostek.

**Kostýmy** – nejsou zcela nezbytné, a pokud je používáme, tak jen v lehkém náznaku.

**Rekvizity** – používáme je stejným způsobem jako kostýmy. Nejlepší jsou imaginární rekvizity.

**Technické a přístrojové vybavení** – magnetofon, CD přehrávač, zesilovač, reprobedny, video kamera.

**Hudební nástroje** – Orffův instrumentář, kytara, klavír, flétny, bubny atd.

## 1.7 Role muzikoterapeuta

V muzikoterapeutickém sezení je nejdůležitější osobou muzikoterapeut, který musí mít znalosti z oblasti hudby a muzikoterapie, aby bylo sezení co nejúčinnější a vyhovovalo každému klientu. Průběh muzikoterapeutického sezení závisí právě na terapeutovi, proto zde bude detailněji popisována role muzikoterapeuta.

Mátejová (1992) uvádí, že kromě osobních kvalit je u muzikoterapeuta základním požadavkem hudební vzdělání. Muzikoterapeut by měl mít široké vědomosti o základních strukturách hudby. Je důležité, aby dokonale ovládal alespoň jeden hudební nástroj. Měl by se také orientovat v oblasti poslechu hudby, znát mnoho skladeb nejen z vážné hudby, ale i jiných žánrů. Muzikoterapeut také kromě svých hudebních znalostí potřebuje i znalosti z oblasti medicíny, psychologie, psychiatrie a potřebný výcvik v psychoterapii. Například muzikoterapeutický výcvik může hodně pomoci rozvinout osobnostní zdroje a odborné dovednosti muzikoterapeuta (Pokorná, 1982).

Kantor (2009) uvádí, že existují muzikoterapeutické vzdělávací programy garantované muzikoterapeutickými asociacemi, pomocí nichž se mohou muzikoterapeutové dále vzdělávat. Vzdělávací programy mohou obsahovat např. **teoretickou přípravu, supervizi**, která může zajistit, aby se terapie ubírala správným směrem a pomáhá rozvoji terapeutů. Dále **sebezkušenostní výcvik**, ve kterém je mnohdy požadavkem, aby muzikoterapeut absolvoval určitý počet hodin buď skupinové nebo individuální muzikoterapie. Díky tomuto výcviku



získá mnoho zkušeností a bude lépe rozumět muzikoterapeutickým technikám, procesům nebo situaci klienta.

Zeleviová (2007) uvádí, že kromě muzikoterapeutického vzdělání by měl mít muzikoterapeut také zkušenosti, empatii, intuici, pokoru, flexibilitu a především schopnost vzájemné souhry.

Hudba může mít také škodlivé účinky, například škodlivý vliv na psychický a somatický stav účastníků muzikoterapeutického sezení. Proto je důležité správně stanovit diagnózu u postižených a narušených osob, je důležitá správná indikace a výběr hudebních skladeb a odborné vedení muzikoterapeutických setkání (Mátejová, 1992). Měli bychom se snažit, aby muzikoterapii prováděli odborně vzdělaní muzikoterapeuti.

Za kvalifikovaného muzikoterapeuta můžeme dle **návrhu Profesionálních standardů** Muzikoterapeutické asociace ČR považovat osobu, která splnila níže popsany standard. „*Být členem CZMTA<sup>1</sup>, zavázat se písemně etickému kodexu CZMTA, získat doporučení Profesionální komise a schválení Rady CZMTA. V jiných případech uznání kvalifikace záleží na posouzení Profesionální komise a schválení Rady CZMTA*“ (Standard profese podle CZMTA, citováno 2. 6. 2014). Dále také:

- vstupní vzdělání – vysokoškolské vzdělání zaměřené humanitně nebo vyšší odborné vzdělání oborově profilované,
- sebezkušenost – minimálně 250 hodin sebezkušenostního výcviku, který musí být ucelený a dokončený,
- dovednosti a specifická teorie muzikoterapie – alespoň 250 hodin absolvovaných **uceleně** v rámci jednoho dlouhodobého akreditovaného výcviku s garancí CZMTA a 250 hodin absolvovaných **složeně** z více muzikoterapeutických kurzů a výcviků, např. 3 střednědobé kurzy a výcviky s garancí CZMTA, tj. 100 a více hodin, nebo 2 střednědobé kurzy a výcviky a složením 100 hodin krátkodobých kurzů a seminářů muzikoterapie garantovaných CZMTA,
- praxe – alespoň 5 let práce v pomáhajících profesích (přímá práce s klienty, z toho min. 500 hodin muzikoterapie),

---

<sup>1</sup> Muzikoterapeutická asociace České republiky

- supervize – 120 hodin supervize, z toho minimálně 40 hodin individuální supervize vlastní muzikoterapeutické práce a maximálně 80 hodin skupinové supervize.

Pozice terapeuta je v rámci muzikoterapeutického působení zásadní. Terapeut nejen určuje obsah a náplň terapeutického působení, také stanovuje vhodnost jednotlivých činností ve vztahu ke složení a povaze potíží své skupiny a očekává se od něj kompetentnost a celá řada vlastností na formální i neformální úrovni. Kompetence terapeutů je formálně limitována Profesionálním standardem Muzikoterapeutické asociace ČR, nicméně i tato škála požadavků stále podléhá úpravám, průběžnému formování a bude záležet na širší diskusi a dosažení kompromisu mezi asociacemi, ministerstvy, vysokými školami a dalšími kompetentními subjekty, které tuto otázku řeší.

## 2 Muzikoterapie u seniorů

Holzer (2012) uvádí, že cílovou skupinou muzikoterapie mohou být klienti jakékoliv sociální, zdravotní či věkové skupiny – děti, dospělí i senioři. V rámci této bakalářské práce však budou cílovou skupinou pouze klienti sociálních služeb, tedy primárně senioři, kterým muzikoterapie výrazně pomáhá zlepšit dechovou kapacitu, posiluje koncentraci, pozornost a paměť a díky tomu oddaluje rozpad vlastní identity. V rámci této kapitoly budou vymezeny pojmy úzce spjaté s cílovou skupinou, například stáří, senior či gerontologie a také role muzikoterapie v rámci péče o tuto skupinu.

Stáří je označení posledních etap ontogenetického vývoje člověka (Kalvach a kol., 2004). Dle Holmerové (2003) můžeme považovat za počátek stáří věk 65 let. Stárnutí můžeme rozdělit na tzv. rané stáří (65–75 let), pozdější stáří (po 75 letech) a stařeckost (nad 90 let). Senioři mohou mít dobré zdraví, být nezávislí a schopni adaptace, ale vyskytují se i senioři závislí na poskytované péči a pomoci při běžných aktivitách. Hlavními změnami, které se vyskytují v období stárnutí, jsou např. zhoršení zrakového vnímání, pokles inteligence, zhoršení paměti, sociální závislost na druhých osobách, anebo egocentrismus (Studium psychologie, citováno 2. 5. 2014).

Naukou o stárnutí a stáří se zabývá **gerontologie**, která je zkoumá z mnoha aspektů. Medicínou stáří a také lékařským oborem, který se zabývá diagnostikou a managementem onemocnění ve stáří, je **geriatrie**. Klienti mají ve stáří mnoho zdravotních problémů např. deprese, demenci, smyslové poruchy, pády a úrazy, sklony k proleženinám, hypotermii (změny tělesné teploty), chronické bolesti pohybového aparátu, dehydrataci a poruchy výživy. Na charakteru stáří se podílí řada faktorů, např. zdravotní stav, psychické vlivy a životní styl (Holmerová, 2003).

Felber (2005) tedy doporučuje muzikoterapii pro všechna tělesná, chronická, duševní i psychosomatická onemocnění. Muzikoterapie může také působit na orgány a povzbuzovat tvořivé schopnosti klienta. Užívá se v případech, kdy je potřeba neverbálním způsobem podpořit rozum, projev a schopnost prožívání. Tímto způsobem můžeme tedy léčit nemoci starých lidí. Muzikoterapie však není vhodná, pokud má klient vysokou horečku nebo

projevy psychotických stavů. Klientům pomáhá hudba vybavovat si asociace spojené s minulostí. Vzpomínky na minulost mohou pomoci např. osobám s demencí, které nejsou schopné vybavit si minulé události.

Dle Walshe (2005) je vhodné se seniory pracovat v rámci skupinové práce, protože se tak omezí u klientů pocit osamění a izolace. Práce ve skupině má svá pozitiva, např. je díky ní umožněna výměna zkušeností a poznatků, pomůže klientům zvýšit sebevědomí, senioři mají příležitost sdílet potíže, naučí se nové sociální dovednosti, které používali již dříve, je jim poskytnut bezpečný prostor, mohou cvičit své sebevyjadřování, mají možnost zakoušet pocity blízkosti s druhými lidmi a mohou převzít iniciativu a samostatnost jednání nejen při muzikoterapeutickém sezení, ale i v běžném životě.

Do muzikoterapeutického sezení mohou být zapojeni také partneři, nebo členové rodiny seniorů. Muzikoterapie umožňuje všem zúčastněným terapii odpočinek, sdílení společných zkušeností nebo upevňování vztahů. U seniorů jsou většinou využívány např. zpěvy písní ve skupině nebo individuálně, instrumentální improvizace, která pomáhá vyjádřit řadu pocitů, vokální improvizace, kompozice, skupiny, které navštěvují pravidelně koncerty a poté o nich diskutují, poslech hudby, hudební relaxace atd.

Peters (2000) uvádí základní terapeutické přístupy v rehabilitaci:

- orientace v realitě – opakování základních faktů, orientace v čase, prostoru, vlastní identitě,
- sensorická stimulace – práce s hmatovými, sluchovými, zrakovými a dalšími podněty,
- remotivace – diskuze v malých skupinkách za účelem obnovení zájmu o okolí, záležitosti běžného života atd.

Baštecký (1994) uvádí, že muzikoterapie od seniorů nevyžaduje intelektuální práci ani logiku. Muzikoterapie je účinná v oblasti psychopedie a to nejen u psychóz seniorů, ale i u demence, deprese, mrtvice, rakoviny nebo schizofrenie.

Sacks (2009) poukazuje na muzikoterapii pro klienty s **demencí**. Terapie u těchto klientů probíhá tak, že se jim hrají staré písně, které u nich vyvolávají osobní vzpomínky. Muzikoterapeut se tímto snaží sblížit s klienty, sdílet jejich vztahy, citová rozrušení, pokouší se o oživení uzavřených klientů. Při těchto terapiích se využívá např. tanec nebo skupinové

bubnování. Muzikoterapie zlepšuje klientům náladu, chování, kognitivní funkce, navozuje pocit volnosti a stability.

Sacks (2009) uvádí **Alzheimerovu chorobu**, která u klientů vyvolává halucinace, bludy, ztrátu určitého druhu paměti nebo zhoršení řeči. I u této choroby může muzikoterapie pomoci. Klientu stačí, když hudbu vnímá, raduje se z ní a reaguje na ni. Nemusí mít znalosti v oblasti hudby, aby ho těšila. Campbell (2008) poukazuje na to, že po muzikoterapii jsou klienti méně podráždění, více se soustředí, daleko lépe slovně reagují, po čase se odstraní dementní mluva a posílí se schopnost odpovídat na dotazy. U **Parkinsonovy choroby** Sacks (2009) uvádí, že pomocí hudby může klient dosáhnout plynulosti pohybů. Jakmile ale hudba skončí, tak se vše vrátí do normálního stavu, tedy zmizí plynulost v pohybu. Hudba, která se využívá u této choroby, musí mít pevný rytmický charakter. Campbell (2008) uvádí, že klientům, kteří trpí Parkinsonovou chorobou, zlepšuje motorické dovednosti hra na harfu.

Další význam má muzikoterapie ve sféře pohybové výchovy. Možnost pohybovat se podle výrazně rytmické hudby vede klienty k prohloubenému vnímání hudebních prvků a je často silnou motivací (Pokorná, 1982). Cílem práce s pohybem je reflexe pocitů a podpora člověka ve vnímání toho, co se s ním děje při pohybu. Klienti, kteří se účastní těchto skupin, bývají aktivnější, odvážnější a jsou si vědomi svých možností.

Votava (2005) uvádí, že muzikoterapie také pomáhá při zlepšování dechové kapacity speciálními technikami, vede k posílení paměti, pozornosti a koncentrace. Pomáhá také při mezilidské komunikaci, jak verbální tak neverbální, pomáhá snadněji zvládnout emoce a pomáhá v situacích, kdy se klient zranil nebo má nemoc a snaží se přijmout sám sebe.

Z uvedených poznatků vyplývá, že muzikoterapeutické působení na cílovou skupinu této práce má své opodstatnění a může významně přispět při zlepšování tělesné i psychické kondice seniorů trpících celou řadou obtíží.

## **Závěr teoretické části**

V první kapitole bylo popsáno, co je muzikoterapie, byly poskytnuty její definice a vymezení. Dále byly uvedeny znaky muzikoterapie, její rozdělení na aktivní a receptivní a také klasifikace forem terapeutických skupin od individuálních po hromadné. V rámci první kapitoly bylo též vysvětleno, jaké typy skupin lze při terapii využít a jaké hudební prostředky má terapeut k dispozici. Dále byly uvedeny možné cíle, struktura a pravidla provozování muzikoterapie. Byl poskytnut detailní náhled do průběhu muzikoterapeutického sezení a vysvětlen význam role muzikoterapeuta a jeho kvalifikace.

Druhá kapitola byla zaměřena na muzikoterapii u seniorů, především na definici a rozdělení stáří, přínosy terapie u seniorů, kteří trpí demencí, Alzheimerovou chorobou nebo Parkinsonovou chorobou a jinými obtížemi.

Teoretická část přinesla komplexní náhled do jednotlivých oblastí tématu, které jsou nezbytné pro jeho pochopení. Zároveň vytvořila podklad pro následující praktickou část, která bude z jejích poznatků plně vycházet.

## PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část se bude věnovat průzkumu v oblasti Jihomoravského kraje, konkrétně zařízením sociálních služeb v okresech Vyškov a Brno. Cílovou skupinou bakalářské práce budou senioři umístění v uvedených zařízeních. V úvodu praktické části budou vymezeny hlavní a dílčí cíle této práce a v následujících kapitolách budou popsány konkrétní metody aplikované v tomto průzkumu.

Praktická část také poskytne podrobný náhled do samotné realizace průzkumu a zprostředkuje jeho výsledky. Zjištěná data a závěry přispějí ke komplexní analýze vývoje a zhodnocení současné situace muzikoterapie v České republice, která probíhá pod záštitou Muzikoterapeutické asociace České republiky.

### 3 Cíle průzkumu

#### Hlavní cíl:

- Zmapování využívání muzikoterapie v zařízeních sociálních služeb Jihomoravského kraje ČR.

#### Dílčí cíle:

- Zjistit, kdo muzikoterapii v zařízeních sociálních služeb provádí.
- Zjistit, jaké formy muzikoterapie jsou využívány v sociálních službách Jihomoravského kraje ČR.
- Zjistit, jaký obsah má muzikoterapie v sociálních službách Jihomoravského kraje ČR.

Z výše stanovených cílů vyplývá, že v rámci průzkumu bude snahou zmapovat míru využití muzikoterapie v rámci sociálních služeb Jihomoravského kraje ČR při péči o seniory. Snahou průzkumného šetření bude též odhalit úroveň odborné kvalifikace terapeutů, kteří seniorům aktivně poskytují muzikoterapeutické služby. Dále bude popsáno, jaké formy muzikoterapie oslovená zařízení sociálních služeb využívají a jaký je praktický obsah terapeutických sezení.

## 4 Metodika a průběh průzkumu

Hlavní metodou této bakalářské práce je dotazníkové šetření. Pro účely průzkumu byly vytvořeny dva typy dotazníků, které byly současně zaslány elektronickou poštou všem osloveným zařízením.

**Dotazník A** byl určen zařízením, která využívají muzikoterapii. V tomto dotazníku bylo použito celkem 16 otázek, z toho 10 otevřených a 6 uzavřených. Otevřené otázky byly použity ve větší míře, aby bylo respondentům umožněno poskytnutí autentických a podrobných informací.

**Dotazník B** byl určen zařízením, která nevyužívají muzikoterapii. V tomto dotazníku byly použity celkem 4 otázky, ze kterých byly 2 otevřené a 2 uzavřené.

V bakalářské práci nejsou uvedeny konkrétní názvy zařízení, protože šetření bylo anonymní. Jeho obsah byl strukturován tak, aby umožnil naplnit cíle bakalářské práce.

### 4.1 Obsah dotazníku A

Dotazník A zjišťuje hlavní cíl bakalářské práce, kterým je zmapování využívání muzikoterapie v zařízeních sociálních služeb Jihomoravského kraje ČR. K naplnění toho cíle byly vytvořeny následující otázky:

- Využíváte muzikoterapii ve Vašem zařízení?
- Jaká je průměrná měsíční frekvence použití muzikoterapie v rámci Vašeho zařízení?

Dalšími otázkami bude zjištěno, jaká je úroveň odbornosti praktikujících muzikoterapeutů v oslovených zařízeních.

- Jaká je Vaše kvalifikace? (obor)
- Máte nějaké kurzy či vzdělání v oblasti muzikoterapie?



- Máte možnost využívat nějakou externí podporu? (konzultace, supervize odborného muzikoterapeuta)
- Využíváte tuto podporu?

Následující otázky zjišťují, jaké formy muzikoterapie jsou využívány a jaký je obsah muzikoterapie v zařízeních sociálních služeb.

- Jaké formy muzikoterapie využíváte?
- Jaká je průměrná délka lekce muzikoterapie ve Vašem zařízení?
- Pro které věkové kategorie klientů využíváte muzikoterapii?
- Pro které kategorie postižení muzikoterapii využíváte?
- Kolik uživatelů z celkového počtu Vašeho zařízení využívá muzikoterapii?
- Jaké jsou Vaše muzikoterapeutické skupiny?
- Prosím, stručně popište jedno typické muzikoterapeutické setkání ve Vašem zařízení.
- Uveďte, co by zkvalitnilo provozování muzikoterapie ve Vašem zařízení.

## 4.2 Obsah dotazníku B

Dotazník typu B byl určen pro respondenty, kteří pracují v zařízeních, kde se muzikoterapie nevyužívá. Cílem bylo zjistit, z jakých důvodů se zde muzikoterapie nevyužívá, proto byly v dotazníku formulovány tyto otázky:

- Využíváte muzikoterapii ve Vašem zařízení?
- Z jakých důvodů nevyužíváte muzikoterapii ve Vašem zařízení?

Otázky průzkumu měly za úkol zjistit jaká je frekvence využívání muzikoterapie v institucích sociálních služeb, jaká je kvalifikace terapeutů, zda zařízení využívají externí podporu, jaké formy muzikoterapie využívají, pro kterou věkovou kategorii a stupeň postižení, kolik uživatelů v jednotlivých zařízeních využívá muzikoterapii, v jakých skupinách muzikoterapie probíhá, jak vypadají muzikoterapeutická sezení a co by zkvalitnilo provozování muzikoterapie.

Průzkum byl zahájen vyhledáním respondentů odpovídajících cílové skupině, kteří byli následně osloveni elektronickou formou, a byly jim zaslány dotazníky. Celkem bylo osloveno 50 zařízení sociálních služeb, která odpovídala cílové skupině bakalářské práce. Každému zařízení byl zaslán průvodní dopis a dotazníky A i B, přičemž každé zařízení odpovídalo pouze na jeden z těchto dvou dotazníků.

Průběh průzkumu byl již od počátku komplikován výraznou neochotou ke spolupráci ze strany oslovených zařízení. Bylo zjištěno, že z celkového počtu oslovených zařízení 72 % dotazník A pouze zobrazilo, avšak odmítlo spolupracovat. Dalších 11 % respondentů dotazník začalo vyplňovat, nicméně jej nedokončilo. Dotazník B zobrazilo 61 % oslovených zařízení. Další 4 % oslovených dotazník začala vyplňovat, ale bohužel nedokončila. Z tohoto důvodu byla zařízení oslovena opakovaně. Z celkového počtu 50 oslovených zařízení bylo získáno 16 plnohodnotných odpovědí. Návratnost dotazníků tedy dosáhla pouze 32 %.

V další fázi průzkumu byla získaná data vyhodnocována a nabyté poznatky budou podrobněji popsány v následující kapitole 5. Závěrem celého průzkumného šetření byla diskuse, ve které byly zhodnoceny poznatky získané v rámci šetření.

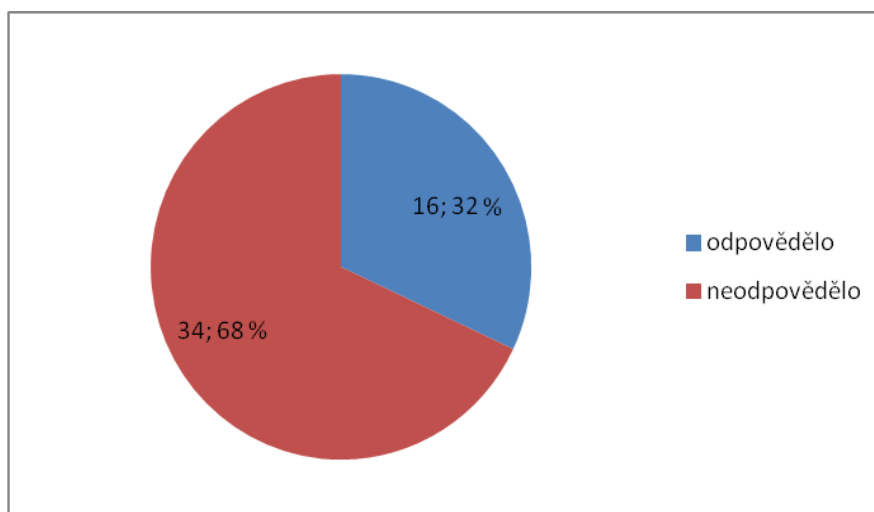
## 5 Analýza získaných dat

Tato kapitola se bude zabývat poskytováním odpovědí na konkrétní aplikované otázky a tím přispěje k naplnění cílů, které byly stanoveny ve 3. kapitole této práce.

### 5.1 Úroveň využívání muzikoterapie

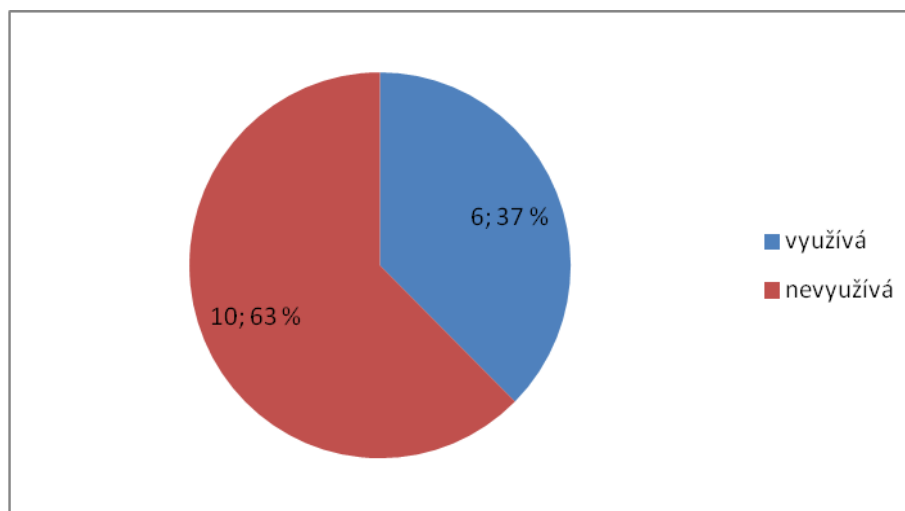
Hlavním stanoveným cílem práce bylo zjistit úroveň využití muzikoterapie v zařízeních sociálních služeb. Jak již bylo zmíněno dříve, graf č. 1 ilustruje celkový počet plnohodnotných odpovědí, ze kterých bylo možné získat relevantní informace.

**Graf č. 1 Celkový počet plnohodnotných odpovědí**



Z 50 oslovených zařízení odeslalo plnohodnotnou odpověď pouze 16 respondentů, tedy 32 % z celkového počtu. I přes opakované kontaktování vybraných zařízení byla odezva velmi nízká. Dále bylo zkoumáno, zda tito respondenti muzikoterapii v praxi využívají a jaký je počet těchto zařízení.

**Graf č. 2 Využíváte muzikoterapii ve Vašem zařízení?**



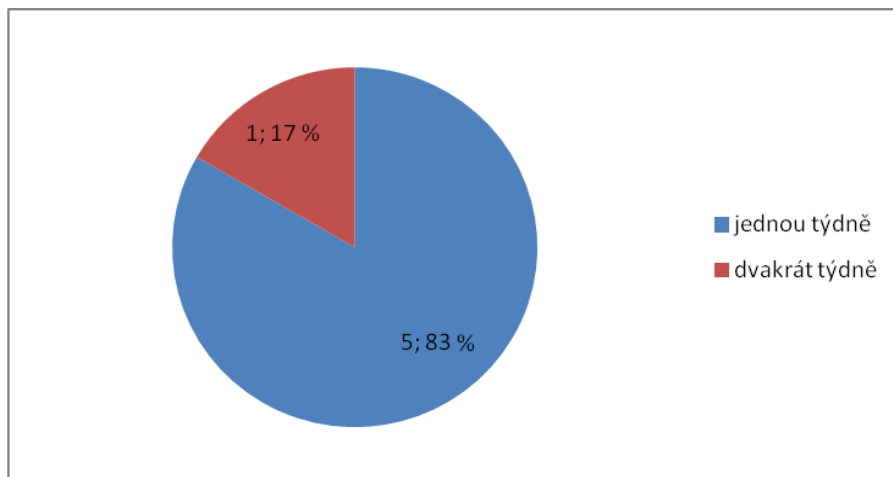
Jak ukazuje graf č. 2, z celkového počtu 16 zařízení, která poskytla odpověď, nevyužívá muzikoterapii 63 % a 37 % zbylých zařízení ji využívá. Jak již bylo uvedeno v kapitole 2 teoretické části, je u seniorů muzikoterapie přínosnou léčebnou muzikoterapeutickou formou, a proto by bylo vhodné, aby její využívání bylo čtenější.

V následující kapitole budou podrobněji popsána specifika zařízení, která pracovala s dotazníkem A, tedy těch, která muzikoterapii v praxi využívají.

## **5.2 Zařízení, která využívají muzikoterapii**

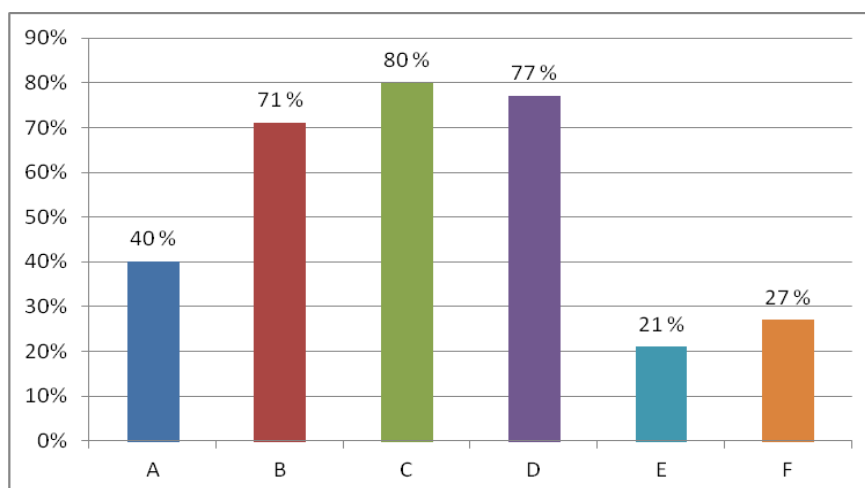
V dotazníku A bylo zjišťováno, jaká je frekvence a celkový zájem o muzikoterapii v oslovených zařízeních.

**Graf č. 3 Jaká je průměrná měsíční frekvence použití muzikoterapie v rámci Vašeho zařízení?**



Graf č. 3 ilustruje odpovědi poskytnuté respondenty na otevřenou otázku týkající se frekvence muzikoterapeutických sezení. Z poskytnutých odpovědí bylo zjištěno, že převážná většina zařízení (83 %) aplikuje muzikoterapii zpravidla jedenkrát týdně. Pouze 17 % zařízení využívá muzikoterapii častěji, konkrétně dvakrát týdně. Jeden z respondentů dále uvedl, že frekvenci muzikoterapie často upravují dle přání klientů. Tento poznatek odpovídá běžnému využívání terapie a lze předpokládat, že frekvence je dostatečná.

**Graf č. 4 Kolik uživatelů z celkového počtu Vašeho zařízení využívá muzikoterapii?**



V rámci další otevřené otázky bylo zjišťováno, kolik klientů jednotlivých anonymních zařízení A-F (viz. graf č. 4) se aktivně účastní muzikoterapeutických sezení. Graf č. 4 ilustruje procentuální vyjádření zájmu klientů každého ze spolupracujících zařízení. Jak je zřejmé, nejnižší účast na terapii se pohybuje kolem 21 % z celkového počtu klientů zařízení. Nejvyšší procento účasti je 80 %. Obecně lze říci, že v polovině zařízení je muzikoterapie využívána nadpoloviční většinou klientů a ve druhé polovině je naopak účast hluboko pod touto hranicí.

## **Shrnutí**

Uvedené otázky se zabývaly zmapováním využívání muzikoterapie v zařízeních sociálních služeb Jihomoravského kraje ČR. Bylo zjištěno, že z celkového počtu oslovených organizací, které byly ochotné ke spolupráci, 37 % využívá muzikoterapii a 63 % ji nevyužívá.

Dále bylo zjištěno, že 83 % zařízení využívajících muzikoterapii působí tímto způsobem na klienty při frekvenci jednou týdně. Zbývajících 17 % využívá pozitivních účinků terapie i dvakrát týdně.

Úroveň účasti klientů jednotlivých zařízení na muzikoterapeutických sezeních se individuálně lišila v každé instituci. Obecně lze říci, že v 50 % zařízení byla účast nadpoloviční, přičemž nejvyšší hodnoty dosahovaly až 80 % účasti klientů. V 50 % případů se terapie účastnila méně než polovina klientů, v zařízení s nejnižší účastí 21 % ze všech klientů v zařízení.

## **5.3 Úroveň odbornosti muzikoterapeutů**

Jedním z dílčích cílů této práce bylo odhalit, jaká je odbornost a způsobilost terapeutů, kteří muzikoterapii v praxi provozují. Následující otázky dotazníku A se snaží tuto skutečnost zjistit.

### **Jaká je Vaše kvalifikace?**

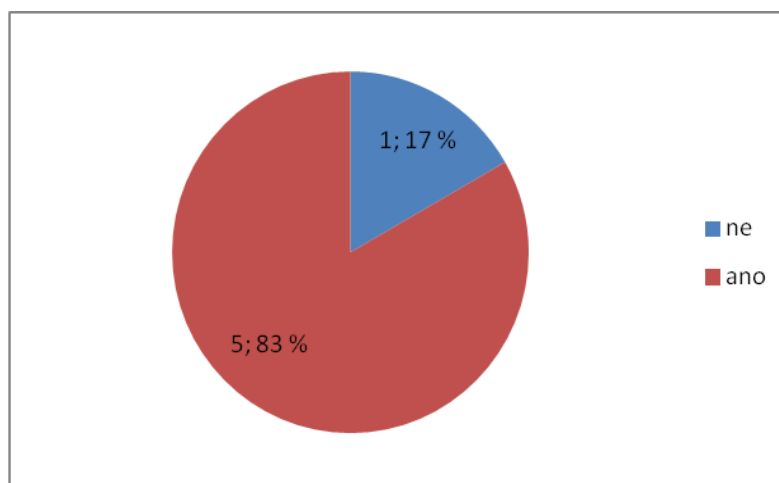
Na otevřenou otázku „Jaká je Vaše kvalifikace? (obor)“ byly získány následující odpovědi:

- pracovník v sociálních službách pověřený aktivizací,
- speciální pedagog a pracovník sociální péče,
- pracovník sociálních služeb se zaměřením na základní nepedagogickou výchovnou činnost,
- absolvent kurzu celoživotního vzdělávání oboru Celostní Muzikoterapie, metoda Lubomíra Holzera,
- pracovník sociálních služeb se zaměřením na výtvarné dílny,
- kvalifikovaný muzikoterapeut.

V kapitole 1.7 bylo popsáno, jaké nároky si klade Muzikoterapeutická asociace ČR na plně kvalifikovaného muzikoterapeuta. Vzhledem k rozsáhlému množství požadavků a kritérií uvedených ve standardu CZMTA nelze formálně považovat žádného z respondentů, dle uvedených odpovědí, za plně kvalifikovaného. Pokud by však odpovědi byly hodnoceny z hlediska splnění alespoň jednoho z oficiálních kritérií, lze vyvodit, že primární odbornou kvalifikaci v oboru muzikoterapie splňuje 33 % respondentů, dalších 33 % splňuje vzdělání v humanitní oblasti, jak je požadováno ve výše popsaném standardu CZMTA. Zbývající respondenti uvádějí odborné vzdělání, které není přímo zaměřené na muzikoterapii a nelze jej tedy považovat za dostatečnou kvalifikaci v této oblasti.

Lze tedy shrnout, že z celkového počtu zařízení provozujících muzikoterapii při práci s klienty je možné považovat 67 % terapeutů za odborně způsobilé k výkonu terapie.

**Graf č. 5 Máte nějaké kurzy či vzdělání v oblasti muzikoterapie?**



Respondenti uvedli následující typy odborného vzdělání:

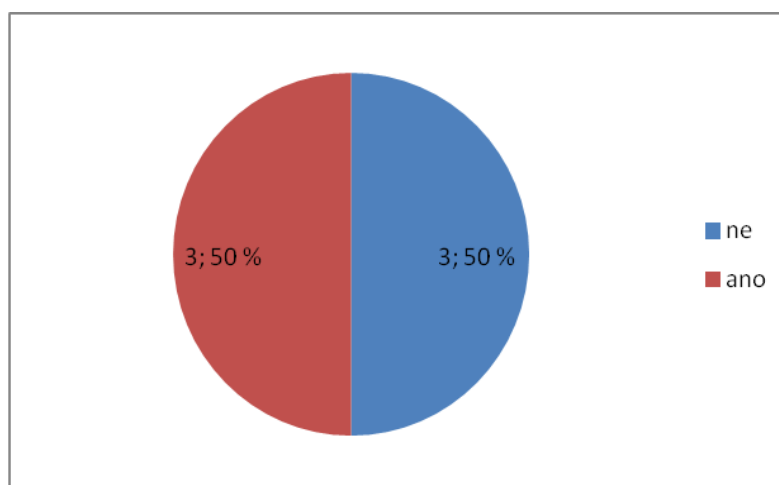
- muzikoterapie v rámci rekvalifikačního kurzu, absolvování vzdělávacího programu „Tanec pro lidi s demencí“ (účastníci kurzu se seznamují s problematikou demence, naučí se využívat pohybovou aktivitu pro zlepšení zdravotního stavu, seznámí se s tanci a písněmi salónního tance Česká beseda, rozsah kurzu je 24 hodin, vedený Petrem Veletou),
- studium arteterapie v celoživotním vzdělávání na Univerzitě Palackého v Olomouci,
- Celostní Muzikoterapie I. (jedná se o třísemestrální kurz v Olomouci na Filozofické fakultě, který má celkem 100 hodin z povinných 250 hodin dle Profesionálního standardu, k tomuto kurzu je vhodné dodělat si ještě nějaký další),
- muzikoterapie a pohybová terapie, terapeutické programy pro seniory,
- kombinované techniky muziko, arte a ergoterapie zaměřené na vjemovou soustavu klienta.

Jak vyplývá z grafu č. 5, 83 % respondentů vykonávajících muzikoterapii v oslovených zařízeních potvrzuje svoji odbornou proškolenost. Ze získaných odpovědí ovšem vyplynulo, že je tato odbornost relevantní pouze u 80 %. Jeden z těchto respondentů (20 %) uvádí jako absolvovaný odborný kurz arteterapii, což nelze považovat za validní odpověď.

Ze získaných poznatků tedy vyvozujeme, že 67 % terapeutů lze považovat za odborně proškolené pro výkon muzikoterapie.

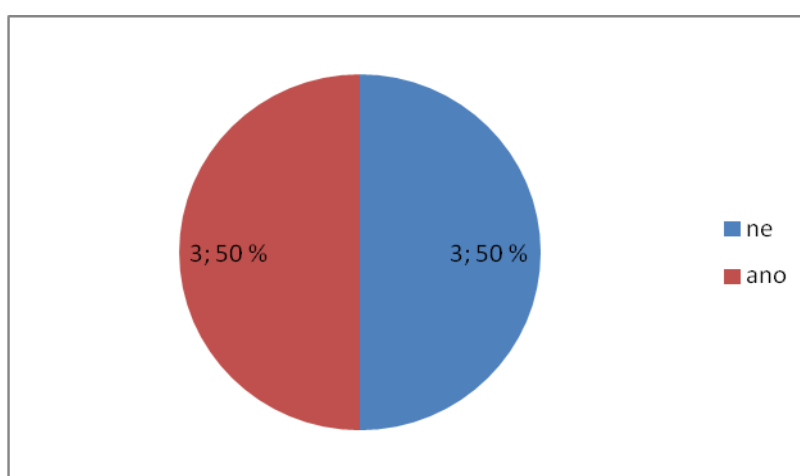


### Graf č. 6 Máte možnost využívat nějakou externí podporu?



Graf č. 6 zobrazuje počet oslovených terapeutů, kteří mají možnost obrátit se na odbornou externí podporu v oblasti muzikoterapie. Z uvedených odpovědí vyplývá, že 50 % respondentů má možnost odborných konzultací a 50 % tuto možnost nemá. 33 % respondentů s externí podporou uvedlo, že mají možnost odborných konzultací s Lubomírem Holzerem, který je celostním muzikoterapeutem a profesionálním umělcem. Jako další forma odborné podpory bylo uvedeno návštěvování soukromé muzikoterapie pro dospělé osoby (33 %).

### Graf č. 7 Využíváte tuto podporu?



Z uvedených odpovědí ilustrovaných grafem č. 7 vyplývá, že stejně jako v předchozí otázce, i zde 50 % terapeutů využívá externí podporu odborníka a 50 % tuto variantu nevyužívá. Lze tedy vyvodit, že muzikoterapeuti, kteří disponují možností odborné konzultace, tímto způsobem aktivně kompenzují případné nedostatky ve své odbornosti a snaží se zvýšit kvalitu svého terapeutického působení na klienty.

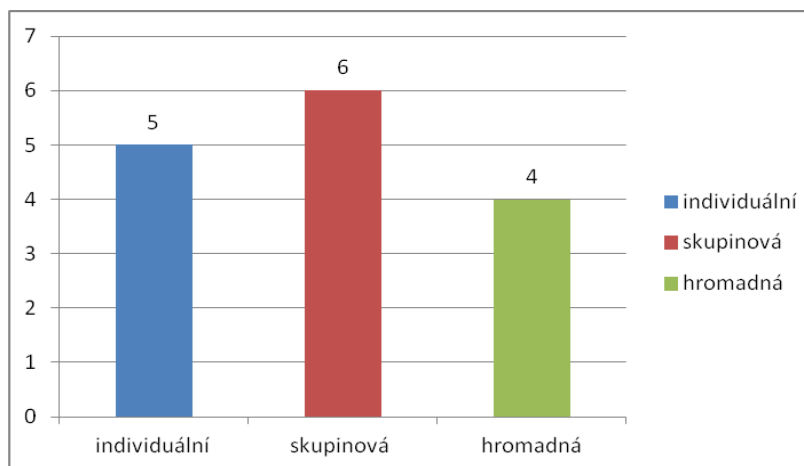
## **Shrnutí**

Kapitola 5.3 byla zaměřena na zjištění úrovně kvalifikace a odbornosti terapeutů v zařízeních, kde je muzikoterapie aktivně aplikována. Z vyhodnocených odpovědí bylo zjištěno, že formální nároky kladené na primárně kvalifikovaného muzikoterapeuta nespĺňuje žádný z respondentů. S přihlédnutím k náročnosti kritérií určených Profesionálním standardem Muzikoterapeutické asociace ČR, která sloužila pro zhodnocení tohoto stavu, však bylo usouzeno, že za odborně vzdělané muzikoterapeuty lze považovat 67 % respondentů. Stejně procento terapeutů dále disponuje odborností získanou prostřednictvím kurzů a jinými formami vzdělání v oboru muzikoterapie.

Dále bylo zjištěno, že 50 % terapeutů disponuje možností odborné podpory a pomoci v oblasti muzikoterapie a stejný počet terapeutů tuto možnost aktivně využívá. Zbývajících 50 % terapeutů však tuto možnost nemá nebo nevyužívá a jsou tedy odkázáni pouze na své vlastní primární a sekundární muzikoterapeutické vzdělání.

## 5.4 Formy a obsah muzikoterapie

Graf č. 8 Jaké formy muzikoterapie využíváte?



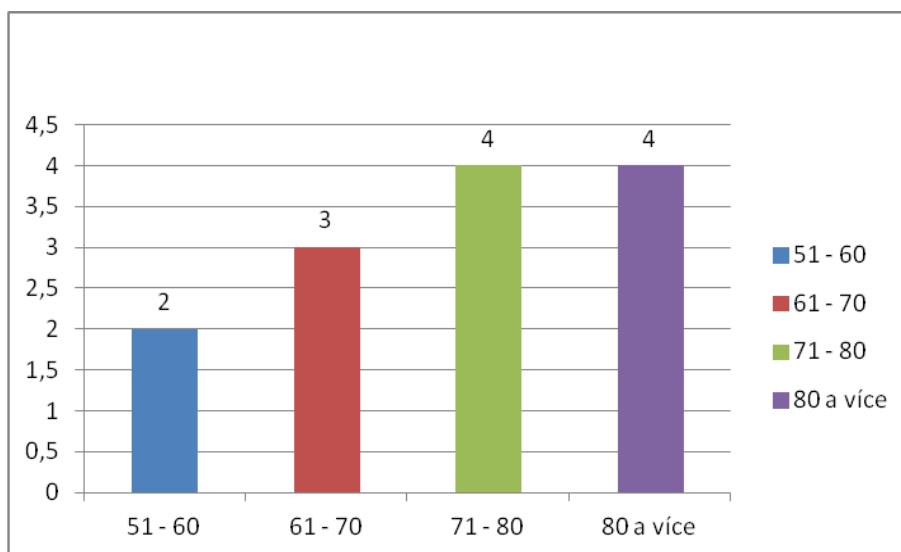
Ze získaných odpovědí bylo zjištěno, že všechna zařízení (100 %) aplikují muzikoterapii ve formě skupinových sezení. Zároveň 83 % z těchto zařízení využívá i působení individuální muzikoterapie. Ani hromadná forma terapie není v rámci zařízení opomíjena a je dle odpovědí využívána u 67 % zařízení, jak je ilustrováno v grafu č. 8.

Jak bylo zmíněno v kapitole 1.2, každá z forem muzikoterapie má pro různé skupiny klientů různé přínosy a pozitiva. Z výsledků lze tedy usoudit, že většina zařízení se snaží naplňovat potřeby svých klientů využíváním více muzikoterapeutických forem.

### Jaká je průměrná délka lekce muzikoterapie ve Vašem zařízení?

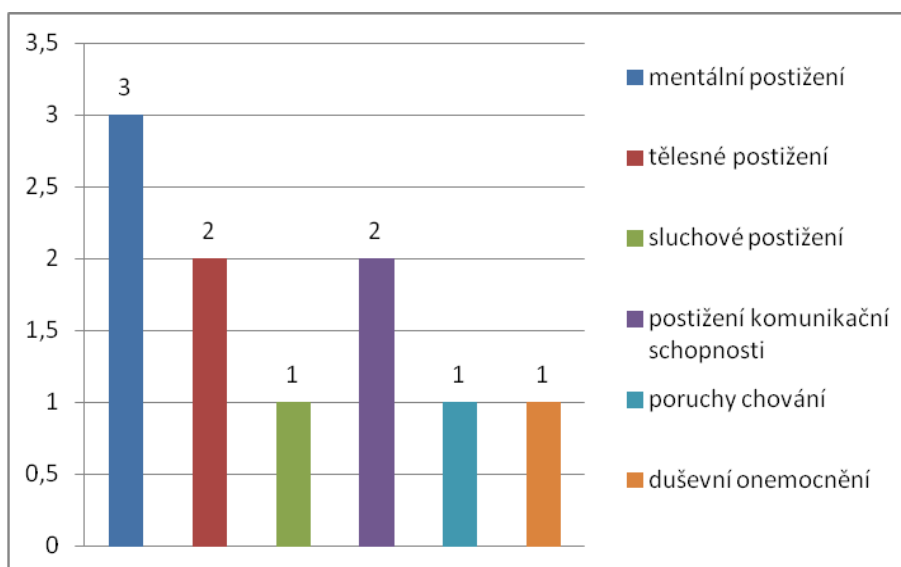
Z poskytnutých odpovědí vyplývá, že délka lekce muzikoterapie se u všech zařízení přizpůsobuje stavu a potřebám klientů, případně se odvíjí od složení terapeutické skupiny. Díky tomu je délka terapie u každého zařízení vysoce individuální. Minimální uvedená doba trvání muzikoterapeutického sezení v zařízeních je 10 minut a maximální uvedená délka nepřesahuje více než 120 minut. Lze tedy říci, že délka terapie se odvíjí od konkrétní situace u každého zařízení, a proto jak už bylo uvedeno v kapitole 1.6, není možné přesně stanovit její vhodné či ideální rozmezí trvání.

**Graf č. 9 Pro které věkové kategorie klientů využíváte muzikoterapii?**



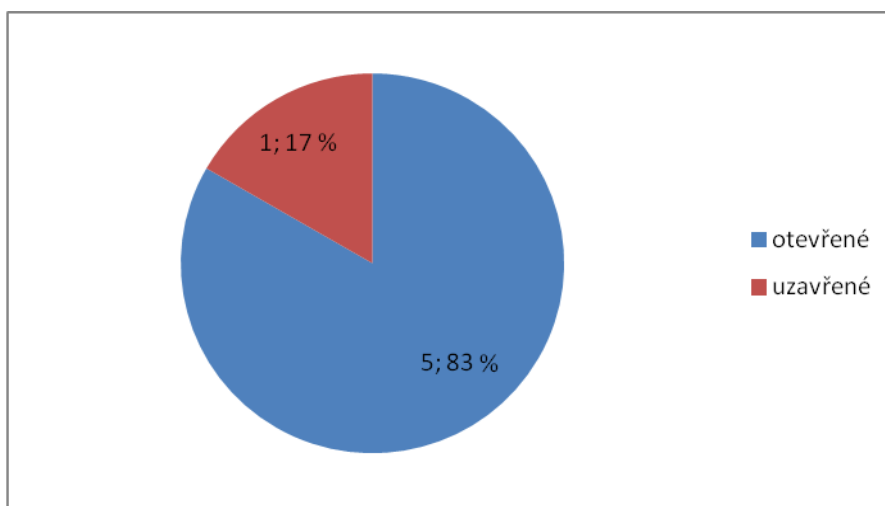
Vzhledem k cílové skupině stanovené pro účely této práce se věková hranice klientů oslovených zařízení pohybuje od 51 let výše. Graf č. 9 ilustruje, že nejpočetnější kategorií (67 % zařízení) jsou klienti ve věku 71 – 80 let a osoby starší 80 let, tedy klienti prožívající období pozdějšího stáří. Oslovená zařízení poskytují muzikoterapii také klientům pod hranicí 70 let, nejčastěji (50 % zařízení) v rozmezí 61 – 70 let .

**Graf č. 10 Pro které kategorie postižení muzikoterapii využíváte?**



Při zjišťování povahy potíží klientů, kteří mají možnost využívat působení muzikoterapie v oslovených zařízeních, bylo zjištěno, že nejčastějšími obtížemi je mentální postižení (50 % zařízení), dále pak tělesné postižení a postižení komunikačních schopností. Respondenti dále specifikovali, že klienti trpí různým stupněm demence, omezením hybnosti, Alzheimerovou a Parkinsonovou chorobou, případně kombinací více postižení. Tyto poznatky jsou v souladu s kapitolou 2, kde byla uvedena demence u seniorů, Alzheimerova či Parkinsonova choroba jako příklady potíží, které je možné ovlivňovat muzikoterapeutickým působením.

**Graf č. 11 Jaké jsou Vaše muzikoterapeutické skupiny?**



Graf č. 11 ukazuje, že převažující formou terapeutické skupiny v oslovených zařízeních je skupina otevřená, kterou využívá 83 % zařízení. Pouze 17 % organizací provozuje terapeutická sezení ve skupinách uzavřených. Vzhledem k typu zařízení, která byla v rámci průzkumu oslovena, lze vyvodit, že četnější využívání otevřených skupin vyplývá z potřeby nahrazovat jednotlivé členy skupiny, protože složení klientů je proměnlivé.

**Otázka 12. Prosím, stručně popište jedno typické muzikoterapeutické setkání ve Vašem zařízení.**

Z uvedených odpovědí na tuto otevřenou otázku vyplývá, že v oslovených zařízeních se průběh muzikoterapie odvíjí zejména od potřeb klientů, což je v souladu s poznatky uvedenými v teoretické části této práce.

Jak již bylo popsáno v kapitole 1.5, u muzikoterapeutického sezení lze očekávat určitou posloupnost a strukturu. Součástí této struktury je mimo jiné tzv. přípravná fáze sloužící jako zahájení celé terapie a evaluační fáze, která slouží k uzavření a zhodnocení celé terapie. Ze získaných odpovědí bylo zjištěno, že přípravná fáze není součástí terapie v žádném ze zařízení a pouze 17 % zařízení aplikuje evaluační fázi na závěr sezení.

Z informací poskytnutých respondenty je zřejmé, že každé zařízení provádí muzikoterapeutické sezení svým vlastním způsobem. Obecně však lze říci, že zařízení využívají pestrou nabídku aktivit, které muzikoterapie nabízí a které byly podrobněji popsány v kapitolách 1.3 a 1.6.

Muzikoterapeuti praktikují v rámci svých sezení jak receptivní techniky, jako je poslech hudby, rozeznávání nástrojů či relaxace podbarvená poslechem, tak i aktivní formu muzikoterapie, zejména zpěv, hra na hudební a perkusové nástroje, rytmická cvičení, ale také paměťová cvičení. Kromě běžné škály muzikoterapeutických pomůcek některá zařízení využívají také počítač.

Pozitivním poznatkem průzkumu je zejména fakt, že terapeuti dávají prostor a možnost volby také samotným klientům například při volbě žánru, interpreta, nebo celého repertoáru terapie.

**Otázka 13. Uveďte, co by zkvalitnilo provozování muzikoterapie ve Vašem zařízení.**

V rámci této otevřené otázky bylo cílem zjistit, jakým způsobem by bylo možné podpořit kvalitu muzikoterapie v oslovených zařízeních, případně podpořit její využívání u zařízení, která dosud tuto terapii nevyužívají. Z uvedených odpovědí lze vyvodit, že zařízení, která mají praktické zkušenosti s muzikoterapií, nejvíce postrádají kvalitní

materiální vybavení pro terapii, jako například vhodné prostory určené k terapii, audio přístroje a přehrávače, CD a obecně širší výběr hudebních nahrávek. Respondenti by dále uvítali finanční podporu, která by byla využita jak k zajištění materiálních pomůcek, tak i odborného personálu.

Zařízením též chybí ke zkvalitnění muzikoterapie odborně vzdělaní pracovníci v oblasti muzikoterapie.

## **Shrnutí**

Kapitola 5.4 se zabývala konkrétními formami a obsahem muzikoterapeutických sezení v oslovených zařízeních. Také bylo zjišťováno, jak by bylo možno podpořit a zkvalitnit provozování muzikoterapie v těchto zařízeních dle jejich subjektivních zkušeností.

Na základě analyzovaných dat bylo zjištěno, že organizace provozují terapii ve všech třech formách, přičemž nejčastěji využívaná je forma skupinová.

Délka jednotlivých lekcí se individuálně liší. Žádné terapeutické sezení však není kratší než 10 minut a maximální možná délka terapie dosahuje v některých zařízeních až 120 minut.

Muzikoterapeuti oslovených zařízení nejčastěji pracují s klienty věkové kategorie 71 let a výše. Její aplikace však není výjimkou ani u klientů nižší věkové kategorie. Tito klienti trpí celou řadou tělesných i mentálních potíží, přičemž z odpovědí respondentů vyplývá, že muzikoterapie je aplikována zejména u mentálního a tělesného postižení klientů a při práci s onemocněními jako je Alzheimerova a Parkinsonova choroba a demence.

Převážná většina zařízení provozuje muzikoterapeutická sezení v otevřených skupinách. Muzikoterapeuti využívají širokou škálu pasivních i aktivních terapeutických cvičení, aktivit i terapeutických pomůcek, nicméně bylo zjištěno, že v obsahové struktuře terapií zcela chybí přípravná fáze a téměř vždy je vynechávána i fáze evaluační.

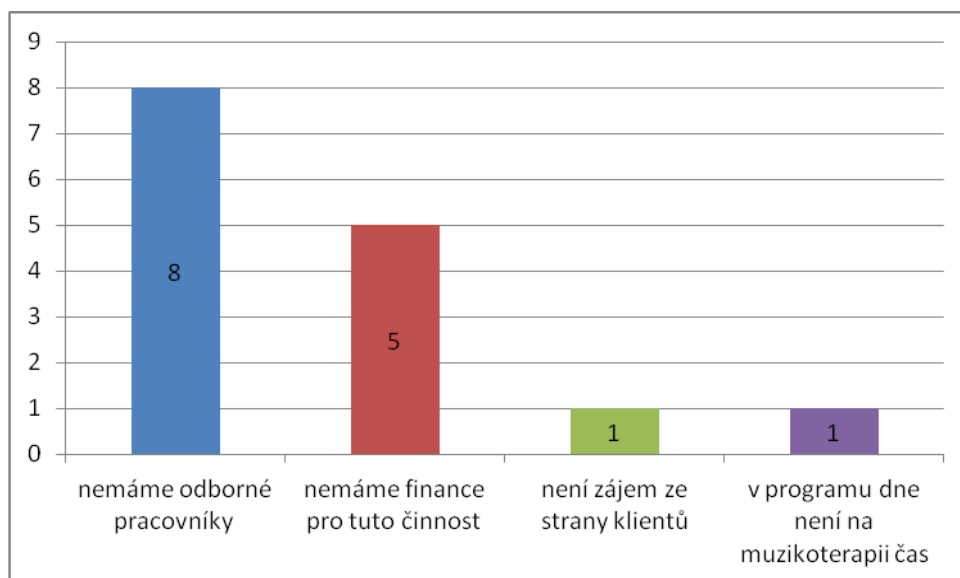
Respondenti by v rámci zkvalitňování muzikoterapie přivítali podporu v zajišťování materiálního vybavení pro terapii, finanční podporu pro praktikující terapeuty a výdaje spojené s terapií, a také zajištění odborně vzdělaných terapeutů.

## 5.5 Zařízení, která nevyužívají muzikoterapii

Jak již bylo popsáno v kapitole 5.1, z celkového počtu respondentů 63 % zařízení muzikoterapii nevyužívá. Pro tato zařízení byl vytvořen dotazník s následujícími otázkami:

1. Využíváte muzikoterapii ve Vašem zařízení?
2. Z jakých důvodů nevyužíváte muzikoterapii ve Vašem zařízení?

**Graf č. 14 Z jakých důvodů nevyužíváte muzikoterapii ve Vašem zařízení?**



V této otázce měli respondenti možnost vybrat z více odpovědí. Graf č. 14 ukazuje, že dle názoru respondentů zařízení schází především odborní pracovníci schopní provozovat muzikoterapii (80 %). Jako další nejčastější příčinu nevyužívání muzikoterapie uvádějí respondenti nedostatek financí (50 %). Některá zařízení dále uvedla, že pro vykonávání muzikoterapie nemají dostatečný fyzický či časový prostor (10 %), případně zájem ze strany klientů (10 %).



Lze tedy vyvodit, že nejzávažnější překážkou využívání přínosů muzikoterapie v oslovených zařízeních je absence terapeutů s odbornou kvalifikací spolu s nedostatkem financí pro pokrytí nákladů spojených s terapií. Tyto důvody se shodují s potřebami popsanými praktikujícími muzikoterapeuty v předchozí kapitole. Je tedy možné říci, že jsou skutečnou překážkou v provozování muzikoterapie v oslovených zařízeních.

## 6 Diskuze

V rámci uskutečněného průzkumu bylo cílem této práce zmapovat, na jaké úrovni se využívá či nevyužívá muzikoterapie v zařízeních sociálních služeb v rámci okresů Brno a Vyškov v Jihomoravském kraji. Ve 2. kapitole teoretické části bylo popsáno, jaké podněty může muzikoterapie přinést stanovené cílové skupině seniorů. Muzikoterapie byla dosaženými výsledky zhodnocena jako přínosné terapeutické působení pro tuto kategorii klientů.

### 6.1 Zhodnocení poznatků průzkumu

Na základě poskytnutých informací bylo zjištěno, že více než polovina oslovených zařízení ochotných ke spolupráci, výhody muzikoterapie nevyužívá. V rámci zkoumané oblasti bylo nalezeno pouze 37 % zařízení, které muzikoterapii aktivně provozují. Z tohoto počtu lze usoudit, že situace ve zkoumané oblasti není ideální a je zde prostor pro zlepšení.

Dále se průzkum soustředil na zjišťování stavu muzikoterapie v těch zařízeních, která ji v praxi aktivně využívají. Bylo zjištěno, že organizace aplikují terapii v běžné frekvenci jedenkrát týdně. Účast klientů na terapeutických setkáních lze rozdělit do dvou skupin. V 50 % zařízení se terapie účastní vysoce nadpoloviční většina klientů. Ve druhé polovině zařízení je účast naopak pod hranicí poloviny z celkového počtu klientů.

Vzhledem k teoretickým poznatkům popsaným ve 2. kapitole této práce lze usoudit, že muzikoterapie je vhodná pro práci s klienty oslovených zařízení, kteří trpí celou řadou potíží a postiženími. Bylo by tedy žádoucí podpořit větší účast klientů v těch zařízeních, kde se pohybuje na nižší úrovni.

Další oblastí zájmu průzkumu bylo zhodnocení kvalifikace a odbornosti muzikoterapeutů, kteří v praxi terapii provozují. Jako měřítko úrovně kvalifikace byl použit Profesní standard Muzikoterapeutické asociace České republiky, který byl detailně popsán v kapitole 1.7. Ačkoliv se jedná o formální požadavky kladené na profesionální

muzikoterapeutů, je nutné zmínit, že kritéria pro získání kvalifikace jsou velmi náročná a žádný z terapeutů oslovených zařízení nesplňuje požadavky v plném rozsahu. Z formálního hlediska tedy není žádný z těchto terapeutů kvalifikovaný.

Ze získaných informací bylo zjištěno, že 67 % terapeutů splňuje některé z popsaných kritérií a dá se tedy usoudit, že disponují určitou mírou primární kvalifikace. I v této oblasti je tedy prostor pro zvyšování odbornosti terapeutů a tím i celkové zkvalitňování muzikoterapie v praxi.

Přestože primární kvalifikace terapeutů není na vysoké úrovni, je zřejmé, že se terapeuti snaží svoji odbornost zvyšovat pomocí dostupných kurzů a dalšího vzdělávání. Vzhledem k tomu, že terapeutů, kteří absolvovali nějakou formu odborných kurzů či školení, je opět 67 %, lze očekávat, že v celkovém měřítku v praxi působí i lidé bez jakékoliv formální kvalifikace. Tento fakt nemusí nutně znamenat nízkou kvalitu sezení vedených těmito terapeutů. Bylo by však vhodné podpořit zvyšování kvalifikace u těchto osob, případně jim zprostředkovat možnost podpory odborníka.

V rámci průzkumu bylo zjišťováno, zda terapeuti mají v praxi možnost obrátit se v případě potřeby na odborně kvalifikovanou osobu z oboru muzikoterapie. Tato možnost existuje u 50 % oslovených terapeutů a stejný počet uvádí, že tuto možnost aktivně využívá. Lze tedy shrnout, že polovina terapeutů disponuje určitou formou primární kvalifikace doplněnou o muzikoterapeutické kurzy, školení a využívající externí podporu odborníka. Dalších 17 % dotázaných disponuje pouze některými z těchto variant a zbývajících 33 % se pohybuje na úrovni nízké odbornosti. I v této oblasti zkoumání je tedy prostor pro zlepšení a podporu.

Při zkoumání samotného obsahu a forem muzikoterapie v praktikujících zařízeních bylo zjištěno, že situace z praxe odpovídá poznatkům popsaným v teoretické části této práce. Zařízení využívají všechny dostupné formy terapie, přičemž nejčastější je skupinová forma. Tento fakt lze považovat za velmi pozitivní, protože, jak už bylo popsáno v kapitole 2, skupinová forma terapie je pro cílovou skupinu této práce nejpřínosnější. Zejména proto, že působí proti pocitům izolovanosti a samoty u seniorů.

Délka jednotlivých sezení je vysoce individuální u každého zařízení, v závislosti na potřebách a možnostech klientů, což opět vyhovuje teoretickým poznatkům. Potvrzuje se tak, že terapeuti zohledňují individuální situaci ve svém zařízení. Klienti, kteří využívají muzikoterapeutického působení, se pohybují nejčastěji v kategorii raného a pozdějšího stáří, což odpovídá povaze oslovených zařízení a cílové skupině tohoto průzkumu.

Ze získaných dat lze usoudit, že povaha obtíží klientů, u kterých je muzikoterapie v zařízeních nejčastěji používána opět odpovídá teoretickým poznatkům. Terapie je tedy aplikována vhodným a přínosným způsobem. Snaží se působit na reálné problémy cílové skupiny, které je možné pozitivně ovlivnit.

Z odpovědí bylo také zjištěno, že nejčastější typ terapeutické skupiny v zařízeních je skupina otevřená. Jak bylo vysvětleno v kapitole 1.2, otevřená skupina umožňuje průběžné nahrazování členů skupiny a její preference je tedy spojená s typem oslovených zařízení, kde lze očekávat časté změny v počtu klientů.

Muzikoterapeutická sezení u oslovených zařízení svým obsahem splňují běžné předpoklady popsané v teoretické části této práce, nicméně jako nedostatek lze hodnotit fakt, že terapeuti nedodržují stanovenou strukturu terapeutického sezení popsanou v kapitole 1.5 a zcela vynechávají přípravnou a evaluační fázi terapie. Jak již bylo popsáno v teoretické části, přípravná fáze je nezbytná pro zajištění správného a efektivního průběhu samotné realizace terapie a evaluační fáze hraje významnou roli při získávání zpětné vazby a prohlubování prožitků z terapie. Proto lze říci, že v této oblasti by bylo vhodné současný stav upravit.

Závěrečnými otázkami průzkumu bylo zjišťováno, jak by bylo možné již praktikující terapeuty podpořit ve zkvalitňování terapie na jejich pracovištích. Získané poznatky se shodovaly s důvody, které zařízení bez muzikoterapie uvedly jako primární překážku jejího zavedení. Bylo zjištěno, že základními nedostatky pro praktikující terapeuty jsou materiální vybavení, finanční prostředky a odborný terapeutický personál. Zařízení, která muzikoterapii neprovozují, uvedly shodné důvody, tedy absenci kvalifikovaných terapeutů a nedostatek financí pro provozování terapie.

Jak již bylo vysvětleno v kapitole 1.7, muzikoterapeut by měl disponovat širokou škálou znalostí z různých oblastí a měl by se soustavně vzdělávat ve svém oboru. Vzhledem k informacím poskytnutým praktikujícími terapeuty lze říci, že úroveň odbornosti terapeutů není na ideální úrovni. Tento stav v praxi hraje významnou roli při rozhodování o zavedení terapie v zařízeních a při jejím zkvalitňování v zařízeních, kde je aktivně využívána.

S nedostatečnou úrovní odbornosti terapeutů je spjat i druhý nedostatek, absence financí. Terapeuti uvádějí nedostatek financí, které by byly využity na materiální zajištění terapie, ale také k ohodnocení terapeutů samotných. Je však nutno podotknout, že i zvyšování kvalifikace terapeutů je spjato s otázkou financí, jelikož většina muzikoterapeutických kurzů či vzdělávacích programů vyžaduje nemalé finanční částky. Z tohoto pohledu je tedy situace velmi těžko řešitelná.

Závěrem šetření je možné shrnout, že využívání muzikoterapie v okresech Vyškov a Brno Jihomoravského kraje by mělo být svými zřizovateli výrazněji podpořeno. Vzhledem k nízkému počtu zařízení, která muzikoterapii aplikují, by bylo vhodné podnítit jejich zájem osvětovou a informativní činností, například ve formě seminářů či ukázkových hodin terapie přímo na těchto pracovištích tak, aby měla zařízení možnost zhodnotit přínosy, které muzikoterapie může jejich klientům poskytnout. Organizace by mohly být podpořeny i poradenstvím a externí pomocí s materiálně-technickým vybavením, aby mohly reálně usoudit, zda a jakým způsobem by terapii bylo možné provádět.

Otázka financí, která se ukazuje jako zásadní překážkou pro většinu zařízení, by mohla být řešena žádostí o finanční či materiální podporu směřovanou na jednotlivé městské či krajské orgány, případně Evropský sociální fond. Oslovené organizace by mohly dle svých lokálních možností případně oslovit i místní nestátní neziskové organizace. V rámci této práce ovšem není možné navrhnout konkrétnější řešení, protože jednotlivá zařízení by při řešení finanční podpory vycházela z konkrétních možností, které jsou v dané lokalitě dostupné.

V jednotlivých praktikujících zařízeních by pak bylo vhodné, aby muzikoterapeuti ve svých zařízeních aktivně podněcovali a zvyšovali případný nízký zájem svých klientů, informovali je o možnosti muzikoterapeutických sezení, jejich obsahu, náplni a přínosech. Terapeuti by mohli zvýšit zájem klientů jejich zapojením do organizace terapií, dát jim

prostor pro volbu aktivit a repertoáru jednotlivých lekcí a orientovat terapie dle jejich potřeb a preferencí.

Terapeuti, kteří mají zájem zvyšovat svoje odborné schopnosti a kvalitu terapeutických sezení, se mohou obrátit například na Institut celoživotního vzdělávání filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, která nabízí kurzy Celostní muzikoterapie. Také je možné využít kurzů pod záštitou Muzikoterapeutické asociace České republiky, či celé řady dalších organizací provozujících vzdělávání v této oblasti. Další možností je individuální oslovení konkrétních odborníků na muzikoterapii, jako jsou například Mgr. Markéta Gerlichová, PaedDr. Lubomír Holzer, Mgr. Jiří Kantor, Ph.D. a další. Jedinou překážkou ve zvyšování kvalifikace terapeutů zůstává otázka financí, které většina vzdělávacích kurzů vyžaduje. V případě, že by tato překážka byla pro terapeutů neřešitelná, bylo by vhodné, aby zařízení ve spolupráci s externím odborníkem zajistila svým terapeutům možnost odborné konzultace a podpory. Předpokládá se, že pokud budou terapeuti aktivně zkvalitňovat svoji odbornost, zvýší se i kvalita a efektivita jejich muzikoterapeutického působení.

## **6.2 Zhodnocení průběhu průzkumu**

Jak popisuje kapitola 4, zvolenou metodikou průzkumu bylo dotazníkové šetření za použití dvou typů dotazníků pro dvě kategorie respondentů. Pro získání co nejpodrobnějších a nejpřesnějších informací kombinovaly dotazníky jak uzavřené tak otevřené otázky. Dotazníky byly elektronickou formou zaslány souboru 50 zařízení, což lze považovat za adekvátní vzorek.

V praxi se ovšem ukazuje, že reálný počet respondentů je nesrovnatelně nižší a to z toho důvodu, že oslovená zařízení nebyla ochotna ke spolupráci a tím významně zkomplikovala průběh tohoto průzkumu. Důvod pro vysokou míru nespolupráce ze strany zařízení zůstává nejasný. Dotazník nebyl obsahově ani časově náročný a obsahoval vhodný počet otázek (16) tak, aby respondenty neodradil.

Pro příští výzkum by bylo vhodnější oslovit vybraná zařízení zapojením dalších forem sběru dat, nejlépe pomocí kombinace dotazníku a řízeného rozhovoru při osobním setkání.

Tímto způsobem by mohl být zajištěn vyšší počet relevantních odpovědí a také podrobnější a jasnější informace ze strany respondentů. Vyšší počet respondentů by přispěl k vyšší výpovědní hodnotě průzkumu a poskytl by podrobnější náhled do situace v praxi.

I přes limitující množství informací získané poznatky průzkumu ukazují, že oblast využívání muzikoterapie ve Vyškovském a Brněnském okrese je vhodné a možné dále zkoumat. Stále je zde prostor pro celkové zlepšení na mnoha úrovních.

Další výzkum by bylo vhodné zaměřit zejména na možnosti zvýšení zájmu o muzikoterapii u jednotlivých zařízení, podrobnější analýzu možností jejího zkvalitnění na materiální úrovni a na úrovni odbornosti terapeutů v těch zařízeních, kde je terapie využívána.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma „Využití muzikoterapie v institucích sociálních služeb“ se věnovala průzkumu stavu muzikoterapie v Jihomoravském kraji České republiky, konkrétně v okresech Brno a Vyškov. Cílovými respondenty tohoto průzkumu byla zařízení sociálních služeb. Tyto organizace byly osloveny formou elektronických dotazníků a získaná data byla následně zpracována a vyhodnocena.

Hlavní cílem bakalářské práce bylo zmapování využívání muzikoterapie v zařízeních sociálních služeb dané oblasti. Na základě získaných dat bylo zjištěno, že muzikoterapie je využívána pouze u 37 % oslovených zařízení. Z průzkumu vyplývá, že nízká četnost využití této terapie je dle respondentů způsobena zejména nedostatečnými finančními prostředky k pokrytí materiálních výdajů a odborného personálu. V této oblasti by bylo vhodné, aby se zařízení pokusila o spolupráci s městskými či krajskými orgány, případně nestátními organizacemi, které by byly schopny poskytnout zařízením finanční pomoc pro tyto účely.

Další překážkou pro zavedení muzikoterapeutických metod je nedostatek odborných zaměstnanců v těchto zařízeních. Organizace by v této věci mohla motivovat členy svého stávajícího personálu k absolvování odborně vzdělávacích kurzů či programů v tomto oboru. V této náležitosti hrají důležitou roli finance, které jsou nezbytné pro pokrytí nákladů na toto další vzdělávání. Alternativní možností by mohlo být zajištění externího odborného poradce či konzultanta, na kterého by se mohli pracovníci provozující muzikoterapii v zařízeních obrátit. V současné době je možnost odborné podpory dostupná u 50 % zařízení, která již muzikoterapii aplikují a terapeuti tuto podporu aktivně využívají.

V rámci hlavního cíle bakalářské práce bylo také zjištěno, že v zařízeních, která aplikují muzikoterapii, je prostor pro další lokální zvýšení zájmu o terapii. U 50 % těchto zařízení se zájem o terapii ze strany klientů pohybuje pod hranicí poloviny. Bylo by vhodné klienty dále motivovat k zapojení do terapie.

Dílčím cílem práce bylo zjištění, kdo muzikoterapii v oslovených zařízeních provádí. Na základě poskytnutých informací bylo vyhodnoceno, že 67 % terapeutů splňuje některá, ne



však všechna, kritéria stanovená v Profesionálním standardu Muzikoterapeutické asociace České republiky. Stejný počet terapeutů je proškolený pomocí odborných kurzů a vzdělávacích programů. Odbornost praktikujících terapeutů je však spíše neformálního charakteru. V této oblasti je další možný prostor pro zlepšení. Jak již bylo řečeno, organizace by měla podpořit terapeuty a motivovat je v dalším prohlubování jejich odbornosti a tím zkvalitňovat úroveň poskytované muzikoterapie.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaké formy muzikoterapie jsou v zařízeních sociálních služeb Jihomoravského kraje ČR aplikovány. Bylo vyhodnoceno, že nejčastěji se využívá skupinová forma terapie, přičemž terapeutické skupiny jsou zpravidla otevřené. Nejpočetnější věkovou kategorií těchto terapií jsou klienti ve věku od 71 let a výše, trpící demencí, Alzheimerovou nebo Parkinsonovou chorobou, či mentálními a tělesnými postiženími. Délka terapeutických sezení se pohybuje od 10 do 120 minut, nicméně jejich rozsah je v jednotlivých zařízeních vysoce individuální.

Poslední dílčí cíl vypověděl, jaký má muzikoterapie v oslovených zařízeních obsah. Z průzkumu vyplynulo, že základním nedostatkem je nedodržování formální struktury terapie, která byla popsána v teoretické části práce. Terapeuti se soustředí zejména na realizační fázi a v rámci této části využívají pestrou škálu pomůcek, aktivit a činností, přičemž dávají prostor klientům podílet se na volbě obsahu sezení. V této oblasti se obsah terapií shoduje s doporučeními odborníků popsanými v teoretické části práce. Z odpovědí však vyplynulo, že respondenti zcela opomíjejí přípravnou fázi terapie a téměř vždy také fázi evaluační. I tyto části mají dle odborníků své místo a význam v průběhu terapie. Bylo by tedy vhodné, aby se terapeuti na tento nedostatek zaměřili. Možným řešením může být například absolvování odborného vzdělávacího programu, či konzultace s externím odborníkem.

Přínosem průzkumu je poznatek, že v okrese Vyškov a Brno Jihomoravského kraje České republiky je muzikoterapie v zařízeních sociálních služeb využívána jen v malém měřítku. Oslovená zařízení postrádají finanční prostředky a odborný personál a shledávají tyto nedostatky jako zásadní pro zavedení terapie. Odborná kvalifikace praktikujících terapeutů je spíše na neformální úrovni a pro zlepšení kvality obsahu terapií by bylo vhodné, aby byli terapeuti podněcováni k dalšímu sebevzdělávání v tomto oboru.

V budoucím výzkumu tohoto tématu by bylo vhodné zaměřit se na možnosti řešení odhalených překážek, zejména možnosti financování muzikoterapie v cílových zařízeních, neboť na základě současného průzkumu se nedostatek financí ukazuje jako zásadní problém s širokým dopadem. Dále by bylo vhodné zabývat se alternativními možnostmi zvyšování odbornosti a kvalifikace praktikujících terapeutů a tím následně podpořit soustavné zkvalitňování muzikoterapeutických služeb v oslovených zařízeních.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BAŠTECKÝ, J.; KÜMPEL, Q.; VOJTĚCHOVSKÝ, M. a kol. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-070-8.
- CAMPBELL, D. *Mozartův efekt*. 1. vyd. Praha: Eminent, 2008. ISBN 978-80-7281-336-0.
- FELBER, R.; REINHOLD, S.; STÜCKERT, A. *Muzikoterapie: Terapie zpěvem*. 1. vyd. Hranice: Fabula, 2005. ISBN 80-86600-24-6.
- HOLMEROVÁ, I.; JURÁŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: Praha EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
- HOLZER, L.; DRLÍČKOVÁ, S. *Celostní muzikoterapie v institucionální výchově*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3323-3.
- KALVACH, Z. a kol. *Vybrané kapitoly z geriatry a medicíny chronických stavů – II. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-001-7.
- KANTOR, J.; LIPSKÝ, M.; WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Praha Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9.
- KRČEK, J. *Úvod do muzikoterapie: která vychází z anthroposofie Rudolfa Steinera*. 1. vyd. Hranice: FABULA, 2008. ISBN 978-80-86600-50-5.
- LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. 1. vyd. Rosice u Brna: Gloria, 1997. ISBN 80-901834-4-1.
- MÁTEJOVÁ, Z. *Základy teorie a praxe muzikoterapie*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 1991. ISBN 80-223-0401-8.
- MÁTEJOVÁ, Z.; MAŠURA, S. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1992. ISBN 80-08-00315-4.
- MORENO, J. *Rozehráť svou vnitřní hudbu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-980-1.
- MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
- PIPEKOVÁ, J.; VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 1. vyd. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
- PETERS, J., S.. *Music Therapy*. 2.vyd. Illinois: Charles Thomas Publisher, 2000. ISBN 0-398-07043-1.

POKORNÁ, P. *Úvod do muzikoterapie pro speciální pedagogiku: obor vychovatelství*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1982. ISBN

SACKS, O. *Musicophilia: Příběhy o vlivu hudby na lidský mozek*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství dybbuk, 2009. ISBN 978-80-86862-92-7.

ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 2. vyd. Praha: Nakladatelství portál, s.r.o., 2001. ISBN 80-7178-557-1.

ŠIMANOVSKÝ, Z.; TICHÁ, A. *Hrajeme si s písničkou: Zpěvník s návody na hry pro děti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0097-0.

VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0708-5.

WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-970-4.

ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9.

#### **Internetové zdroje:**

GERLICHOVÁ, Markéta. Muzikoterapie: Markéta Gerlichová. [online]. [cit. 2014-05-10]. Dostupné z: [http://mg-muzikoterapie.cz/wp/?page\\_id=15](http://mg-muzikoterapie.cz/wp/?page_id=15)

METODICKÝ PORTÁL. *Inspirace a zkušenosti učitelů*. [online]. [cit. 2014-05-03]. Dostupné z: <http://mafr.blogy.rvp.cz/tag/muzikoterapie-i-dovadeni-s-detmi/>

MUZIKOTERAPIE. *Cílené využívání zvuku a hudby k terapeutickým účelům*. [online]. [cit. 2014-05-12]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/rozhovory/lipsky-matej-2011-rozhovor-vedla-veronika-andelova>

MUZIKOTERAPEUTICKÁ ASOCIACE ČR. *Standard profese podle CZMTA*. [online]. [cit. 2014-06-02]. Dostupné z: <http://www.musictherapy.cz/index.php/profesni-standard-czmta>

STUDIUM PSYCHOLOGIE. *Etapy psychického vývoje*. [online]. [cit. 2014-05-02]. Dostupné z: <http://www.studium-psychologie.cz/vyvojova-psychologie/7-dospelost-starnuti-smrt.html>

WFMT. World Federation of Music Therapy. [online]. [cit. 2014-05-02]. Dostupné z: <http://www.musictherapyworld.net/WFMT/Home.html>

ŽEJDLÍKOVÁ, H.; VLACHOVÁ, H. Mezinárodní asociace uměleckých terapií. [online]. [cit. 2014-05-02]. Dostupné z: <http://www.maut.cz/cz/clanek-13-2/main-top>

## **SEZNAM ZKRATEK**

CZMTA – Muzikoterapeutická asociace České republiky

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Dotazník B pro zařízení, která nevyužívají muzikoterapii

Příloha č. 2 – Dotazník A pro zařízení, která využívají muzikoterapii

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1

Dotazník B pro zařízení, která nevyužívají muzikoterapii

Zařízení sociálních služeb, která nevyužívají muzikoterapii

---

### Zařízení sociálních služeb, která nevyužívají muzikoterapii

Dotazník obsahuje 4 jednoduché otázky.

Veškerá data budou anonymní (otázka č.4 slouží pouze pro ověření zpětné vazby dotazníku) a budou použita pouze pro účely této bakalářské práce.

1. Využíváte muzikoterapii ve Vašem zařízení?

ano

ne

2. Z jakých důvodů NEVYUŽÍVÁTE muzikoterapii ve Vašem zařízení?

Nemáme odborné pracovníky.

Nemáme finance pro tuto činnost.

Není zájem ze strany klientů.

V programu dne není na muzikoterapii čas.

Nemáme o této terapii informace.

Jiné, uveďte:

3. Uveďte typ Vašeho zařízení. (Např. Domov pro osoby se zdravotním postižením)

4. Uveďte plný název Vašeho zařízení.

## Příloha č. 2

Dotazník A pro zařízení, která využívají muzikoterapii

Zařízení sociálních služeb, která využívají muzikoterapii

---

### Zařízení sociálních služeb, která využívají muzikoterapii

Dotazník obsahuje 16 jednoduchých otázek.

Veškerá data budou anonymní (otázka č.16 slouží pouze pro ověření zpětné vazby dotazníku) a budou použita pouze pro účely této bakalářské práce.

Dotazník je určen osobám, které vykonávají muzikoterapii.

1. Využíváte muzikoterapii ve Vašem zařízení?

ano

ne

2. Jaká je průměrná měsíční frekvence použití muzikoterapie v rámci Vašeho zařízení?

3. Jaká je Vaše kvalifikace? (obor)

4. Máte nějaké kurzy či vzdělání v oblasti muzikoterapie?

ne

ano

pokud ano, vyjmenujte jaké:



5. Máte možnost využívat nějakou externí podporu? (konzultace, supervize odborného muzikoterapeuta)

ne

ano

pokud ano, vyjmenujte jaké:

6. Využíváte tuto podporu?

ne

ano

7. Jaké formy muzikoterapie využíváte? (lze označit více možností)

individuální

skupinová

hromadná

8. Jaká je průměrná délka lekce muzikoterapie ve Vašem zařízení?

9. Pro které věkové kategorie klientů využíváte muzikoterapii? (lze označit více možností)

0 - 10

11 - 20

21 - 30

31 - 40

41 - 50

51 - 60

61 - 70

71 - 80

80 a více

10. Pro které kategorie postižení muzikoterapii využíváte? (lze označit více možností)

- mentální postižení (psychopedie)
- tělesné postižení (somatopedie)
- zrakové postižení (oftalmopedie)
- sluchové postižení (surdopedie)
- postižení komunikační schopnosti (logopedie)
- poruchy chování (etopedie)
- duševní onemocnění
- autismus
- specifické poruchy učení
- jiné, uveďte:

11. Kolik uživatelů z celkového počtu Vašeho zařízení využívá muzikoterapii? (přibližný počet, např. 30 ze 100)

12. Jaké jsou Vaše muzikoterapeutické skupiny? (lze označit více možností)

- otevřené
- uzavřené

13. Prosím, stručně popište jedno typické muzikoterapeutické setkání ve Vašem zařízení.

14. Uvedte, co by zkvalitnilo provozování muzikoterapie ve Vašem zařízení.

15. Uvedte typ Vašeho zařízení. (Např. Domov pro osoby se zdravotním postižením)

16. Uvedte plný název Vašeho zařízení.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Blanka Rozsypalová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Jiří Kantor, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2014

<b>Název práce:</b>	Využití muzikoterapie v institucích sociálních služeb
<b>Název v angličtině:</b>	The use of music therapy in social services institutions
<b>Anotace práce:</b>	<p>Teoretická část práce obsahuje základní vymezení, znaky a rozdělení muzikoterapie. Dále popisuje hudební prostředky, cíle, průběh, pravidla a zásady muzikoterapeutického sezení. Navazuje na roli muzikoterapeuta a zabývá se problematikou muzikoterapie u seniorů. Praktická část obsahuje cíle, metodiku a průběh průzkumu. Dále je popsán obsah dotazníků A i B. Následuje analýza získaných dat, která se zaměřuje na úroveň využívání muzikoterapie. Další část je zaměřena na zařízení, která využívají muzikoterapii, především na úroveň odbornosti muzikoterapeutů, formy a obsah. Také se práce zaměřuje na zařízení, která nevyužívají muzikoterapii. Průzkum je zakončen diskuzí.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	sociální zařízení, průzkum, muzikoterapie, senioři, dotazník, muzikoterapeut
<b>Anotace v angličtině:</b>	The theoretical part of the bachelor thesis offers a basic definition, features and division of music therapy. It describes the

	<p>music devices, aims, progress, rules and principles of music therapy sessions. Furthermore, it follows the role of a music therapist and it deals with the issue of music therapy applied on elderly people. The practical part contains aims, methodology and progress of the thesis inquiry. Furthermore, it depicts the content of A and B questionnaires. The practical part further describes the gained data analysis focused on the degree of music therapy usage. The following part focuses on institutions which use music therapy in practice and it analyses its forms, content and the level of music therapists' qualification. The thesis also concentrates on institutions which do not use music therapy in practice. The inquiry is concluded by a discussion.</p>
<p><b>Klíčová slova v angličtině:</b></p>	<p>social services, exploration, music therapy, seniors, questionnaire, music therapy</p>
<p><b>Přílohy vázané v práci:</b></p>	<p>dotazníky</p>
<p><b>Rozsah práce:</b></p>	<p>50 stran + 5 stran příloh (76 434 znaků)</p>
<p><b>Jazyk práce:</b></p>	<p>český</p>