

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009

Aneta Daňková

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA
ČESKÉ BUDĚJOVICE**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

na téma

Vytvoření a ověření výukového programu muzikoterapie pro
osoby se zdravotním postižením.

Vedoucí práce: Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D.
Vypracovala: Aneta Daňkovská
Studijní obor: Výchova ke zdraví

České Budějovice, duben 2009

**UNIVERSITY OF SOUTH BOHEMIA
ČESKÉ BUDĚJOVICE**

**PEDAGOGICAL FAKULTY
DEPARTEMENT OF HEALTH EDUCATION**

BACHELOR WORK

theme

Designing and examining of an educational program for
handicapped persons based on musical therapy.

Supervisor: Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D.
Name of the author: Aneta Daňkovská
Field of study: Health education

České Budějovice, April 2009

BIBLIOGRAFICKÁ IDENTIFIKACE

Název bakalářské práce: Vytvoření a ověření výukového programu muzikoterapie pro osoby se zdravotním postižením.

Jméno a příjmení autora: Aneta Daňkovská

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita, České Budějovice

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D.

Rok obhajoby: 2009

Abstrakt:

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou lidí se zdravotním postižením a aplikací programu muzikoterapie na tyto lidi. Šlo o praktické šetření, kde jsem zkoumala působení tohoto programu na děti předškolního věku se zdravotním postižením v centru ARPIDA. K šetření jsem použila standardizované techniky, díky kterým jsem získala důležitá data ke zpracování a vyhodnocení. Byly stanoveny dvě odborné otázky, týkající se působení programu na děti. Zda program děti obohacuje a zda jim změní vnitřní hodnoty. Program jež jsem zkoumala, byl zaměřen hlavně na psychický rozvoj jedince a na rozvíjení jemné i hrubé motoriky dětí pomocí hry s hudbou a hudebními nástroji. Vliv programu byl zjišťován dvojím měřením (vstupním a výstupním), veškerá data byla zpracována podle jednotlivých výzkumných technik.

Klíčová slova: Muzikoterapie, osoby se zdravotním postižením, terapie

BIBLIOGRAPHIC IDENTIFICATION

Title of the thesis: Designing and examining of an educational program for handicapped persons based on musical therapy.

Name of the author: Aneta Daňková

Field of study: Health education

Department: Department of Health education, Pedagogical fakulty, University of South Bohemia

Supervisor: Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D.

Year of the presentation: 2009

Abstract:

In my bachelor thesis I dealt with the issue of handicapped people and with the possibility of applying musicotherapy in their treatment. In the practical research I observed the influence of a musicotherapeutical program on handicapped children of pre-school age in the ARPIDA center in České Budějovice. In my work I used standardized techniques through which I aquired important data for further evaluation. As the initial point of this thesis, two scientific questions concerning the influence of the therapeutical program had been set: Whether the program enriches the children`s life and whether it changes their values. The examined program was mainly concerned with the individuals psychic development and with the improvement of fine and gross motor skills of the children through their playful interaction with music and musical instruments. The effect of the programe was examined by two measurements (preliminary and subsequent) and all the aquired data was evaluated according to the individual research techniques.

Keywords: Music therapy, handicapped persóna, therapy

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Vytvoření výukového programu muzikoterapie pro osoby se zdravotním postižením,“ jsem vypracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Vlasty Kursové, Ph.D. s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, Pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 16. 4. 2009

.....

Aneta Daňkovská

Děkuji vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Vlastě Kursové, Ph.D. za odborné vedení a ochotu pomoci při vypracování mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem mým blízkým lidem, kteří mne podporovali v práci, rodině, mému příteli a také Mgr. Daně Pšeničkové a PhDr. Jiřímu Jankovskému, Ph.D. kteří mi umožnili napsání praktické části této práce.

OBSAH

1 ÚVOD	10
2 ROZBOR LITERATURY	12
2.1 Zdraví a zdravotní postižení	12
2.2 Druhy zdravotního postižení	16
2.3 Integrace lidí s postižením	19
2.4 Druhy intervencí pro osoby se zdravotním postižením	21
2.4.1 Hudba spojená s pohybovými aktivitami	25
2.5 Muzikoterapie	29
2.5.1 Historie, pojem, vymezení a definice muzikoterapie	29
2.5.2 Prvky hudby a jejich vztah k člověku	32
2.5.3 Muziko - terapeutické nástroje, léčba zvukem	36
2.5.4 Druhy, možnosti a využití muzikoterapie	38
2.6 Péče Společnosti o osoby s postižením	40
3 CÍLE A ÚKOLY	44
3.1 Cíl práce	44
3.2 Úkoly práce	44
3.3 Odborné otázky	45
4 PRAKTICKÁ ČÁST	46
4.1 Metodologie práce	46
4.2 Charakteristika souboru	47
4.3 Organizace a průběh experimentálního šetření	53
4.4 Výukový program muzikoterapie v daném pracovišti	56
5 VÝSLEDKY A DISKUSE	58
5.1 Výsledky pozorování	58
5.2 Výsledky a diskuse k technice „Nedokončené věty“ a „Mandaly“	61
5.3 Diskuse k výukovému programu	89
6 ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ DO PRAXE	91
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	
8 PŘÍLOHY	

1 Úvod

Obor muzikoterapie je velmi mladým oborem. Vše co je v začátcích a nové, nese s sebou určitá pozitiva i negativa. Muzikoterapie není výjimkou. Tou dobrou stránkou je, že tento nový obor, má široké uplatnění a jeho programy jsou účinné. A však jsou zde i nějaké nedostatky, které se mohou zacelit pouze dlouhodobým prováděním soustavné spolupráce profesionálních terapeutů a jejich dlouholeté praxe.

Muzikoterapie v ČR nachází své uplatnění především v psychoterapii a v posledních letech začíná být součástí mnoha specializovaných přístupů v pedagogických a sociálních oblastech. Co se týče nedostatků tohoto nového oboru, podle mých teprve dvouletých zkušeností s muzikoterapií je u nás problémem nedostatek odborné literatury. A to hlavně literatury s tematikou aplikace muzikoterapie pro osoby se zdravotním postižením. Nedostatky také nacházím ve studiu tohoto oboru u nás. Co se týče kvalitního výcviku či studia muzikoterapie v České republice, které by poskytovalo odborné zázemí v určitém muzikoterapeutickém systému či metodě, jak je tomu mnoha zahraničních zemích, u nás buď úplně chybí nebo je teprve v počátcích.

Mým prvním podnětem k napsání této práce bylo nastoupení na studium tohoto oboru na jednom z takových několikaletých kurzů, které jsou v začátcích. Avšak věřím, že tyto začátky mají dlouhé a úspěšné pokračování. Během studia jsem měla tu čest potkat několik odborníků z oblasti speciální pedagogiky, psychologie, hudby i psychoterapie, kteří mne obohatili o spoustu důležitých informací a zkušeností z praxe. Také jsem měla tu možnost setkat se s několika předními muzikoterapeuty u nás, jejichž snaha o rozkvět muzikoterapie na našem území je obdivuhodná. A výsledky jejich práce, i když přichází postupně a pomalu jsou úspěšné. Nejstěžejnější pro mne bylo setkání s muzikoterapeutkou z místního centra pro děti se zdravotním postižením, která mi předala nejvíce praktických rad a umožnila mi mou praxi v tomto centru.

Také jsem se během mého zatím krátkého hledání setkala s přístupy muzikoterapie, které se řídí pouze intuitivně až šarlatánsky. Mým hlavním zjištěním

bylo, že tyto přístupy mohou klientovi ublížit stejně jako přístupy přísné zabývající se spíše hudbou nežli samotným člověkem.

Věřím, že muzikoterapie nalezne cestu i v legislativě tohoto státu, že se stane uznávanou disciplínou a vyhledávanou profesí. Neboť je to jeden z oborů, kterým bych se chtěla v životě věnovat a zabývat se jím.

2 ROZBOR LITERATURY

2.1 Zdraví a zdravotní postižení

Zdraví se týká nás všech. Je cennou hodnotou individuální i sociální, která výrazně ovlivňuje kvalitu života. Jak výstižně poznamenal dr. Halfdan Mahler, bývalý Generální ředitel Světové zdravotnické organizace (SZO): „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic“ (ZDRAVÍ 21, s.1).

Co je zdraví?

Pro každého člověka zdraví znamená dosti odlišnou věc. A proto existuje mnoho různých teorií zdraví a ideí, které se k tomuto pojmu vztahují (KŘIVOHLAVÝ, 2001).

Za jednu z nejpoužívanějších definic zdraví v odborné literatuře můžeme označit tuto: „Zdraví člověka je chápáno jako stav tělesné, duševní a sociální pohody. Je utvářeno a ovlivňováno mnoha aspekty, jako je styl života, kvalita mezilidských vztahů, kvalita životního prostředí, bezpečí člověka atd. Zdraví je předpokladem pro aktivní a spokojený život a pro optimální pracovní výkonnost“ (KREJČÍ, 2003, s.7).

Jednou z otázek které si klade Světová zdravotnická organizace (WHO) jsou determinanty zdraví, tedy to, co zdraví ovlivňuje. Jsou to především sociální, ekonomické a další podmínky, které můžeme shrnout pod pojem životní prostředí, dále životní styl, genetický základ a v neposlední řadě systém zdravotnictví (ZDRAVÍ 21).

Hartl a Hartlová uvádí tyto faktory ovlivňující zdravotní stav: „Životní styl 60%, úroveň poskytované zdravotní péče 20%, vnější vlivy (sociální vlivy, vzdělání) 20%“ (HARTL, HARTLOVÁ, 2000, s. 701)

O tom, že psychická a fyzická stránka člověka jsou úzce propojeny, publikuje i Dvořáková - je známé, že psychické problémy se brzy projeví jako tzv.

psychosomatické potíže. Zdravý je tedy ten, kdo se cítí dobře tělesně i duševně, je v duševní i fyzické pohodě. O duševní pohodě vypovídá, jak se člověk cítí sám, jaké je jeho sebevědomí, sebevnímání a postoj k životu. To vše je již od dětství výrazně spojeno se sociální stránkou našeho života – jak nás někdo vnímá, jak se na nás dívá, zda nás chválí, usmívá se, přijímá jako kamaráda, nebo odvrhuje, kritizuje a trestá. Již nikdo nepochybuje, že toto vše se postupně odráží na budování lidského sebevědomí a identity a zároveň i na zdraví každého člověka (DVOŘÁKOVÁ, 2002).

Některé zdroje definici zdravotního postižení vymezují jako stav trvalého a závažného snížení funkční schopnosti v důsledku nemoci, úrazu, nebo vrozené vady. Autoři Psychologického slovníku definici vystihují přesněji: „Zdravotní postižení (handicap) je dlouhodobý nebo trvalý stav, který nelze léčbou zcela odstranit, lze však nepříznivý dopad zdravotního postižení zmírnit soustavou promyšlených opatření“ (HARTL, HARTLOVÁ, 2000, s. 442).

Podle MPSV (Ministerstvo práce a sociálních věcí): „Za zdravotně znevýhodněnou osobu se považuje fyzická osoba, která má takovou funkční poruchu zdravotního stavu, při které má zachovánu schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výtěžnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat, jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu“ (MPSV, 2008, on-line).

Podle Jankovského se pojem „postižení“ dá v dnešní době chápat v různém významu. Dříve bylo postižení vnímáno spíše jako kategorie. Bylo diagnostikováno postižení, a podle jeho druhu a stupně následovalo opatření. Například v edukačním směru se jednalo o zařazení jedince do příslušného typu speciální školy (JANKOVSKÝ, 2001).

V současné době pojetí péče o lidi se zdravotním postižením, zejména rehabilitace, mnohem lépe odpovídá vnímání postižení jako dimenze, tedy rozměru života. Hovoříme-li o postižení, potom je nutné použít i pojmy, které už i u nás poměrně zdomácněly a hlouběji vystihují problematiku postižení.

- Impairment – lze chápat jako poruchu, poškození či ztrátu ve funkcích či strukturách fyziologických, somatických, ale také psychických. Tato porucha je tedy změna funkce na úrovni tělního orgánu či systému.
- Disability – vyjadřuje omezení, chybění, neschopnost. A to ve smyslu následku poškození, v důsledku čehož nelze vykonávat aktivity právě tím způsobem, jak je obvyklé. jedná se tedy o poruchu na úrovni celého jedince.
- Handicap – chápeme tím spíše znevýhodnění než postižení. Projevuje se hlavně snížením možností daného člověka ve srovnání s tím, co by běžně mohl vykonávat, pokud by nebyl znevýhodněn. Jde o změnu rolí, které člověk zastává ve vztahu ke společnosti (JANKOVSKÝ, 2001; RENOITIÉROVÁ, 2003).

Handicap se odráží v různých dimenzích:

1. handicap orientace,
2. handicap fyzické nezávislosti,
3. handicap mobility,
4. handicap pracovní,
5. handicap sociální integrace,
6. ekonomický handicap (sebezajištění),
7. jiný handicap (COPPENOLLE, H.V. A KOL., 2004, CD-ROM).

- Defekt (vada) – ztráta nebo poškození v anatomické stavbě organismu a poruchy ve funkcích organismu. Příčinami defektů jsou úrazy, onemocnění i dědičnost. Projevují se jako anomálie vzhledu i výkonnosti (JANKOVSKÝ, 2001; RENOITIÉROVÁ, 2003).

Z uvedených údajů vyplývá, že pojem zdravotní postižení má široký rozsah. A proto závisí hlavně na konkrétních případech se kterými se setkáme v praxi. Jedině díky osobnímu setkání s lidmi se zdravotním postižením se můžeme dozvědět, že: „Každý člověk s postižením je svébytný subjekt s charakteristickými osobními rysy“ (ŠVARCOVÁ, 2003, s. 24).

Zvláštní pozornost je třeba ve skupině osob se zdravotním postižením věnovat dětem se zdravotním postižením. Ne vždy totiž legislativa postihuje všechny aspekty nutné péče a odlišnosti od specifík zdravotně postižených dospělých osob. V této skupině je mnohem více zainteresována rodina i okolí dítěte a mnohé problémy,

které takto postižená rodina řeší, nejsou zákonem vůbec definovány. Péče o zdravotně postižené dítě je celoživotní, velmi náročná jak fyzicky, tak zejména psychicky.

Dítěti je nutno nejen zajistit přístup do procesu vzdělávání, rehabilitaci a sociálním kontaktům, ale zajistit pro ně i prostředky, které v rodině vždy chybí, protože jeden z jejích členů nemá, kvůli péči, možnost zapojit se do ekonomické činnosti a finančně se podílet na chodu rodiny, jako to bývá v rodinách se zdravými dětmi (KLINIKA ZDRAVÍ, 2008, on-line).

2.2 Druhy zdravotního postižení

Z hlediska typu postižení obecně rozeznáváme tyto základní skupiny:

- zraková postižení,
- sluchová postižení,
- tělesná postižení,
- mentální postižení (PIPEKOVÁ, 1998).

Zrakové postižení – klasifikace zrakového postižení má několik stupňů. Jeho závažnost se definuje pomocí zrakové ostrosti udané Snellenovým zlomkem. Například silná slabozrakost se podle tohoto zlomku zapisuje jako 1/10 nebo méně. To značí, že prakticky slepý jednatel musí stát 6 m od objektu, aby ho viděl stejně jasně, jako normálně vidící osoba ze 60 m (WIKIPEDIA, 2008, on-line).

1. Střední slabozrakost - maximum menší než 6 / 18 - minimum rovné nebo lepší než 6 / 60; 3 / 10 – 1 / 10, kategorie zrakového postižení 1.
2. Silná slabozrakost - maximum menší než 6 / 60 - minimum rovné nebo lepší než 3 / 60; 1 / 10 – 10 / 20, kategorie zrakového postižení 2.
3. Těžce slabý zrak
 - a) Maximum menší než 3 / 60 - minimum rovné nebo lepší než 1 / 60; 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.
4. Praktická nevidomost - zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1 / 60, 1 / 50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4.
5. Úplná nevidomost - ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5 (MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLSIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRVOTNÍCH PROBLÉMŮ, 2008, on-line).

Jako zrakové postižení Pipeková uvádí tyto typy:

- ztráta zrakové ostrosti (refrakční vady),
- postižení šíře zorného pole (trubicové vidění),
- okulomotorické poruchy (strabismus),

- problém se zpracováním zrakových podnětů (kortikální slepota),
- poruchy barvocitu (barvoslepost) (PIPEKOVÁ, 1998).

Sluchové postižení – „Pojem sluchové postižení je označením v širším slova smyslu a zahrnuje v sobě celou škálu sluchových vad. Termínem sluchové postižení rozumíme obě kategorie nedoslýchavých i neslyšících“ (PIPEKOVÁ a kol., 1998, s. 234). V podstatě je můžeme rozdělit opět podle intenzity ztráty sluchu.

1. Žádná sluchová porucha se vyznačuje 25 dB a lepší – schopnost slyšet šepot, žádné nebo velmi lehké problémy se sluchem.
2. Lehká porucha se vyznačuje 26 - 40 dB – schopnost slyšet a opakovat slova, mluvena normálním hlasem z 1 m.
3. Střední porucha se vyznačuje 41 - 60 dB – schopnost slyšet a opakovat slova, mluvena hlasitou řečí z 1 m.
4. Těžká porucha se vyznačuje 61 - 80 dB – schopnost slyšet jen některá slova, vyřčena velmi nahlas do méně postiženého ucha.
5. Velmi těžká porucha včetně hluchoty 81 dB a větší – neschopnost slyšet a porozumět čemukoli (ŠEDIVÁ, 2006).

Tělesné postižení – Osoby tělesně postižené jsou jedinci, jejichž postižení spočívá ve vadě nosného a hybného ústrojí takového rozsahu, že dochází k poruše hybnosti způsobené tělesnou vadou. Tělesně postižení jedinci jsou i ti, jež trpí různými degenerativními, metabolickými, endokrinními a jinými poruchami. Tělesná vada se projevuje v poruše hybnosti, která komplexně narušuje fyziologické, psychické a sociální oblasti i vytváření sociálních vztahů. Pohybové vady dělíme na dvě základní skupiny:

- Vrozené (včetně dědičných) – např.: dětská obrna, nevyvinutí končetin, luxace kyčelního kloubu. Vrozené tělesné postižení přináší z psychologického pohledu vysoké nároky po celou dobu vývoje člověka. Jedná se vlastně o trvalé přizpůsobování se náročné celoživotní situaci.
- Získané – např.: úrazy páteře, hlavy, amputace. Získané tělesné postižení vždy přináší změnu životní situace. Nelehkým úkolem je nejprve vyrovnání se s touto změnou a následně adaptace za ztížených podmínek života s tělesným

postižením. Všechny pohybové vady mohou být různého stupně (KOCUROVÁ a kol., 2002).

Mentální postižení - Mentální retardací (mental retardation) označujeme stav, který je charakterizovaný snížením intelektuálních schopností. Zpomalení a zpoždění duševního vývoje jedince zapříčiněno sociálním zanedbáním, důsledkem somatického onemocnění se projevuje v průběhu celého vývoje jedince. Obvykle je provázena nižší schopností se orientovat v životním a zvláště v sociálním prostředí (HARTL, HARTLOVÁ, 2000).

Švarcová uvádí, že hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u každého individuálně odlišná. Podle toho také mentální retardaci rozdělujeme podle stanovení inteligenčního kvocientu, který informuje o celkové rozumové úrovni jedince (ŠVARCOVÁ, 2006).

Lehká mentální retardace, (IQ 50-69) – tito lidé většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč v každodenním životě. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči. Hlavní potíže se objevují při teoretické práci ve škole, praktické schopnosti však přetrvávají.

Středně těžká mentální retardace, (IQ 35-49) – takový člověk se vyznačuje výrazně opožděným rozvojem chápání a užíváním řeči. Konečné schopnosti těchto lidí bývají v tomto směru omezené. V dospělosti mají schopnost vykonávat jednoduchou manuální práci. U značné části těchto jedinců je přítomen i dětský autismus.

Těžká mentální retardace (IQ 20-34) – tato kategorie odpovídá lidem se středně těžkou mentální retardací avšak všechny zmíněné schopnosti v předchozí kategorii mají ještě o stupeň sníženy. I když veškeré možnosti výchovy a vzdělávání těchto jedinců jsou značně omezené, ukazuje se, že včasná, systematická, kvalifikovaná, rehabilitační pomoc, může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností a k celkovému zlepšení kvality života.

Hluboká mentální retardace, (IQ nižší než 20) – tito lidé mají těžce omezenou schopnost porozumět požadavkům jejich okolí. Většina těchto lidí trpí inkontinencí. V lepším případě jsou schopni pouze neverbální komunikace (ŠVARCOVÁ, 2003).

Kombinovaná postižení – jde o postižení, kde se setkávají naráz dvě a více druhů postižení. Velice častou kombinací je spojení postižení mentálního a tělesného

v různých intenzitách. Jedna z nejzávažnějších kombinací postižení je hluchoslepota. Definice hluchoslepoty: "Hluchoslepota je jedinečné postižení, které vzniká kombinací sluchového a zrakového poškození. Způsobuje v důsledku účinků souběhu poruch funkcí sluchu a zraku závažné potíže v psychosociální oblasti, při komunikaci, sociální a funkční interakci s prostředím a při zajišťování vlastních životních potřeb takto postiženého člověka. Současně zabraňuje plnohodnotnému začlenění a zapojení do běžného života a společnosti" (MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLSIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRVOTNÍCH PROBLÉMŮ, 2008, on-line).

2.3 Integrace lidí s postižením

„Zamyslíme-li se nad pojetím velmi frekventovaného termínu ‘integrace ‘, zjistíme, že integraci lze definovat poměrně široce a vždy záleží na zorném úhlu i profesním zaměření či tématických nebo problémových prioritách každého, kdo se integrací zabývá“ (NOVOSAD, 1997, s. 12).

Podle Vágnerové je socializace proces, který se realizuje na základě integrace mezi jedincem a společností. Je součástí rozvoje osobnosti jednotlivce ve smyslu získávání specificky lidských způsobů chování a prožívání v každodenním životě. Takto ovlivňovaný jedinec získává určitý systém hodnot, norem a rolí. Zároveň získává schopnost komunikace se svým okolím a zralejší způsob autoregulace vlastního chování. Proces socializace působí při vývoji adaptačních struktur osobnosti. Pokud je jedna ze složek tohoto procesu určitým způsobem změněna, nastává krajní varianta, kdy výsledek socializačního působení není v normě (VÁGNEROVÁ, 2004).

Socializační působení se uskutečňuje prostřednictvím procesů sociálního učení v několika formách. Za obecné mechanismy sociálního učení se považuje:

- Asociace (podmiňování) - utváření spojů mezi podněty působícími na jedince a jeho odpovědi na tyto podněty.

- Posilování (zpevnování) – toto učení je založeno na odměnách a trestech. Sociální odměnou je uznání láska či pochvala a naopak trestem rozumíme projev nesouhlasu, zamítnutí, odepření projevů sympatie. Odměny jsou podstatně účinnější než tresty.
- Observace (odezírání) – je to učení pozorováním; jedinec si osvojuje takové vzorce chování, za které je odměňován.
- Anticipace(očekávání) – očekáváním toho, jak se jedinec bude chovat, ovlivňují jednotlivci i sociální skupiny průběh sociálního učení.
- Nápodoba – tímto způsobem se člověk učí mimice, řeči, gestikulaci, projevu svých citů, záliby apod.
- Identifikací – jde o záměrné úsilí převzít způsoby chování modelu (HELUS, 2007).

Nikdy však nelze zapomínat na fakt, že ačkoliv integraci všeobecně chápeme jako cílový stav, tedy jako smysl naší práce, není tento stav trvalý. Jeho stabilita závisí na různých vnějších okolnostech (např. rodinné zázemí, atmosféra ve společnosti a sociálně-ekonomické aspekty, vzdělávání, práce atd.) i na subjektu postiženého jedince (zejména změny psychiky i zdravotního stavu).

Co se týče socializace u osob se zdravotním postižením, jsou její hranice určeny přirozeně podle rozsahu a charakteru postižení. Důležitým faktorem pro socializaci je sebehodnocení daného člověka s postižením. Čím je jeho sebehodnocení vyšší, tím větší úspěchy můžeme od socializace očekávat (KREJČÍŘOVÁ, VALENTA, 1997).

Jesenský uvádí integraci jako soužití člověka s postižením a bez postižení s přijatelnou mírou konfliktnosti. Uvádí definici přijatou WHO (1976). Ta formuluje integraci jako sociální rehabilitaci, jako schopnost dané osoby podílet se na obvyklých společenských vztazích. Integrace je tedy stav, kdy se jedinec se zdravotním postižením vyrovnal se svou vadou, žije a pracuje s nepostiženými, prokazuje výkony a vytváří hodnoty, které jsou uznávané společností intaktních jako společensky významné a potřebné. Integrací tedy autor rozumí formování osobnosti člověka zdravotně postiženého ve všech jeho úrovních (kognitivní, emotivní aj.) až do schopnosti cílevědomě, smysluplně a samostatně působit a jednat (JESENSKÝ, 1993).

Podle Jankovského bychom měli postižení vnímat spíše jako dimenzi, která dává životu určitý rozměr (kvalitu). Je potřeba překonat obvyklý redukcionismus, kde je postižení stále chápáno jako kategorie a veškerá pozornost se soustředí zejména na to, aby byla stanovena diagnóza a na základě ní pak příslušná opatření. Při integraci nejde o pouhé vyrovnávání možností pro jedince s postižením, ale o úspěšnost jejich zařazování do společnosti. Snad výstižnější pojem je inkluze, což představuje rovnoprávný vztah, tedy úplné začlenění do společnosti (in KURSOVÁ, 2007).

První kontakt člověk s postižením navazuje s lidmi, kteří jej vychovávají tedy s rodiči. Je velmi důležité, jak k postižení dítěte rodiče přistupují. Z pohledu psycholožky Vágnerové jsou reakce rodičů na postižení dítěte typické svými projevy, které se v mnoha směrech podobají sledu reakcí na závažné onemocnění. Prvním stádiem je fáze popření a šok. Jako další přichází postupná akceptace reality, vyrovnávání se s problémem. Během přijetí této reality, které není nikterak jednoduché, se rodiče potýkají od fáze boje proti postižení, přes snahu uniknout z bezvýchodné situace až po rezignaci a vzdání se. Je důležité zmínit, že to, jak dítě a jeho postižení přijmou jeho rodiče má významný vliv na to, jak jej přijme celá společnost (VÁGNEROVÁ, HADJ- MOUSSOVÁ, ŠTĚCH, 2001).

2.4 Druhy intervencí pro osoby se zdravotním postižením

Za intervence pro osoby se zdravotním postižením můžeme považovat jakýkoli zásah do denního programu těchto lidí, který jim prospěje ať z hlediska fyzického, sociálního, psychického, či duchovního. Uvedu zde několik z mnoha možností, které se již buď hojně používají nebo se teprve zkouší a nacházejí své využití.

Terapie pomocí pohybových aktivit: pohyb se dá v tomto odvětví chápat jako zdroj radosti, která je způsobena mnoha faktory, jež pohyb přináší nejen zdravým lidem, ale i lidem se zdravotním postižením. Zde se totiž pohyb, pohybové aktivity i

sport stávají doplňkovou léčbou. Přináší prožití radostného zaujetí flow, jehož zdrojem jsou dle Slepíčky tyto faktory:

- Pohybová cvičení mají antidepresivní efekt.
- Díky sportovním činnostem narůstá kladné sebehodnocení, sebedůvěra, hrdost po výkonu.
- Zlepšuje se pocit kompetence, při níž přichází uznání od společníků, triumf při vítězství.
- Sport v přírodním prostředí napomáhá k očištěným procesům organismu a přináší povznášející pocit (SLEPIČKA, HOŠEK, HÁTLOVÁ, 2006).
- Psychomotorika – je jednou z možností, jak oživit pohyb lidí se zdravotním postižením. Jejím účelem je do jisté míry „rozpohybování“ lidí s takovým zdravotním postižením, které jim jakkoli brání provádět konkrétní sportovní aktivity. Avšak klientům přináší tytéž prožitky které nabízí i sportovní aktivity. Jde zde opět o radostné zaujetí flow, zlepšení obratnosti, posílení fyzické zdatnosti a jejím cílem je bezděčné prožívání radosti z pohybu, ze hry a z tělesných cvičení. Směřuje k vytvoření tzv. bio – psycho – socio – spirituální pohody člověka, což podporuje pocit sounáležitosti při hře, uznání od spoluhráčů, sebedůvěru, spolupráci. Od sportu se však liší tím, že je pohyb vyvoláván za účely psychomotorickými než za účely výkonovými a tréninkovými, což spíše vyhovuje klientele lidí s mentálním postižením. Při psychomotorických aktivitách se využívá řada netradičních pomůcek a náčiní, většinou však jednoduchých a běžně dostupných. Základními pomůckami jsou padák, molitanový míč, deky, noviny, balanční pomůcky (šlapák, chůďy, rolovací deska s válcem, káča), pивní tácky či víčka od PET lahví atd. (TRÁVNÍKOVÁ, SEBERA, BLAHUDKOVÁ, 2008, on-line).
- Jóga – je jedním z velice účinných prvků intervence pro osoby se zdravotním postižením, kde jim jóga pomáhá lépe si uvědomit vlastní tělo. Můžeme využívat účinky různých jógových ásan jakožto uklidňujícího prvku (schoulení) či aktivizačního prvku (záklony, natažení těla), nebo lze zařadit různá dechová cvičení, která mohou praktikovat i lidé s minimální pohyblivostí těla a při pravidelné aplikaci mohou dosáhnout pozitivních změn. Díky józe lze

snížovat agresivitu, protože jógové pozice jsou reflexně propojené se zásahem do centrální nervové soustavy.

Zooterapie: léčí za pomoci zvířat (péče o ně, dotýkání, hlazení, kontakt s nimi, komunikace "přes zvíře"). Tento nový obor si pomalu začíná získávat své místo ve spektru léčení a pomoci lidem (ALTERNATIVNÍ TERAPIE, 2008, on-line).

- Canisterapie – ve volném překladu toto slovo znamená terapii pomocí psa. Obecně lze říci, že partnerství klienta a psa má pozitivní vliv na psychické i fyzické zdraví klienta i na jeho sociální kompetence. Pes klienta provokuje k činnosti a poskytuje zábavu. Pro klienty s mentálním postižením má pes ještě další význam v tom, že podporuje mentální rozvoj žádoucím směrem. Pes působí na všechny roviny lidského vnímání. Z psychického hlediska klientovi mimo jiné přináší pocit opory, který tlumí stres, a vnáší pocit bezpečí. Z hlediska sociálního splňuje partnerství psa a klienta kritéria sociálních vazeb, pozic, rolí atd. (KRÁSOVÁ, KRAUSOVÁ, 2004).

Eisterová zároveň doplňuje: Pes dokáže při fyzickém kontaktu vyvolat příjemný pocit tepla a uklidnění, dochází k uvolnění svalového napětí, na to dobře navazuje stimulace a procvičování jemné motoriky prstů u rukou za pomoci psa (in JIRKŮ, 2008).

- Hipoterapie – je terapie při níž se používají ke spolupráci koně. Jízda na koni nebo jen kontakt s ním má nezanedbatelný vliv na lidskou psychiku. Jezdec se učí zvíře ovládat a spolupracovat s ním, ale také je zavázán k zodpovědnosti a péči o ně (ČESKÁ HIPOREHABILITAČNÍ SPOLEČNOST, 2008, on-line).

Hipoterapie je uznávanou součástí rehabilitačních, psychologických nebo sociálních služeb vedoucích ke zlepšení zdravotního stavu a k dosažení duševní rovnováhy. Proto má široké využití. Hipoterapie pomáhá u lidí s roztroušenou sklerózou, u dětí a mládeže s vadným držetím těla, u lidí po úrazech, u dětí s koktavostí, u lidí s mentálním postižením, u lidí s psychickými problémy (MOJŽÍŠOVÁ, TÓTHOVÁ, 2003).

Pracovní terapie: používá se v dílnách, které jsou přizpůsobeny zdravotnímu stavu uživatelů, kteří vyžadují individuální přístup. Mezi uživatele patří muži a ženy se zdravotním postižením (US PCHRLICE, 2008, on-line).

Jejím cílem je, komplexní péčí rozvíjet každého jedince jak po stránce fyzické, tak i psychické. Soužitím v kolektivu, který se v dílně schází, a programem dílny přispívat k poznání radosti svého bytí, k utváření přátelských a kamarádských vztahů. Zároveň naplňováním standardů sociální péče přispívat k co největší integraci zdravotně postižených do společenského života (CENTRUM PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ DANETA, 2008, on-line).

Všechny činnosti pracovní terapie mají jedno společné - pro pracovní terapii není důležitý výrobek, nejdůležitější je přístup k uživateli, vzájemné porozumění a samotný průběh činnosti. Cílem pracovní terapie pro jedince se zdravotním postižením je motivovat uživatele k činnosti, zvyšovat jeho sebedůvěru, kreativitu, akceptovat vzájemnou spolupráci a tolerantně přijímat vedle sebe i účast dalších lidí. Vést uživatele k určitému stupni samostatnosti a schopnosti individuálního rozhodování. Dále pak rozvoj jemné motoriky, nácvik nových dovedností, fixace nabytých sebeobslužných dovedností, a posílení psychiky (US PCHRLICE, 2008, on-line).

Tato terapie se realizuje podle zájmů. Dílny bývají různě zaměřené. Mezi často používané činnosti patří např. keramika, košíkářství, šicí dílny atd. Často se v této terapii v dílnách praktikují i jiné činnosti, kde uživatelé v dílnách např. malují, lepí, stříhají a modelují, což se již řadí mezi terapie umělecké (US PCHRLICE, 2008, on-line).

- Ergoterapie – je odvětvím pracovní terapie. Je to výcvik soběstačnosti v rámci běžných denních činností. Cílem terapie je zlepšení postižených funkcí a dosažení absolutní samostatnosti. V případě ochrnutí končetin ergoterapie zahrnuje i motorická cvičení. Také zahrnuje tělesnou nebo duševní aktivitu, která napomáhá zlepšení stavu pacienta. Patří zde nácvik každodenních činností (oblékání, vaření, nakupování, domácí práce apod.), nácvik úchopů různých předmětů, tvořivá činnost (SENIOR CENTRUM BLANSKO, 2008, on-line).

Umělecké terapie: umění, které se používá v terapii, může, ale nemusí mít historickou či materiální hodnotu, nese však hodnotu emocionálního prožívání. Velmi důležitá je přitom volba uměleckého díla. Větší účinek než pasivní vnímání uměleckého díla má přitom proces kreativní tvorby, takže se v psychoterapii uměním postupně směřuje k tomu, aby člověk nejen pasivně vnímal, ale především tvořil a

měl z tvorby radost. Potom dochází ke skutečnému zlepšení jeho emočního stavu s dlouhodobým účinkem a výsledkem. V psychoterapii uměním nejde pouze o zlepšování emočního stavu pacienta, ale zároveň při aktivní účasti při terapii a tvoření získává klient nové zkušenosti, osvojuje si nové dovednosti (procvičování motoriky, vnímání těla v prostoru, smyslové vnímání atd.). Psychoterapie uměním má řadu podob, postupně zmíním několik nejhlavnějších (PORTAL, 2008, on-line).

- Arteterapie – v arteterapii se s uměleckým dílem pracuje spíše v jejích receptivních formách. Většinou jsou středem jejího zájmu výtvarné aktivity klientů. Je to kulturní terapie, která má své kořeny v magických rituálech a je spojena se symbolikou v uměleckém podobenství. Arteterapie se používá u klientů se všemi formami zdravotního postižení (PEROUT, 2005).

- Muzikoterapie – o muzikoterapii se budu konkrétněji zmiňovat v následujících kapitolách, proto zde uvádím pouze stručnou charakteristiku. Podobně jako u arteterapie byla hudba už v primitivních společnostech používána k redukci strachu člověka z přírodních katastrof při rituálech nebo jako forma sebe prezentace a komunikace v lidské společnosti a ke změně emočního kontextu a léčivému působení na člověka. Známe je například působení ukolébavek zpívaných matkou na dítě. Hudba je vynikající intervencí pro lidi se všemi druhy zdravotního postižení. Dokonce má veliký význam i u lidí se sluchovým postižením (PORTÁL, 2008, on-line).

Jako další neméně důležité umělecké terapie je třeba zmínit terapii tancem, dramaterapii, biblioterapii a další.

2.4.1 Hudba spojená s pohybovými aktivitami

Význam pohybu pro člověka je zásadní, jeho prostřednictvím si užívá život, potvrzuje platnost svého bytí a vyjadřuje svou intencionalitu. Pohyb je projevem

individua vůči okolí, ale je i nositelem informace o procesech ve vnitřním prostředí, nejen o stavu vnitřních orgánů, ale především o stavu mysli. Analýzou pohybového projevu člověka je možno předpokládat úroveň aktuálního tělesného a duševního stavu (SLEPIČKA, 2006).

Pohyb je jednou z našich hlavních složek zdravého životního stylu. Ovlivňuje nejen fyziologické procesy v našem těle i naši psychiku a sociální stránku. Zároveň nám umožňuje příjemné trávení volného času. Fylogeneticky jsme přizpůsobeni k lokomoci, která náš organismus optimálně zatěžuje statickou i dynamickou prací (BURSOVÁ, 2005).

Votava, Bouisset, Eberhard charakterizují, že význam pohybových aktivit a sportu pro osoby s postižením je mnohostranný. Procvičuje se zde obratnost, nové dovednosti, udržuje se zlepšování tělesné kondice i sociálních vazeb ve výchovně-vzdělávacím procesu a při vyplňování volného času. Pohyb a sport jsou nedílnou součástí moderního života a sportovec s postižením se touto cestou může přiblížit či vyrovnat zdravým lidem. Při cíleném pohybovém programu (sportu) dochází k posilování tzv. operativní kapacity postiženého (fyzické a psychické jednoty), ke zvyšování pozitivních vazeb a ke zlepšení jejich kvality života. Pojem kvalita života je v posledních letech velice rozšířen, je cílem terapeutické intervence v rámci léčebné a ucelené rehabilitace osob s postižením (in KURSOVÁ, 2007).

Chceme-li mluvit o pohybu jako o rozvíjejícím a integračním prvku u osob se zdravotním postižením, jedná se spíše o pohyb pro zlepšení bio-psycho- socio-spirituální pohody člověka a kvality života vůbec. Takový pohyb může být například součástí hry, která je aplikována právě za účelem pohybu, rozvoje a integrace klientů. Asi nejrozšířenější je Schiller-Spencerova teorie hry. Podle nich se ve hře projevuje přání, které si jedinec z různých důvodů vytěsnil ze života, hra tedy může mít význam kompenzační (SLEPIČKA, HOŠEK, HÁTLOVÁ, 2006).

Podle Mazala pohybovou hrou rozumíme pohybovou aktivitu, přinášející pohodu, radost, aktivitu, která účastníky této činnosti motivuje a uspokojuje. Pohybové hry jsou důležitým prostředkem, ale nelze tvrdit, že rozvíjí určitou pohybovou schopnost, spíše ovlivňují kvalitu pohybových dovedností. Lze tedy tvrdit, že pohybová hra napomáhá procesu socializace, neboť pohybové hry se nezúčastňujeme sami, ale jsme ve společnosti dalších hráčů (MAZAL, 2000).

Pohybových her s cílem vývoje a integrace se využívá hlavně v psychomotorice. Psychomotorika zahrnuje pohybové aktivity za účelem zlepšení obratnosti, posílení fyzické zdatnosti a jejím cílem je bezděčné prožívání radosti z pohybu, ze hry a z tělesných cvičení. Psychomotorických cvičení se dá využít ve všech věkových kategoriích, velké uplatnění však mají zvláště u jedinců zdravotně oslabených a méně pohybově nadaných, tudíž i u osob se zdravotním postižením. Je zároveň formou aktivního odpočinku, procesem regenerace a vhodnou aktivitou ke kompenzování duševní námahy. Rozvíjí rovnoměrně psychickou, fyzickou i společenskou stránku. V psychomotorice se dodržují specifické herní zásady - optimální motivace prostřednictvím barevného náradí a náčiní, originalita a jednoduchost aktivit, zapojení pedagoga do hry a zároveň je věnován široký prostor pro tvořivost a samostatnost klientů (TRÁVNÍKOVÁ, SEBERA, BLAHUDKOVÁ, 2008, on-line).

Psychomotorika souvisí s mnoha vědními disciplínami – pedagogikou, psychologií, sociologií, fyziologií, etikou, estetikou, sexuální výchovou a filosofií. Dále souvisí s dalšími obory, s duševní hygienou (relaxace, masáže a psychostimulace) a zejména s hudebně pohybovou výchovou, (kde jde hlavně o rytmus a jeho vnímání) (TRÁVNÍKOVÁ, SEBERA, BLAHUDKOVÁ, 2008, on-line).

Hudebně pohybová výchova rozvíjí nejen pohybovou činnost, ale i smyslové vnímání a estetické cítění (PAYNE, 1999)

Halpern a Lingerman ve své knize pojednávají o využití smyslu hudby a pohybu, jakožto léčivého či podpůrného elementu ve vývoji jedince. Jedná se o jeden z mnoha směrů muzikoterapie, který využívá jednoduchých hudebních zákonitostí. V první řadě tvrdí, že hudba může v člověku podporovat na první pohled neviditelný pohyb - vnitřní pohyb. Tento pohyb se projevuje až na buněčné úrovni, kde frekvence vlnění – zvuku jemnými impulsy dokáže rozvibrovat celé tělo. Samozřejmě na hudbu můžeme pohybem reagovat i vědomě fyzicky. Jde jen o to jaký druh hudby komu vyhovuje. Pokud klienta potřebujeme zklidnit, hledáme rytmus, který jej zklidní a naopak. Každý rytmus v lidském těle nastartuje široké spektrum emočních a fyzických reakcí, se kterými je potřeba se naučit pracovat (HALPERN, LINGRMAN, 2005).

Ke sloučení pohybu a hudby lze použít různá rytmická cvičení. Tato cvičení pak působí na rozvoj bio-psycho-socio-spirituální stránky člověka. Hudební rytmus je možno použít také k podpoře koordinace svalů klienta. Tam, kde je aplikován tanec nebo pouhá rytmická cvičení s vyřukáváním rytmu se lze učit vychutnávat rozmanitost jemných pohybů, kterých je tělo schopno. Zároveň při použití ve skupině navozuje rytmus a hudební prvky silně motivační atmosféru, což napomáhá socializaci a integraci lidí se zdravotním postižením. Obzvláště u lidí s mentálním postižením lze hudbu využít jako integračního prvku mezi tzv. zdravé jedince. Pokud se vyskytne smíšená skupina (lidé se zdravotním postižením a „zdraví“ jedinci) a použijeme hudbu jako podpůrný prvek integrace (či inkluze), můžeme pozorovat, jak hudbu vnímáme všichni lidé s podobnou intenzitou a emočním prožitkem. Dalším neméně podstatným hudebním prvkem v integraci je společný zpěv. Zpěv nejen uvolňuje psychiku člověka, ale ve skupině dává pocit sounáležitosti a společného tvoření. Lze jej také dobře využít při mnoha pohybových hrách, jejichž součástí je doprovod zpěvem (HALPERN, LINGRMAN, 2005).

Ráda bych doplnila poznatky výše uvedených autorů tím, že skloubení pohybu a hudby je vynikající možností, jak propojit fyzické tělo (pohyb), mysl (hudba a její zákonitosti) a celé lidské prožívání (prožitek z nových pohybů a nových hudebních skladeb). Toto spojení je proto velice významným pomocníkem při terapiích pro lidi se zdravotním postižením a zároveň jako prevence pro zdravé jedince.

2.5 Muzikoterapie

2.5.1 Historie, pojem, vymezení a definice muzikoterapie

Muzikoterapie je „*mladá metoda se starou tradicí*“ (LINKA, 1997, s. 47).

Je zřejmé, že využití hudby k léčebným, výchovným a náboženským účelům prodělalo v dějinách lidstva mnoho změn. Počínaje náboženskými rituály na počátcích lidského rodu a starověkými kulturami, jejichž znalost působení hudby je ohromující (ZELEIOVÁ, 2007).

Přes velké filosofy v časech před Kristem, kde Platón a Aristoteles koncipovali dva stěžejní možné muzikoterapeutické postoje, z našeho pohledu velice názorné a jednoduché, z nichž se posléze vyvíjejí ostatní směry muzikoterapie. Platónův postoj etický princip se zaměřoval na to, že žádoucí psychický stav vyvodíme hudbou stejného ladění (zjednodušeně řečeno: chceme-li někoho rozveselit, zahrajeme mu něco veselého). Zde se nabízí srovnání například s homeopatií. Proti tomu Aristotelův postoj katarzní princip tkví v navození žádoucího psychického stavu hudbou opačného protichůdného ladění. V tomto případě můžeme nalézt podobnosti s Ájurvédou (LINKA, 1997).

Ve zkoumání síly muzikoterapie pokračovalo mnoho následníků těchto dávných filosofů, lékařů, duchovních i pedagogů. Z mladší doby je nutno připomenout J. Alvin, která založila British Society for Music Therapy, poté pak magisterský obor muzikoterapie na Guildhall School of Music and Drama v roce 1968 v Londýně. Tento program stále pokračuje. Uvedený obor vystudovali velice známí muzikoterapeuté jako např. T. Wigram (Dánsko), L. Bunt (Velká Británie) atd. Její práce ovlivnila směr mnoha muzikoterapeutů i učitelů a to pod mezinárodně známým pojmem Free Improvisation Therapy. J. Alvin pracovala s dětmi s mentálním postižením, s dětmi s fyzickým handicapem a také s dětmi trpícími autismem. Byla zastáncem toho, že na rozvoji muzikoterapie se podílel Freudův analytický koncept a hudba má sílu objevovat nevědomě pohled na určité věci. Její

teorie byla postavena na tvorbě hudby člověkem, který může vidět sám sebe, když hudbu vytváří (MIKOVÁ, 2008, on-line).

V neposlední řadě je třeba zmínit jeden z nejznámějších muzikoterapeutických modelů, který vzešel od amerického klavíristy Paula Nordoffa a britského pedagoga Clive Robbinse. Tento jejich model se vyvíjel přes 50 let a je nyní nazýván Creative Music Therapy – kreativní muzikoterapie, ve světě známa jako Nordoff-Robbins model. Tato metoda byla vyučována již po jejím vzniku a to například ve Velké Británii, Německu, USA, Japonsku, Austrálii a v dalších zemích. Z počátku ji aplikovali hlavně při práci s dětmi s poruchami učení. To postupně rozšířili na práci s dětmi s mentálním a fyzickým postižením a s dětmi s artismem (MIKOVÁ, 2008, on-line).

Nyní jsme měli možnost letmo nahlédnout do historie muzikoterapeutické oblasti, psané hlavně s tím záměrem, aby si čtenář mohl uvědomit, jak starým oborem muzikoterapie je a zároveň v kolik různých směrů se muzikoterapie během těch staletí ba i tisíciletí proměnila. Nyní pár slov k tomu, kde hledat původ tohoto pojmu.

Mnohé mezinárodní odborné názvy vděčí za svůj původ řečtině či latině a často i oběma těmito klasickým jazykům zároveň. Tak je tomu i u slova muzikoterapie. Řecké *therapeia* znamená mimo jiné ošetřování, léčení, léčbu. Latinské *musica* vyjadřuje české slovo hudba. Podobnosti slova muzikoterapie najdeme v řadě řečí. Například anglické *music therapy*, francouzské *musicotherapie* nebo německé *Musiktherapie* atd. (LINKA, 1997).

„Autoři se liší v zařazení muzikoterapie jako samostatné vědy. Vnímají ji jako součást psychoterapie, medicíny nebo pedagogiky“ (ZELEIOVÁ, 2007, s. 41).

Podle Zeleiové stojí muzikoterapie jako pragmaticky a empiricky orientovaná vědecká disciplína v systému věd souvisejících s hudbou na hranici s hudební psychologií, pedagogikou, sociologií, etnologií, akustikou, teorií hudby, estetikou, dokonce i s filosofií. Je tedy zřejmé, že dnešní podoba muzikoterapie je léčebně-, speciálně-, sociálně-pedagogická a psychologická (ZELEIOVÁ, 2007).

Tento náhled na muzikoterapii sdílí i Romanowska, která tvrdí, že: „Muzikoterapie je multifunkční oblast (ve vědeckém světě považovaná za interdisciplinární), která v sobě spojuje prvky medicíny, psychologie a hudební

pedagogiky a estetiky. Je to poměrně mladý obor, poněvadž se v Evropě objevila na přelomu padesátých a šedesátých let“ (ROMANOWSKA, 2005, s. 74).

V práci Vilímka Pokorná uvádí: „Muzikoterapie je v současnosti vymezována v užším a širším významu. V užším významu bývá spojována s klinicky orientovanou psychoterapií, která chápe muzikoterapii jako „specifickou formou psychoterapie při léčení duševních poruch, neurotických nebo psychotických , zejména při individuální psychoterapii nemocného, se zcela specifickým záměrem a se zcela specifickou terapeutickou metodou“ (VILÍMEK, 2006, s. 36).

Mátejová, Mašura podotýkají, že muzikoterapie v širším významu zahrnuje aplikace v medicínské, hudební, speciálně-pedagogické, psychologické a sociální oblasti, přičemž se dá využít k prevenci, léčení a rehabilitaci různých onemocnění i v komplexní péči o člověka (MÁTEJOVÁ, MAŠURA, 1992).

Zeleeiová uvádí mnoho definic muzikoterapie podle pohledů různých autorů. Např. dle Deckera-Voigta, Knilla a Weymanna: „Muzikoterapie je použití hudby k terapeutickým cílům: znovuoživení, udržení a zlepšení mentálního fyzického zdraví. je to systematická aplikace hudby řízená terapeutem terapeutickým prostředím tak, aby se dosáhlo kýžené změny v chování. Hudba pomáhá jedinci v rozvíjení jeho celkového potenciálu a přispívá k jeho větší sociální přizpůsobivosti“ (ZELEIOVÁ, 2007, s. 28).

Podle Camta: “Muzikoterapie je kvalifikované a odborné využití hudby, aby se podařilo, zachovalo a obnovilo mentální, fyzické, emocionální a spirituální zdraví. hudba má neverbální, kreativní, strukturální a spirituální kvality. Ty se využívají v terapeutickém vztahu, aby se podpořil kontakt, interakce, sebevědomí, učení, sebevyjádření, exprese, komunikace a osobní vývoj. Podle své povahy se muzikoterapie koncentruje na kreativní použití hudby, zaměřuje se na vnitřní rezervy klienta, často nevyužité, aby mu tak dopomohla využít jeho veliký potenciál“ (ZELEIOVÁ, 2007, s. 29).

Odlišný názor prezentuje Marantz: „Muzikoterapie je obor, jenž instrumentalizuje řeč zvuků a hudby ve vztahu klient – terapeut do systematického procesu intervencí“ (ZELEIOVÁ, 2007, s. 29).

Celosvětově uznávaná definice muzikoterapie pochází z Americké muzikoterapeutické asociace (AMTA): „Muzikoterapie je předepsané použití hudby

kvalifikovanou osobou za účelem dosažení pozitivních změn v psychologickém, tělesném, kognitivním a sociálním fungování jedince se zdravotními nebo edukačními problémy“ (VILÍMEK, 2006, s. 38).

2.5.2 Prvky hudby a jejich vztah k člověku

„Jsem hudba, nejstarší umění. Jsem věčná. Než začal život na zemi již jsem existovala v šumu větrů a vln. Když se rozechvěly první traviny, květy, stromy, byla jsem u nich. A když přišel člověk, stala jsem se ihned nejcitlivějším, nejjemnějším, nejmocnějším prostředníkem pro vyjádření jeho citu.

[sic] Pokud se lidé chovali jako zvířata, ovlivnila jsem je, aby se stali lepšími. ve všech dobách jsem lidi inspirovala nadějí...“ (HALPERN, LINGRMAN, 2005, s. 175).

Na tato slova navazuje Procházka: „Síla využití zvuku a hudby v terapii je především v tom, že má přímočarý vliv na naše emocionální prožívání, je to síla v prožitku 'teď a tady', smyslová zkušenost v pohybu“ (PROCHÁZKA, 2008, on-line).

Procházkův názor na hudbu doplňuje Braunstein: „Touha tvořit je odpradávná lidskou přirozeností. A touha podílet se svou tvorbou na ideji krásy přivádí tvůrce na cestu umělce. Neboť co jiného cílem umělce, než dotknout se skutečné krásy a její stopu pak vetkat do svého díla.... Právě umění se stává doslova potravou lidské duše – a to tím naléhavěji, čím člověk v jistém zmdlení z každodenní všednosti svého civilizovaného života právě na ono hledání krásy zapomíná. Uměleckou terapii lze chápat jako snahu přimět ho, aby se na tuto svoji přirozenost rozpomenul a umožnit aby uplatnil svoji touhu tvořit – touhu po kráse“ (FELBER, REINHOLD, STŮCKRT, 2005, s. 9-11).

Toto bylo několik výstižných avšak poněkud nevědeckých názorů na působení hudby na člověka. Nyní se přesuneme k ryze vědeckému pohledu na věc.

Podle Lewandowské hudba může měnit aktivitu nervového systému, vyvolávat v činnostech organismu určité změny, může měnit svalové napětí, uspíší přeměnu materie, změnit rychlost krevního oběhu, snižovat práh smyslového vnímání, ovlivňovat vnitřní sekreci, sílu a rychlost pulsu, modifikovat dýchání apod.“ (in ROMANOWSKA, 2005).

V Natasonově koncepci má využívání hudby v terapii vliv „na celé psychosomatické ústrojí člověka, hudba v rámci terapeutické práce plní svým způsobem roli léku“ (ROMANOWSKA, 2005, s. 74).

Výzkumy dokazují, že po 10ti minutách poslechu vhodně vybrané, terapeuticky působící hudby, mizí ve většině případech klientů únava a volněji se jim dýchá. Zpomaluje se rovněž srdeční činnost. Muzikoterapie kromě likvidace únavy tlumí takové negativní emoce jako zlost, nechuť, agrese. Pomáhá při práci a usnadňuje odpočinek. Nejenže umožňuje bránit se před nemocemi, ale ne zřídka vede k samoléčbě a vyléčení dokonce dlouhotrvajících chorob. Zvláště tehdy, když je uskutečňováno trojfázové uzdravování: tělo – mysl – duše (ROMANOWSKA, 2005).

Jakými prvky tedy hudba na nás lidi působí? Na to lze nalézt odpověď u autorů Felbera, Reinholda a Stückerta. V jejich knize je popsán poněkud jiný pohled na svět hudby. Začíná jednoduchými otázkami a končí hlubokým zamyšlením. Kde nacházíme hudbu? Nacházíme ji v přírodních úkazech, ve světě minerálů, rostlin, nebo zvířat? Nebo je záležitostí pouze lidské kultury (FELBER, REINHOLD, STÜCKERT, 2005).

Nechme v sobě působit tyto otázky a pojdme se nejprve projít „němým“ světem hor, řek, moří a nad nimi klenoucích oblaků a hvězd: když zažijeme, jak spolu jednotlivé úkazy souvisí a proměňují se, můžeme pocítit velkou harmonii. Jakmile se na chvíli pozastavíme, zjistíme, že nás obklopuje němá symfonie. Jako tóny akordu stojí zářící obrazce hvězd na nebi, pohybují se podle přísných zákonů a vytvářejí stále nové vztahy (FELBER, REINHOLD, STÜCKERT, 2005).

Jinak je tomu u mraků. Ty se naopak shlukují a mizí, prochází oblohou v členěném rytmu. Stejně tak vodstva – šumí, pění, naráží na sebe, ztišují se. Při prudkém pohybu nezůstane tento svět vůbec němým: bouře duní, řeky hučí, znějí

kapky deště a na dnech řek se převaluje kamení. Znovu přichází otázka jako na začátku. Je to hudba? Ano? A kdo ji skládal? Kdo improvizuje na nástrojích přírody takové nepřeborné množství zvuků? Pojďme se nyní ztišit do světa rostlin a pouze pozorujme, co se bude dít. Žádné hlasité bouře se nekonají. Z nitra rostlin nezní žádný zvuk, můžeme pouze slyšet ťukot dřeva, šumění lesa. A přeci jen nás rostliny dokáží něčím upoutat – veškerou svou krásu květiny obrací ke zraku, nikoli ke sluchu. A přesto nám svou stavbou připomíná kompozici neslyšitelné melodie. To co vidíme jsou přísné zákony poměrů čísel, které panují nejen v „architektuře“ rostlin, ale i v celém vesmíru (FELBER, REINHOLD, STÜCKRT, 2005).

Stejnými zákony se řídí i svět zvířat. Když se zaposloucháme a vcítíme do zvuků zde, uslyšíme štěkání, bučení, mňoukání, kdákání, můžeme vnímat cosi z duševního prožívání nositelů těchto zvuků. A podobně toto lze vnímat i u nás u lidí. V člověku se navzájem spojují všechny říše přírody, kterými jsme se nyní letmo prošli. Od minerální složky, poskytující nám mimo jiné oporu našeho těla, přes naše hlubinné zvířecí pudy po dokonalý řád, uspořádávající naše tělo dle přísných poměrů, které udává všemocná příroda (FELBER, REINHOLD, STÜCKRT, 2005).

Nyní přichází další otázka, jak tyto všechny známé zákonitosti souvisí s působením hudby na člověka? Podstata je v tom, že jak již bylo výše zmíněno, lidské tělo je složeno podle důmyslných poměrů, které podle výzkumů souvisí s poměry, které jsou mezi intervaly v hudbě. Tělo také pracuje v určitých biorytmech, naladuje se na vnější prostředí, samo vydává rytmus a nejen rytmus, ale i zvuk a často krásný zvuk. Naprosto stejnými zákonitostmi se řídí i hudba a hudební nástroje.

Lze nadneseně říci, že lidské tělo je hudbou samotnou a zároveň originálním hudebním nástrojem. A i proto vznikla muzikoterapie, jako prostředek k práci s naším tělem, myslí a duchem. Setkáváme se i s názorem, že pokud se naučíme pracovat se svým tělem, myslí a duchem tak jako virtuos s rytmem, melodií a harmonií ve svých skladbách, získáme tím ohromné množství možností, jak pomoci svému tělu pokud je ovlivněno např. nepravidelným rytmem, nebo disharmonií (FELBER, REINHOLD, STÜCKRT, 2005).

Melodie, harmonie, rytmus

- Melodii v hudbě muzikoterapeuti přirovnávají jejím charakterem k myšlení: důkazem tomu je důmyslné řazení tónů, kdy jeden tón vychází z druhého; vývoj souvislé melodie v čase – je to jako červená nit, nit vědomí, která se vine hudbou.
- Na druhé straně rytmus nechává zaznít cítěné impulsy vůle; obzvláště, když je rytmus uchopen v taktu, je jako hnací silou hudební skladby, stejně tak jako u člověka rytmus dechu, kroku, pulsu srdce.

Harmonie, je souzvuk který nás svou vyvážeností táhne do našeho středu, proto harmonie úzce souvisí s citem. Je to souzvuk akordů mollových a durových nálad a změn. Vzniká zde neustálé napětí a posléze uvolnění (FELBER, REINHOLD, STÜCKRT, 2005).

Další prvek, se kterým tento směr muzikoterapie pracuje, jsou hudební intervaly:

Interval je vzdálenost mezi dvěma tóny. Pokud budeme pracovat s hudbou jako s terapeutickým nástrojem, můžeme zjistit, že tyto vzdálenosti mezi tóny mají hluboké souvislosti s lidským životem a mohou nás v něm ovlivňovat.

- Prima – jednou ze základních vlastností primy je stabilita, jistota.
- Sekunda – Je to nakročení a zároveň otázka.
- Tercie – Vyjadřuje intimitu s naším vlastním cítěním.
- Kvarta – Je o lidském prožívání jednotlivce.
- Kvinta – Je o prožitku mezi lidmi.
- Sexta – Vyjadřuje vnímání a cítění jistoty.
- Septima – Je to cesta z nitra člověka do jeho okolí a dál. Zároveň pocit nejistoty z vnějšího světa (FELBER, REINHOLD, STÜCKRT, 2005).
- Oktáva – Pocit větší celistvosti než je v primě, pocit, že jsme se dostali zas o kus dál (STEINER in FELBER, REINHOLD, STÜCKRT, 2005, s. 28).

2.5.3 Muzikoterapeutické nástroje, léčba zvukem

Jak jsem již uvedla, muzikoterapie má mnoho podob. Ale téměř ke všem se používá alespoň jednoho třeba i jednoduchého hudebního nástroje nebo hudební nahrávky. Podstatou je dávat klientovi různé podněty, na které může libovolně reagovat a dokonce i rozvíjet jeho kvality, které byly doposud skryté. Na to, jak používat při terapiích hudební nástroje a hudbu vůbec, jsou různé názory, ze kterých vychází četné metody.

Např. podle autorů Flebera, Reinholda a Stückerta (2005) můžeme různé hudební nástroje přirovnat k různým částem našeho těla. Tvrdí, že člověka můžeme chápat jako orchestr, jehož představiteli jsou právě všechny skupiny hudebních nástrojů. Jednotlivé hudební nástroje pak částečně hrají roli zdravých, ale jednostranných konstitučních typů. Nástroje k těmto určitým typům řadíme podle zvláštních vlastností daného nástroje, například barvou tónu, rozsahem a jeho vztahem k hudebním prvkům. Pro příklad uvádím terapeuticky používané zástupce každé skupiny hudebních nástrojů:

- Choroí-flétny - jsou to dechové nástroje, vrtané z měkkého dřeva, které je zpravidla pouze naolejované. Při doteku jsou měkké. Příjemně se do nich přirozeně dýchá, než trhaně fouká. Charakteristický je jasný, měkký tón. Klient při hře na tento jednoduchý nástroj díky němu získává jemné podněty. Často se používá jakožto nástroj k rozhovoru ve skupinové muzikoterapii.
- Žaltář - patří mezi smyčcové nástroje. Jeho tvar je podélný špičatý do trojúhelníku, což vyplývá z jeho uspořádání strun. Na tento nástroj hrajeme pomocí krátkého smyčce. Tón je skleněně jasný, stříbrně zářivý, podobný světelnému paprsku. Tento tón se rozšiřuje doširoka jako ozvěna v gotickém kostele. Tón rozlévající se do prostotu má bdělý napnutý charakter. Terapeuticky žaltář může pomoci umožnit spojení mezi periferií a středem (může např. pomoci od roztěkanosti k soustředění).
- Altová lira - je tzv. drnkací nástroj. Tuto liru můžeme považovat za hlavního zástupce skupiny lir. Při jejím zvuku se můžeme cítit jako při příjemném objetí, které zároveň dává prostor k volnému dýchání. Tón je jasný a měkký. Posluchače uvolňuje a vytváří útulný chráněný prostor.

- Metalofon - kovový bicí nástroj, jehož typickým znakem takových nástrojů je dlouhá doba doznívání. Po úderu slyšíme kovový náraz, který přechází do měkkého, dlouhého doznívání. Uplatňují se zde klidné, plynoucí rytmy. Z pohledu nauky o člověku prožíváme uvolňování v oblasti dýchacích orgánů (použitelné u astma a zbavuje dýchání křeče) (FELBER, REINHOLD, STÜCKRT, 2005).

Marek tuto řadu rozšiřuje dalšími terapeutickými tzv. „alternativními“ hudebními nástroji. Jsou to tibetské znějící mísy, které jsou zdrojem léčivých zvuků.

- Tibetská znějící mísa - mísa z různých slitin kovů, různých velikostí a tvarů, hraje se na ni buďto jedním úderem a nebo táhlým kroužením paličkou po vnějším okraji mísy. Síla jejího zvuku jde hluboko, dovnitř našeho těla. Je to tím, že se v tomto zvuku objevují alikvótní tóny, které příznivě působí na vnitřní vibraci našeho těla. Zvuk synchronizuje obě mozkové hemisféry a navozuje pocit klidu a uvolnění.

Podobné účinky můžeme nalézt u dalších „alternativních“ nástrojů jako je například didžerida či činelky tingšá (MAREK, 2003).

- Fonoforéza – jedná se o novou alternativní metodu vycházející z vědeckých výzkumů v USA. Napomáhá k uzdravení jak na psychické tak na fyzické úrovni za pomoci zvukových vln ladiček, jejichž naladění terapeut volí podle charakteru postižených orgánů (ROMANOWSKA, 2005).

Ráda bych doplnila tvrzení předešlých autorů. Důvodů proč používat při terapiích „živou hudbu“ nikoliv nahrávku je mnoho. Jeden z nich je, že naše tělo reaguje mnohem intenzivněji na čistě znějící zvuk bezprostředního tónu, než na nahrávku, která už nemusí být takové kvality. Dalším důvodem je obrovská možnost improvizace s přítomností hudebního nástroje.

Mnozí muzikoterapeuti však rádi pracují s klientem bez nástrojů a používají nejprostší hudební nástroj a to lidské tělo a lidský hlas. „Stále rozličnějším zaposloucháváním se do vlastního hlasu a jeho zkoumáním vzniká cesta, kterou mohou být v každém člověku uvolněny skryté tvořivé schopnosti“ (FELBER, REINHOLD, STÜCKRT, 2005, s. 162).

2.5.4 Druhy, možnosti a využití muzikoterapie

Muzikoterapii můžeme rozdělit podle různých způsobů. Předkládám rozdělení dle LINKY (1997):

- Hudební autoterapie – terapii provádí jedinec sám na sobě a to buď tehdy, pokud je po skončení ústavního nebo ambulantního léčení a sám na sobě pokračuje v dostupných muzikoterapeutických praktikách na doporučení terapeuta. Nebo tento způsob aplikují lidé, kteří provádějí nebo poslouchají hudbu zájmu své mentální hygieny. Tento proces nazýváme intuitivní nebo též reflektivní autoterapií.
- Hudební heteroterapie – při tomto způsobu muzikoterapie jsou klient a muzikoterapeut dvě různé osoby. Případně roli terapeuta zastupuje tým odborníků k tomu určených. Výhodou oproti autoterapii je punc profesionálního terapeutického výkonu.

Jako další způsob rozdělení terapií je dělení na pasivní a aktivní muzikoterapii:

- Aktivní - při ní léčený jedinec vyvíjí zřejmou hudební aktivitu sám, nebo za spoluúčinkování terapeuta či spolupacientů.
- Pasivní (receptivní) – při tomto způsobu klient hudbu pouze vnímá. ve druhém případě se může klient věnovat jiné mimohudební činnosti (malování, čtení, práce). Také se používá, pokud terapeut klienta vyzve, aby při poslechu volně asocioval.

Jako poslední možnost rozdělení muzikoterapie je na individuální, skupinovou a hromadnou muzikoterapii:

- Individuální – zde se terapeut věnuje jedinému pacientovi.
- Skupinová – zde je současně přítomno 8-15 někdy až 20 pacientů.
- Hromadná – zde se účastní 20 a více klientů. Může to být například hromadný poslech hudby v jedné hale za muzikoterapeutické motivace (LINKA, 1997).

Možnosti využití hudby jako terapeutického prostředku:

- Prevence – ve funkci prevence lze hudby využívat jak u lidí zcela zdravých, jakožto psychické hygieny, tak i u momentálně přetížených, přepracovaných, deprimovaných, citově strádajících, osamocených lidí, kteří ve svém životě

postrádají štěstí, zdravé mezilidské vztahy a jiné důležité životní hodnoty. Hudby se také používá u jedinců s rozmanitým tělesným postižením, pro udržení duševní vyrovnanosti. Zde sice hudba již nezlepší fyzický stav klienta, ale alespoň ochraňuje pacienta před možnými těžšími psychickými poruchami, které se k jeho postižení vážou. Vedle uvedených příkladů je třeba zmínit i obor geriatric a gerontologie, kde se hudby využívá hlavně pro udržení klienta v aktivitě a k znovuzískání chuti do života, což se hojně používá u lidí, kteří se pokusili o sebevraždu.

- Diagnostika - hudby lze použít k diagnostickým účelům a to buď jako prostředku nebo jako katalyzátoru diagnózy. Při různých vyšetřeních hudba navozuje důvěrnou atmosféru. Pomáhá k otevření nesmělých pacientů. Co se týče diagnózy pouze pomocí hudby, existují speciální hudebně psychodiagnostické testy.
- Edukace - používá se hlavně u mladistvých, kteří si prošli závislostmi od alkoholiků nebo bývalých narkomanů. Zároveň hudba může sloužit již od útlého dětství jako výchovný prostředek a zároveň dítěti hudba zjemňuje umělecké cítění.
- Analgetická funkce - výzkumy potvrdily, že hudební, nebo zvukové podněty, vhodně vybrané, odvádějí pozornost od bolesti, čehož se využívá v chirurgii, stomatologii, gynekologii a porodnictví.

Jako další obory ve kterých se muzikoterapie často využívá, je třeba zmínit rehabilitaci, rekonvalescenci a nebo také stimulaci duševních výkonů (LINKA, 1997).

Podle ROMANOWSKÉ (2005) má muzikoterapie na posluchače utišující a uklidňující vliv. Dává možnost zahledět se do svého nitra a regenerovat se. Zároveň však může mít správně zvolená hudba účinky aktivizační. S ohledem na toto působení je možné uplatnit následující rozdělení hudby, uznávané rovněž vědeckým světem:

- Uklidňující – doba trvání skladeb je krátká (3-10 minut), má volné nebo mírné tempo s nízkou úrovní hlasitosti a bez dynamických kontrastů, s převahou tónů v prahu slyšitelnosti u člověka, s lehkou fakturou a rytmičností průběhu. K tomu se přidává celková symetrie ve skladbách, ne příliš silné

kulminační body Je třeba se raději vyhnout absorbujícím vokálním kompozicím (sbor, rozdělení na hlasy apod.), protože hlas je podle emociálního stavu vykonavatele a jeho vědomí nejsilnější přenos.

- Aktivizující – rychlejší tempo, velké melodické, rytmické a dynamické rozdíly, lehce neklidná metrika se silnými rytmickými akcenty kvůli větší pružnosti orgánů (srdce) na „špatné chorobotvorné rytmy“. K tomu se přidává kontrastující melodika, protichůdná témata (zásady klasické sonáty), rozdělení na hlasy ve sboru – sólový zpěv, protikladnost, skladby s textem (ROMANOWSKA, 2005).

2.6 Péče společnosti o osoby s postižením

Výchova dítěte s postižením ve srovnání s nepostiženým dítětem téhož věku je mnohem obtížnější, náročnější na pedagogické dovednosti, čas a trpělivost rodičů (ŠVARCOVÁ, 2001).

Rodiče mohou vyhledat pomoc a radu ve speciálně pedagogických centrech pro děti a mládež s postižením. Stejně jako u zdravého dítěte je vhodné, když je dítě do školy motivováno a připravováno. Je důležité dítě nestresovat případnými obavami či nereálnými očekáváními rodičů a ostatních dospělých. Dítě by mělo být připraveno účastnit se na běžném životě školy s úpravami danými jeho zdravotním postižením (MÜLLER A KOL., 2004).

Pedagogicko-psychologické poradenství je podpůrný systém, který poskytuje služby dětem a mládeži od 3 let až po ukončení školního vzdělávání, jejich rodičům a školským pedagogickým pracovníkům (PIPEKOVÁ A KOL., 1998).

Současný systém pedagogicko-psychologického poradenství tvoří:

- Výchovní poradci – pracují na všech typech a stupních škol. Plní úkoly pedagogicko-psychologického poradenství v oblasti výchovy a vzdělávání.
- Školní psycholog, školní speciální pedagog – působí v oblasti základního školství. Jejich cílem je snižovat rizika vzniku výchovných a výukových problémů žáků.

- Diagnostika v psychologii - zaměřuje se na psychické vlastnosti, procesy, a stavy včetně postoje k vlastnímu postižení. Oproti tomu speciální pedagog sleduje spíše úroveň a kvalitu vzdělávání, výchovy a možnosti integrace (PIPEKOVÁ A KOL., 1998).

Koncepce sociálních služeb vychází z následujících principů:

- Návaznost na rehabilitační a léčebné procesy.
- Sociální nezávislost a samostatnost klienta.
- Rovné podmínky pro poskytovatele služeb (ve státním i soukromém sektoru).
- Respekt ke klientovi a jeho právům.
- Klient se podílí na rozhodování o typu poskytované služby.
- Veřejný sektor (instituce státní správy a samosprávy na všech úrovních) odpovídá za sestavení služeb a garantuje jejich kvalitu (FIALA, 2008, on-line).

Ústavy pro osoby s handicapem podle KRÁLOVÉ, RÁŽOVÉ (2005):

- Ústavy pro těžce postiženou mládež – jsou určeny pro děti a mládež, u nichž těžký stupeň výrazně stěžuje normální způsob výchovy, vzdělání a přípravy na povolání.
- Ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením – jsou určeny pro děti a mládež, které jsou vedle tělesné vady postiženy též mentálním postižením lehčího stupně.
- Ústavy pro tělesně postiženou mládež s více vadami – jsou určeny pro děti a mládež, které jsou vedle tělesné vady postiženy též smyslovými vadami, popř. mentálním postižením lehčího stupně.
- Ústavy pro mládež s mentálním postižením - jsou určeny pro děti a mládež s mentálním postižením, doba pobytu zde trvá až do 26ti let. V těchto ústavách se také vykonává ústavní nebo ochranná výchova mládeže s mentálním postižením.
- Ústavy pro dospělé občany s tělesným postižením – jsou určeny pro občany s těžkými tělesnými vadami, kteří ukončili povinnou školní docházku a nemohou se pro své těžké tělesné postižení připravovat na povolání.

- Ústavy pro dospělé občany s tělesným postižením, s přidruženým mentálním postižením – jsou určeny pro občany, kteří jsou vedle své vady postiženi též mentálním postižením lehčího stupně.
- Ústavy pro dospělé občany s tělesným postižením s více vadami – jsou určeny pro občany, kteří jsou vedle těžké tělesné vady postiženi též smyslovými vadami, popř. mentálním postižením lehčího stupně.
- Ústavy pro dospělé občany se smyslovým postižením – jsou určeny pro občany, kteří jsou postiženi úplnou nebo praktickou slepotou, hluchotou, nebo hluchoněmostí a potřebují ústavní péči, protože jim nelze zajistit potřebnou péči v dosavadním prostředí.
- Ústavy pro dospělé občany s mentálním postižením – jsou určeny pro občany s mentálním postižením těžšího stupně a pro občany postižené kromě mentálního postižení těžšího stupně též tělesnou nebo smyslovou vadou (KRÁLOVÁ, RÁŽOVÁ, 2005).

Fiala rozděluje tyto služby na asistenční a rezidenční:

1. Asistenční:

- Osobní asistence – Osobní asistent postiženému člověku poskytuje komplex služeb, s cílem pomoci při úkonech, které by klient dělal sám, kdyby nebyl postižený.
- Domácí péče – jsou to ambulantní služby pro klienty, kteří si nemohou sami zajistit bio-psycho-sociální služby v přirozeném prostředí.
- Respitivní péče – je služba pro ty, kteří se během roku starají doma o postiženou osobu blízkou. Jejím cílem je poskytnout jim čas k odpočinku, dovolené, regeneraci sil. Může být poskytována v domácím prostředí nebo v sociálním zařízení.
- Stacionáře – jsou komplexem služeb sociální intervence, kde poskytují v zařízení ambulantní služby a činnosti pro klienty, kteří nemohou být sami doma.
- Chráněné dílny – speciální pracoviště se zajištěným dohledem pro lidi s postižením, kteří mají jinak velmi ztíženou možnost uplatnit se na trhu práce.

- Tísňová péče – jedná se o „distanční“ služby při použití hlasové a elektronické komunikace (hlídání osamělých, postižených, nemocných – „pípátka“).

2. Rezidenční služby:

- Domovy pro občany s postižením, pro seniory apod. – poskytují komplex rezidenčních služeb pro důstojný život klienta tam, kde oni sami nejsou schopni žít dlouhodobě ve vlastním prostředí a tuto pomoc nelze zajistit rodinným příslušníky.
- Chráněné bydlení (zejména pro postižené občany) – je bydlení koncipované tak, že klientům umožňuje takovou individuální podporu, aby i přes své postižení mohli žít relativně samostatně ve svém přirozeném prostředí.
- Penziony – jsou určeny pro klienty, jimž byl přiznán důchod (invalidní, starobní) a však jejich zdravotní stav jim ještě umožňuje poměrně samostatný život (FIALA, 2008, on-line).

3 CÍLE A ÚKOLY

3.1 Cíl práce

Cílem této práce je vytvoření a ověření výukového programu muzikoterapie pro osoby se zdravotním postižením.

3.2 Úkoly práce

K úkolům práce patří :

- 1) Shromáždění širokého okruhu literatury k tématu práce.
- 2) Obsahová analýza odborných publikačních zdrojů.
- 3) Objasnění zvolené tematiky v širším kontextu.
- 4) Vytvořený program na základě muzikoterapie pro osoby se zdravotním postižením.
- 5) Realizace programu v praxi.
- 6) Vyhodnocení získaných dat.
- 7) Diskuse.
- 8) Zjištění odezvy klientely na aplikaci modelu formou jednoduchého experimentálního šetření (sledování hodnotové orientace a vnitřní prožitkovosti absolventů).
- 9) Stanovení závěrů.
- 10) Doporučení do praxe.

3.3 Odborné otázky

K těmto otázkám směřuje celá praktická část této práce. Jedná se o tyto otázky:

- 1) Je aplikovaný program pro děti přínosný a zajímavý?
- 2) Ovlivní uvedený program hodnotovou orientaci sledovaného vzorku?

4 PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 Metodologie práce

Vlastnímu experimentálnímu šetření předcházelo prostudování dostupných odborných publikací v oboru muzikoterapie a problematiky týkající se osob se zdravotním postižením. Dále bylo potřeba vhodně sepsat všechny důležité informace do jednoho souvislého harmonického celku.

Metody které jsem použila při zpracovávání teoretické části mé práce, jsou analýza odborné literatury, časopisů a internetových serverů a syntéza těchto odborných textů do ucelené podoby práce.

U metody u praktické části mé práce jsem se snažila o provedení jednoduchého experimentálního šetření. Toto šetření bylo realizováno za účelem sběru potřebných dat. Použila jsem metodu pozorování. Pozorování je jednou ze základních metod vědeckého zkoumání. Je vždy jistým pramenem poznání. Využito jako vědecká metoda se však výrazně odlišuje od pozorování uplatňovaného v běžné každodenní praxi. vyznačuje se následujícími charakteristickými rysy:

- Pozorování vede k jasně formulovanému cíli.
- Je plánovité a systematické.
- Je objektivní (J. SKALKOVÁ, a kol. 1983).

Toto pozorování jsem zaměřila hlavně na jednu z odborných otázek práce: Zda je aplikovaný program pro děti přínosný a zajímavý. A to hlavně v rámci typu jejich zdravotního postižení. K pozorování mi pomohly 3 rozšiřující otázky:

- 1) Zda děti na program nějak reagují.
- 2) Zda se do programu zapojují.
- 3) Zda se v průběhu programu chovají jinak než při klasických aktivitách.

Pro zjištění stavu vnitřních hodnot dětí jsem využila dle Válkové techniku „nedokončených vět“. Tato technika je řazena mezi projektivní metody a napomáhá odhalit vnitřní svět dítěte. Cituji: „Použitá technika obsahuje 9 nedokončených vět a 3 přání“ (VÁLKOVÁ, 2000, s. 30), (viz. příloha č. 1). Podle této techniky je obsah výpovědí zařazen do čtrnácti kategorií (viz. příloha č. 2). Kursová dále tyto kategorie rozdělila na „pozitivní“ (kategorie č. 1, 3, 4, 6, 10, 11, 12) a „negativní“ (kategorie č. 2, 5, 7, 8, 9, 13, 14) s tím, že u jedinců, kteří neodpověděli na některé otázky jsou automaticky zařazeni do kategorie č. 14. Tyto „nedokončené věty“ jsem požila 2x. Poprvé před započítáním programu a podruhé bezprostředně po skončení programu.

Jako další doplňující techniku jsem použila vybarvování kruhových mandal (příloha č. . Je to také projektivní technika, avšak nenabízí přesné výsledky. Opět jsem ji použila před započítáním programu a pak také bezprostředně po skončení programu. Při vyhodnocování této techniky jsem se zaměřila na chuť klientů kreslit, na průběh kreslení (kde začalo dítě kreslit, jak k tomu přistupoval), na to, jaké barvy proband vybíral , zda respektuje tvary v mandale, zda vybarvil celý obrázek a celkový dojem z obrázku (pozitivní x negativní).

Poslední použitou metodou této práce je komparace. Prvně jsem všechna získaná data utřídila a vyhodnotila. Komparace je použita ve výsledcích a pozorování, kde porovnávám a hodnotím výsledky dvou předešlých technik před začátkem programu a na konci programu.

4.2 Charakteristika souboru

Muzikoterapeutický program byl aplikován na klienty v centru pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, o.s. ARPIDA. Jedná se o děti, které navštěvují mateřskou školu v tomto centru. Soubor tvoří 15 klientů předškolního věku s různými stupni a typy zdravotního postižení, z toho 3 klienti kvůli vysokému stupni postižení nebyli schopni spolupracovat při výzkumu a 2 klienti se účastnili pouze

občas a tak by byla získaná data od nich zkreslená. Dohromady se plnohodnotně zúčastnilo 10 klientů a z toho 5 dívek a 5 chlapců. Průměrný věk souboru je 5,05 let.

V rámci ochrání soukromých dat klientů jsem použila krycí jméno pro každého z nich. V celé práci požívám zásadně tato krycí jména. Zde je stručný přehled základních informací o klientech.

Stromeček – chlapec 5 let

Diagnóza: Spinální muskulární atrofie 3. stupně.

Sociabilita: je zvyklý na kolektiv i na učitelky.

Lateralita: používá pravou ruku.

Emocionalita: je pomalý, citlivý, tichý, hodně fixovaný na matku.

Hrubá motorika: chodí, hůře drží stabilitu, při únavě padá, na nerovném terénu potřebuje pomoc, do schodů sám nevyjde.

Jemná motorika: lžící drží správně, tužku ne.

Samostatnost: při oblékání je velmi pomalý, potřebuje pomoc, svléká se sám.

Tělesná čistota: udrží, na WC potřebuje obléct.

Pozornost: je přiměřená věku.

Paměť: básně a písně si pamatuje, do činností se zapojuje a pamatuje si.

Vyjadřování: špatná výslovnost, sykavky, málomluvný, sám vypráví, ale potřebuje klid a malou skupinu, je stydlivý.

Zázemí doma: je z úplné rodiny, jedináček.

Kytička – dívka 5 let

Diagnóza: DMO – lehká diparéza.

Sociabilita: v kolektivu si vybírá živější děti, dělá „šaška“, používá nesmyslná slova, kterým se ostatní smějí, dětem často ubližuje.

Lateralita: je pravák.

Emocionalita: je živá, tvrdohlavá, vzdorovitá, začne křičet kvůli každé maličkosti a myslí si, že tím dosáhne svého. Při důrazném napomenutí se dá křik zvládnout. Uznává přirozenou autoritu. Neznámé dospělé se snaží využívat ve svůj prospěch. Neposlouchá je, snaží se je využívat ve svůj prospěch. Neposlouchá a zkouší, co si může dovolit.

Hrubá motorika: chodí, běhá, schody zvládne.

Jemná motorika: lžící i tužku drží správně, ráda navléká korálky, vytrhává z papíru – odpovídá věku.

Samostatnost: je samostatná, sama se obléká, samostatně jí, ale nečistě.

Tělesná čistota: udrží, dojde si sama.

Paměť: básně a písně si pamatuje, paměť odpovídá věku.

Vyjadřování: výslovnost se jí zlepšila, komunikuje s dětmi a bezprostředně i s dospělými. Podle nálady mluví rozumně, nebo říká hlouposti včetně vulgárních slov, kterým se ostatní smějí a tím ji podněcují.

Zázemí doma: je z úplné rodiny, má starší sestru

Sluníčko - chlapec 4 roky

Diagnóza: DMO – diparéza.

Sociabilita: mezi dětmi se cítí dobře, nové prostředí mu nedělá potíže.

Lateralita: je nevyhraněná.

Emocionalita: vzteká se, když si chce něco vynutit, již jen výjimečně, je hlučný, občas vykřikne bez příčiny. Někdy je lítostný.

Hrubá motorika: chodí s pomocí, začíná se pouštět sám, je nutné s ním jít.

Jemná motorika: neumí držet lžící, pastelku, hrnek se začíná učit požívat.

Samostatnost: je nesamostatný, začíná jíst lžící s pomocí. V oblékání je nesamostatný.

Tělesná čistota: nosí plenu pouze na delší vycházky, pokud se ho zeptáme řekne si, učí se používat WC.

Pozornost: nesoustředí se.

Paměť: neprojevuje se.

Vyjadřování: slovní zásoba se rozšířila, utvoří jednoduchou větu.

Zázemí doma: Silná vazba na matku, je úplné rodiny, jedináček.

Hruška - dívka 4 roky

Diagnóza: DMO – diparéza.

Sociabilita: nebojí se navázat kontakty s dospělými, snaží se napodobovat učitelku, ráda organizuje děti, při pokárání se urazí.

Laterálita: nevyhraněná (při držení lžice střídá ruce).

Emocionalita: je živá, veselá, urážlivá.

Hrubá motorika: chodí bez pomoci, stěžuje si na bolest nohou.

Jemná motorika: lžící drží správně, tužku ne.

Samostatnost: pomalá, sama se obléká i svléká.

Tělesná čistota: udrží ji, při spaní se pomočuje.

Pozornost: je nepozorná a roztěkaná.

Paměť: málo z poznaného si uchovává, naučí se básničku i písničku.

Vyjadřování: její slovní zásoba je malá, patlá sama přednáší i zpívá, odpovídá na otázky.

Zázemí doma: je z úplné rodiny, hodně pomáhá babička, má starší sestru

Holubička - dívka 4 roky

Diagnóza: DMO – diparéza, po operaci nádoru na páteři.

Sociabilita: zvykla si na děti poměrně dobře, je mezi nimi spokojená, pozoruje je, ale hraje si spíše sama.

Laterálita: je nevyhraněná.

Emocionalita: je milá, veselá, ráda se nechá pochovat, většinou dobře naladěná.

Hrubá motorika: pohybuje se v sedě na zadečku.

Jemná motorika: při držení lžice střídá úchopy, špatně drží tužku.

Samostatnost: při jídle je celkem samostatná, je pomalá, v oblékání je nesamostatná.

Tělesná čistota: neudrží ji.

Pozornost: soustředí se jen krátce.

Paměť: básně ani písničky neopakuje, pouze poslouchá.

Vyjadřování: špatně vyslovuje, je nemluvná, malá slovní zásoba.

Zázemí doma: je z úplné rodiny, má dvě starší sestry.

Jablíčko - chlapec 5 let

Diagnóza: Centrální hypotonický syndrom.

Sociabilita: je rád mezi dětmi, zapojuje se do her dětí, začal dětem ubližovat, strká do nich, když prosazuje svou. Nestydí se.

Lateralita: převažuje u něj pravá.

Emocionalita: je milý, rád se pomazlí, při rušných činnostech je hlučný, někdy je umíněný.

Hrubá motorika: chodí i běhá, je méně obratný a trochu nejistý.

Jemná motorika: učí se správně držet lžící, používá příbor, špatně drží tužku.

Samostatnost: při jídle je samostatný, stále pomalý, čeká na pokyny od dospělého.

Tělesná čistota: udrží – sám si řekne o WC.

Pozornost: dokáže se soustředit již na delší dobu.

Paměť: pamatuje si písničky, básničky. Umí reprodukovat pohádku.

Vyjadřování: přestal zadržávat, hovoří ve větách.

Zázemí doma: z úplné rodiny, fixovaný na matku, žárlí na svého mladšího bratra.

Veverka - dívka 3,5 roku

Diagnóza: je zdravá.

Sociabilita: mezi dětmi se jí líbí, ráda si hraje sama.

Lateralita: je pravačka.

Emocionalita: je klidná, tichá, milá, trpělivá.

Hrubá motorika: drží správně lžící i tužku.

Jemná motorika: chodí běhá, chodilo schodech.

Samostatnost: sama se obléká.

Tělesná čistota: udrží.

Pozornost: udrží dlouho.

Paměť: pamatuje si písničky i básničky.

Vyjadřování: nemluvná, vyslovuje dobře, slovní zásoba je přiměřena věku.

Zázemí doma: je z úplné rodiny, má staršího bratra.

Poupátko - dívka 7 let

Diagnóza: DMO – spastická diparéza.

Sociabilita: necítí se dobře mezi hlučnými dětmi, je raději v přítomnosti dospělého, nebo v menší skupince dětí. Na zahradě mezi dětmi nechce, při hrách děti pozoruje, sama si hraje málo. Nejraději si hraje s dospělými.

Laterálita: je spíše prvák.

Emocionalita: je tichá tvrdohlavá, když něco nechce je hysterická.

Hrubá motorika: chodí špatně s dopomocí, neudrží rovnováhu.

Jemná motorika: špatně drží tužku i lžící. Nůžky se učí.

Samostatnost: při jídle je částečně samostatná, na pití má svůj hrníček.

Tělesná čistota: neudrží, nosí pleny, chodí na WC – sama neřekne.

Pozornost: sleduje poměrně soustředěně činnosti i když sama nezapojuje.

Paměť: neprojevuje se.

Vyjadřování: používá již více slov, povídá si v klidné chvíli s dospělým. Za přítomnosti rodičů je daleko hovornější. Používá alternativní formu komunikace.

Zázemí doma: Je z úplné rodiny, je fixovaná na matku.

Mráček - chlapec 6 let

Diagnóza: DMO, levostranná hemiparéza.

Sociabilita: je rád mezi dětmi, rád si povídá s dospělými, pořád v dobré náladě.

Laterálita: je pravák.

Emocionalita: je tichý, mírný, kamarádský, stále usměvavý.

Hrubá motorika: je po operaci, chodí již lépe a jistěji, našlapuje na jednu nohu.

Jemná motorika: používá jednu ruku, začíná si občas pomáhat druhou rukou.

Samostatnost: je samostatný při jídle, učí se používat příbor, v oblékání je pohodlný, ale umí se obléct téměř sám.

Tělesná čistota: udrží ji.

Pozornost: vydrží se soustředit na delší dobu.

Paměť: zapamatuje si kratší básničku i písničku.

Vyjadřování: slovní zásobu má větší, mluví ve větách, má špatnou výslovnost.

Zázemí doma: je z úplné rodiny, má mladší sestru.

Hvězdička - chlapec 7 let

Diagnóza: DMO – má velký třes v rukou.

Sociabilita: je rád mezi dětmi dospělými. Zapojuje se do her, je poměrně aktivní.

Lateralita: je spíše levák.

Emocionalita: je citlivý, veselý, milý, stále pozitivně naladěný.

Hrubá motorika: chodí nejistě, často ze široka, má špatnou stabilitu, upadne na rovině.

Jemná motorika: špatně drží lžičku i tužku, má třes v rukou.

Samostatnost: při jídle je samostatný, při oblékání potřebuje pomoc.

Tělesná čistota: udržuje, chodí často na WC.

Pozornost: umí se soustředit na delší dobu.

Paměť: zapamatuje si po zopakování kratší básničku a písničku.

Vyjadřování: výslovnost je špatná. Hovoří ve větách, má větší slovní zásobu.

Zázemí doma: Je z neúplné rodiny, otec nedávno zemřel, ale on to neví. Má starší sestru.

4.3 Organizace a průběh experimentálního šetření

Před začátkem aplikace programu na klienty jsem prvně musela proniknout do odborné literatury tohoto oboru. V dubnu 2008 jsem si začala schraňovat různé odborné publikace. Postupně jsem třídila informace z těchto publikací a provedla jsem jejich analýzu. V září 2008 jsem tyto získané informace začala postupně sepisovat, čímž jsem utvořila základ pro teoretickou část mé práce. Již od září 2008 bylo potřeba začít i s praktickou částí práce a tak jsem si zajistila místo konání výzkumu a výzkumný soubor již v tomto měsíci.

Pozorování probíhalo v centru pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, o.s. ARPIDA v Českých Budějovicích. Proto zde nyní přiblížím toto konkrétní centrum, které nabízí mnoho z již zmíněných možností v odvětví sociálních služeb a vzdělávání.

Název ARPIDA je odvozen z počátečních písmen následujících slov: Akce, Rehabilitace, Pomoc, Integrace, Dobrovolnost, Agapé (jako projev křesťanské lásky vycházející z ochoty nezištně pomoci bližnímu)

Dětské centrum ARPIDA je odborným střediskem Arpidy, společnosti pro rehabilitaci dětí a mládeže se zdravotním postižením.

Společnost ARPIDA je občanským sdružením. Areál tohoto centra byl vybudován bez finanční účasti státu.

V činnosti Dětského centra jsou respektovány základní principy křesťanské etiky, ale jedná se o zařízení nenáboženské.

Je zde kladen důraz na vysokou odbornost, která ale nepostrádá lidský rozměr. Zároveň zde funguje velmi účinná spolupráce s rodinami dětí s postižením, která prostupuje všemi oblastmi činnosti centra.

Pro základní koncepci činnosti dětského centra je charakteristické účelné propojení péče v oblasti sociální, zdravotní i výchovně vzdělávací.

Co se týče sociální péče v tomto centru, můžeme ji rozdělit do několika sektorů:

Nabídka

- Denní rehabilitační stacionář pro děti s těžkým kombinovaným postižením
- Chráněná pracovní místa
- Čtrnáctidenní rehabilitační pobyty pro děti s postižením a jejich rodiče
- Sociálně právní poradenství a respitní péče

Zdravotní péče

- Nestátní zdravotnické zařízení

Výchovně vzdělávací péče

- Speciální mateřská škola pro tělesně postižené
- Speciální základní škola pro tělesně postižené
- Zvláštní škola pro tělesně postižené
- Pomocná škola pro tělesně postižené
- Přípravný stupeň pomocné školy
- Speciálně pedagogické centrum pro tělesně postižené
- Středisko pro volný čas dětí a mládeže, školní družina

Realizace šetření programu proběhla ve speciální školce pro tělesně postižené.

V první řadě jsem zhruba v polovině září 2008 navázala kontakt s místní muzikoterapeutkou Mgr. Danou Pšeničkovou, která mi umožnila přístup k jejím praxí získaným metodám, které v hodinách muzikoterapie na děti aplikuje. S jejím laskavým svolením jsem se mohla účastnit muzikoterapeutických hodin ve speciální školce, a zároveň jsem dostala požehnání v realizaci mého výzkumu na jejích hodinách. Jinými slovy dohodly jsme se, že mám dovoleno zaznamenat do mé práce průběh jejího již vytvořeného programu, a že jej mohu pomocí jednoduchých metod vyhodnotit. Dohodly jsme se tak proto, že mé praktické znalosti v tomto oboru nejsou zdaleka tak bohaté, abych mohla pro děti připravit bezpečný a účinný program. Proto si cením otevřenosti a štědrosti přístupu paní Mgr. Pšeničkové.

Vše bylo tedy již připraveno, chybělo mi však to nejdůležitější, přednést námět mé práce před pana ředitele ARPIDY PhDr. Jiřího Jankovského, Ph.D., jehož slovo má v tomto centru nejvyšší váhu. Vše co bylo potřeba, pan ředitel schválil a tak mi už nic nebránilo začít s výzkumem.

Čas trvání výzkumu byl omezen celkem na 3 měsíce 2x týdně, což zahrnuje cca 24 setkání s klienty a průběh programu. Před první hodinou muzikoterapie ve školce jsem aplikovala první část mého výzkumu, která se skládala z techniky „nedokončených vět“ a vybarvování obrázků „mandal“. Poté nastala doba vlastní aplikace programu, kdy jsem při hodinách s dětmi pracovala a zapisovala si stručné postřehy jejich reakcí a chování při programu. Po třech měsících experimentálního šetření jsem opět použila výzkumné techniky „nedokončené věty“ a vybarvování „mandal“.

Poté v únoru roku 2009 přišla doba zpracovávání dat, které jsem při práci s dětmi získala. Ke zpracovaným a vyhodnoceným datům jsem provedla diskusi v kapitole 5.

4.4 Výukový program muzikoterapie v daném pracovišti

Hodiny muzikoterapie ve speciální školce probíhaly vždy v úterý a ve středu ráno od 9:00 do 9:45. Ještě před tím, než jsme uskutečnili program, byla vždy potřeba příprava materiálů na hodinu. Mezi materiály patřily různé jednoduché hudební nástroje (viz příloha 3-6), noty a slova písniček, chrota (muzikoterapeutický nástroj, kterým doprovázela Mgr. Pšeničková velkou část hodiny), CD s různými tematickými písničkami a další pomůcky které zapadaly do tématu programového cyklu (vlašské ořechy, kaštany, hedvábné šátky, jablka, obrázky zvířat atd.).

Při samotném programu bylo vždy potřeba do jedné třídy o 7 – 10 dětech alespoň 3 dospělí lidé, kteří dětem v průběhu programu pomáhali hrát na nástroje a praktikovali různé techniky muzikoterapie podle Mgr. Pšeničkové. Tento program je dílem paní Pšeničkové a všechny hudební nástroje, které zde děti používají jsou její, často vlastnoručně vyrobené.

Program byl uzpůsoben jednotlivým ročním obdobím. Program se měnil po 1 měsíci, takže celý měsíc se používaly ty samé techniky a písničky, aby se je děti stihly naučit a dobře se s nimi seznámit. První měsíc byl věnován podzimu, větru, který v tomto období přichází a plodům přírody (jablka, ořechy, kaštany atd.). Druhý měsíc byl laděn do deštivého i slunečného počasí podzimu, využívalo se různých pomůcek (suché lupení ze stromů, deštné hole atd.). Třetí měsíc byl věnován hlavně období zimy a vánočního času.

Některé prvky na začátku hodiny a na konci hodiny však zůstávají stejné po celou dobu trvání programu, což dětem dává záchytný bod. Mezi tyto stálé prvky patřilo přivítání se s dětmi nezvyklým způsobem. Na CD přehrávači se pustila jemná uklidňující hudba a dospělí pomocníci procházeli mezi dětmi a „hladili“ je pomocí dřevěných zvonkoher (viz příloha č. 11). Nejdříve pohladili ručičky dětí – uvolnění křečí v rukou, a potom také ramínka a hlavičku – nastalo celkové zklidnění dětí. Druhým stálým bodem programu byla „rozcvičková písnička“ kdy se zpívala píseň, kterou Mgr. Pšeničková doprovázela na chrotu a děti na ni prováděly již známé pohyby při kterých se postupně prohýbalo celé tělo (dětí, které samy nezvládaly, dostaly pomoc od dospělého pomocníka). Poslední stálou částí muzikoterapeutického programu bylo loučení se s dětmi pomocí jedné a té samé písničky „Nashledanou“.

Ostatní prvky programu se různě obměňovaly. Důležitou roli při nich měly hudební nástroje a písničky, které děti těmito nástroji doprovázely. Tyto hudební nástroje a pomůcky mají za účel hlavně děti namotivovat ke spontánní práci s nimi, při níž nevědomky a zcela přirozeně používají a zlepšují svou jemnou motoriku.

Mezi tyto pomůcky patří například deštné hole (viz příloha č. 7), které mají pro děti zajímavý zvuk a lákají k pohybu, dále „kulit'uky“ (viz příloha č. 8), s nimiž se dá různě ťukat do rytmu, chrastítka z přírodních materiálů i uměle vytvořená (viz příloha č. 9-10), řachadla, řehtačky a jiné nástroje. Dále se používají i jiné pomůcky které mají za úkol upoutat pozornost dětí a udělat hodinu něčím vyjimečnou (velké molitanové rukavice, přenosný větrák a šátky, atd.)

Nedílnou součástí hodin muzikoterapie jsou také CD nahrávky, které hodinu doplňují zajímavými zvuky, které se nedají vytvořit přímo ve třídě (zvuk deště, ohně a zajímavé písničky s tematikou).

5 VÝSLEDKY A DISKUZE

5.1 Výsledky pozorování

Pozorování jsem zaměřila na tyto okruhy:

- 1) Zda děti na program nějak reagují.
- 2) Zda se do programu zapojují.
- 3) Zda se v průběhu programu chovají jinak než při klasických aktivitách.

Stromeček – chlapec 5 let

Diagnóza: Spinální muskulární atrofie 3. stupně.

Tento chlapec vždy reagoval vždy adekvátně ke kvalitě podnětu. Do programu se zapojoval s radostí. Podle paní učitelky je ve školce obvykle pomalý, citlivý, tichý a je hodně fixovaný na matku. V hodinách muzikoterapie byl občas i hlučný a reakce byly poměrně rychlé.

Kytička – dívka 5 let

Diagnóza: DMO – lehká diparéza.

Dívka na program reagovala velice živě, často ze začátku breptala a vyrušovala, ale nakonec se vždy nechala vtáhnout do děje terapie. Podle paní učitelky v MŠ. Čím více byl program pestřejší, tím více měla potřebu být při aktivitách první na řadě a pokud měla nějaký nástroj v ruce, měla nutkání jej používat tak, aby byl slyšet hlavně on. Podle paní učitelky si dívka v kolektivu vybírá živější děti, dělá „šaška“, používá nesmyslná slova, kterým se ostatní smějí, dětem často ubližuje. Je prý tvrdohlavá, vzdorovitá, začne křičet kvůli každé maličkosti a myslí si, že tím dosáhne svého. V hodinách tedy bylo její chování dosti podobné, ale pokud měla dostatek podnětů k soustředění byla velice šikovná.

Sluníčko - chlapec 4 roky

Diagnóza: DMO – diparéza.

Na program reagoval podle nálady. Pokud měl dobrou náladu, rád se účastnil všech aktivit. Pokud měl náladu špatnou, chtěl pořád za maminkou a o program se příliš nezajímal. Pokud ho však při této špatné náladě něco zaujalo, úplně obrátil a začal spolupracovat. Podle paní učitelky se vzteká, když si chce něco vynutit, je hlučný, občas vykřikne bez příčiny. Někdy je lítostný. Na hodinách se projevoval podobně.

Hruška - dívka 4 roky

Diagnóza: DMO – diparéza.

Na program reagovala bystře, byl na ní vidět zájem. Spolupracovala téměř vždy bez problémů, pokud ji však někdo z dětí nerozzlobil. Podle paní učitelky je živá, veselá a urážlivá. Pokud přišla na hodinu uražená, nebo se v průběhu urazila, chvíli trvalo, než se opět zapojila. Ale nestalo se aby zůstala bez kladné reakce na program, takže pro ni byl program dostatečně podnětný.

Holubička - dívka 4 roky

Diagnóza: DMO – diparéza, po operaci nádoru na páteři.

Dívka na program reagovala nejčastěji úsměvem a dobrou náladou. Příliš se ale do programu sama od sebe nezapojovala, byla potřeba pomoc od dospělého.

Podle paní učitelky je milá, veselá, většinou dobře naladěná.

Jablíčko - chlapec 5 let

Diagnóza: Centrální hypotonický syndrom.

Chlapec se prý vždy na program těšil. Téměř vždy měl dobrou náladu, občas zlobivou. Podle paní učitelky je milý, rád se pomazlí, při rušných činnostech je hlučný, někdy je umíněný. Během programu byl veselý a rád zpíval nahlas. Někdy i nahlas výskal a vyrušoval. Celkově si myslím že byl pro chlapce program podnětný.

Veverka - dívka 3,5 roku

Diagnóza: je zdravá.

Na program reagovala klidně. S radostí při programu spolupracovala a byla hodná. Podle paní učitelky je dívka klidná, tichá, milá a trpělivá. Přesně tak působilo její chování i při hodinách muzikoterapie.

Poupátko - dívka 7 let

Diagnóza: DMO – spastická diparéza.

Dívka na program reagovala pouze úsměvem, nebo příliš nereagovala. Programu se účastnila jen díky dospělému pomocníkovi, který s ní individuálně pracoval. Podle paní učitelky je tichá tvrdohlavá, když něco nechce, projevuje se hystericky. Pokud při programu došlo k něčemu, co se jí nelíbilo, přestala spolupracovat i s pomocníkem. Myslím si však, že na ní program působil pozitivně, ač to nebylo na první pohled vidět.

Mráček - chlapec 6 let

Diagnóza: DMO, levostranná hemiparéza.

Chlapec na program reagoval klidně a byla na něm vždy na začátku vidět radost. Programu se účastnil bez problémů. Podle paní učitelky je tichý, mírný, kamarádský, stále usměvavý. Při hodinách muzikoterapie se jeho mírnost občas prolomila spontánní radostnou reakcí a kreativním vkládáním vlastních prvků. Nikdy však hodinu nenarušoval. Program měl podle mého pozorování na chlapce pozitivní vliv.

Hvězdička - chlapec 7 let

Diagnóza: DMO – má velký třes v rukou

Na program reagoval zprvu neprůbojně, mírně. Postupně při hodinách získával sebevědomí. Spolupracoval vždy perfektně. Podle paní učitelky je chlapec velmi citlivý, veselý, milý, stále pozitivně naladěný. V hodinách terapie tomu nebylo jinak. Program chlapci, podle mého názoru, hodně dodal sebevědomí a to nejspíš tím, že měl možnost se na něčem aktivně spolupodílet.

5.2 Výsledky a diskuze k technice „Nedokončené věty“ a „Mandaly“

Tabulka č. 1: Výsledky techniky „nedokončené věty“ před programem muzikoterapie u klienta Stromeček - chlapec 5 let.

	Stromeček											
	otázky											
kategorie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č. 2: Výsledky techniky „nedokončené věty“ po programu muzikoterapie u klienta Stromeček - chlapec 5 let.

	Stromeček											
	otázky											
kategorie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č.1: Klient byl při první aplikaci techniky poměrně nemluvný. Na některé otázky neuměl odpovědět. Pouze 3 odpovědi spadají do pozitivních kategorií (4, 6, 12). 9 odpovědí spadá do negativních kategorií (14).

Tabulka č. 2: Klient se po absolvování programu poměrně rozmluvil. Do pozitivních kategorií spadají 4 odpovědi (3, 4). Do negativních odpovědí spadá zbylých 8 odpovědí (13, 14).

Ze srovnání obou tabulek vyplývá, že po aplikaci muzikoterapeutického programu přibyla jedna kladná odpověď. Z toho lze vyvodit, že tento program tomuto klientovi přinesl pozitivnější naladění. Z odpovědí je zřejmé, že se po aplikaci programu více soustředil na kategorie vypovídající o radosti z obvyčejné činnosti, zábavy a na cíle něco dokázat a zvládnout.

Výsledky techniky „mandaly“ u klienta Stromeček:

Klient byl ke kreslení prvního obrázku velice přístupný, těšil se na kreslení. Začal kreslit od prostředku z čehož vyvozují, že byl poměrně soustředěný, avšak celý obrázek nedokreslil. Celou dobu kreslil pouze jednou pastelkou, která byla vícebarevná a při kreslení s ní vzniká poměrně chaotická barva. Z toho vyvozují že chlapec nemá potřebu kreativního vyjádření. Tvary v obrázku téměř nerespektoval, vše přetahoval, z toho vyplývá neschopnost vnímání detailu. Obrázek je nedokreslený, ale uprostřed je vybarvený poctivě, což naznačuje že byl chlapec při kreslení netrpělivý.

Při kreslení druhého obrázku byl klient v dobré náladě, zdálo se že ho kreslení baví a že se těší. Začal kreslit opět od prostředku, což naznačuje tomu, že byl poměrně soustředěný. Při vykreslování často něco vyprávěl, ale stačil se věnovat i obrázku. Obrázek vybarvoval dohromady asi sedmi barvami od žluté po černou. Z porovnání použití barev na obou obrázcích usuzují, že měl mnohem kreativnější náladu, než v prvním případě. Střídají se zde převážně žlutá, která naznačuje jasnou mysl a vůli, dále zelená, vyjadřující zdraví, červená značící energii, modrá naději, hnědá zázemí a uzemnění. Černá zde, podle mého názoru, ukazuje, že klient se po programu muzikoterapie uvolnil a tím projevil i to co ho tíží. Při vykreslování klient opět přetahoval, což poukazuje na necitlivost pro detail. Druhý obrázek vykreslil úplně celý – po programu byl více trpělivý. Druhý obrázek hraje všemi barvami,

působí pestře a pozitivněji, než první. Černé místo na obrázku bych přisoudila hlavně únavě, která byla na klientovi už vidět.

Tabulka č. 1: Výsledky techniky „nedokončené věty“ před programem muzikoterapie u klientky Kytička – dívka 5 let.

kategorie	Kytička											
	otázky											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č. 2: Výsledky techniky „nedokončené věty“ po programu muzikoterapie u klientky Kytička – dívka 5 let.

kategorie	Kytička											
	otázky											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č. 1: Klientka byla při první aplikaci techniky poměrně roztěkaná, až příliš aktivní. Na některé otázky neuměla odpovědět, nebo říkala hlouposti. Pouze 3 odpovědi spadají do pozitivních kategorií (3). 9 odpovědí spadá do negativních kategorií (14, 13).

Tabulka č. 2: Klientka se po absolvování programu poměrně zklidnila. Do pozitivních kategorií spadá 7 odpovědí (1, 3, 4). Do negativních odpovědí spadá zbylých 5 odpovědí (13, 14).

Ze srovnání obou tabulek vyplývá, že po aplikaci muzikoterapeutického programu došlo k výrazné pozitivní změně. Odpovědi z prvního dotazování jsou spíše neurčité a bez zájmu, zatímco v odpovědích z druhého dotazování se projevuje zájem o různé aktivity, od starání se o domácí zvíře po chuť pobývat v přírodě. Z toho vyvozují, že si klientka odnáší radost z aktivit programu a že ji program obohatil.

Výsledky techniky „mandaly“ u klientky Kytíčka:

Klientka byla z kreslení prvního obrázku nadšená, obrázek jí zajímal, hned mu říkala, které barvy má ráda. Z počátku vybarvovala od prostředku a pečlivě – silná koncentrace. Později si začala všimnout ostatních dětí a zájem o kreslení klesl, poté začala kreslit mimo mandalu, z čehož vyvozují, že ztratila koncentraci – „zapomněla“, že kreslí mandalu. Poté se vrátila k mandale, ale vybarvovala ji mimo systém, který začala prvně – náznak tvrdohlavosti a svébytnosti, možná to je náznak dívčiny originality. Klientka použila dohromady 4 základní barvy, které střídala, ale rozmísťovala je po obrázku rovnoměrně - smysl pro detail. Použila zelenou vyjadřující vitalitu, oranžovou, vyjadřující kreativitu, fialovou, která vypovídá o citlivosti klientky. Okraje tvarů sice dívka mírně přetahovala, ale snažila se držet se tvaru – schopnost rozeznávat tvary. Mandalu nechala rovnoměrně z poloviny prázdnou – neschopnost se soustředit na delší dobu. Obrázek působí vesele a kreativně až rozverně.

Při kreslení druhého obrázku klientka reagovala podobně jako u předchozího, jen s tím rozdílem, že si jej chtěla nakreslit a odnést domů. Když zjistila, že je pro mě, ztratila zájem a přestala se snažit. Začala opět kreslit od prostředku. Barvy použila podobné jako u prvního obrázku, jen byly výraznější a plnější – více energie a síly. Méně přetahovala - silnější zkoncentrování. Mandalu vykreslila soustředně,

ale pouze z části, měla ji velice rychle hotovou a chtěla si jít brzy hrát – jasně dala najevo, že vybarvovat nebude, když si mandalu nemůže vzít domů. Mandala vypadá živě a plně, pouze klientce chyběla trpělivost dokončit obrázek.

Tabulka č. 1: Výsledky techniky „nedokončené věty“ před programem muzikoterapie u klienta Sluníčko - chlapec 4 roky.

	Sluníčko											
	otázky											
kategorie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č. 2: Výsledky techniky „nedokončené věty“ po programu muzikoterapie u klienta Sluníčko - chlapec 4 roky.

	Sluníčko											
	otázky											
kategorie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č. 1: Klient byl při první aplikaci techniky bez jakékoli pozornosti. Na většinu otázek neodpověděl. Pouze 2 odpovědi spadají do jedné pozitivní kategorie (6). Do negativních kategorií spadá zbylých 10 odpovědí (14, 13).

Tabulka č. 2: Klient po absolvování programu oživil a viditelně zpozorněl, začal reagovat na některé otázky. Začaly ho zajímat mé papíry s „nedokončenými větami“ a dokonce z nich četl čísla. Do pozitivních kategorií spadá 6 odpovědí (3, 4, 6). Do negativních odpovědí spadá zbylá polovina 6 odpovědí (14).

Ze srovnání obou tabulek vyplývá, že po aplikaci muzikoterapeutického programu výrazně narostly pozitivní odpovědi o 4, čímž se vyrovnal počet kladných a záporných odpovědí. Z toho lze vyvodit, že program tomuto klientovi přinesl pozitivnější naladění. Z odpovědí je zřejmé, že se po aplikaci programu více soustředil na kategorie vypovídající o radosti z obyčejné činnosti, zábavy, na cíle něco dokázat a zvládnout a na myšlenky na domov a zázemí.

Výsledky techniky „mandaly“ u klienta Sluníčko:

Klient při kreslení prvního obrázku měl dobrou náladu, byl uzavřenější, ale spolupracoval. Začal vybarvovat od prostředku – to značí jeho soustředěnost. Vybral si jako první barvu žlutou vyznačující se jasnou myslí a vůlí, také může znamenat pozitivní naladění klienta. Celý obrázek vybarvil žlutě. Nakonec použil zelenou, se kterou kreslil krátce spíše a mimo mandalu – výměna barvy chlapce vyvedla z koncentrace. Při vybarvování mandalu nepřetahoval, ale nerespektoval konkrétní tvary ní – neschopnost soustředit se na detail. Mandalu vybarvil celou od prostřed až ke kraji – vytrvalost. Mandala září jako sluníčko, z čehož usuzuji, že byl klient v dobré náladě.

Po programu byl klient dobře naladěný, dokonce něco sám vyprávěl, reagoval na mou přítomnost. Kreslit se mu zpočátku nechtělo. Poté vzal červenou barvu a jemně vybarvil celou mandalu – červená se vyznačuje energií a silou. Poté vzal světle zelenou barvu a lehce červenou doplnil – vyjadřuje vitalitu. Mandalu nepřetahoval, ale detaily tvarů vůbec nerespektoval – neschopnost se soustředit na detail. Druhá mandala působí jemněji a díky použitým barvám živěji.

Tabulka č. 1: Výsledky techniky „nedokončené věty“ před programem muzikoterapie u klientky Hruška - dívka 4 roky.

	Hruška											
	otázky											
kategorie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č. 2: Výsledky techniky „nedokončené věty“ po programu muzikoterapie u klientky Hruška - dívka 4 roky.

	Hruška											
	otázky											
kategorie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č. 1: Klientka byla při první aplikaci techniky neklidná a nesoustředěná. Na některé otázky vůbec neodpovídala. Pouze 3 odpovědi spadají do pozitivních kategorií (3, 4, 12). Zbýlých 9 odpovědí spadá do negativních kategorií (13, 14).

Tabulka č. 2: Klientka po absolvování programu oživila a byla pozornější, dokonce začala sama od sebe vyprávět. Vyprávění se většinou týkalo domova. Do pozitivních kategorií spadá 5 odpovědí (1, 3, 6). Do negativních kategorií spadá zbylých 7 odpovědí (14). Převažují tedy negativní kategorie.

Ze srovnání obou tabulek vyplývá, že po aplikaci muzikoterapeutického programu přibyly 2 kladné odpovědi, což sice nezměnilo převahu negativních kategorií, ale je zde pozorovatelná změna k lepšímu. Z toho vyvozují, že program byl pro klientku přínosem. Z odpovědí je zřejmé, že po aplikaci programu byla klientka upovídanější, mluvila více o domově a o běžných zálibách.

Výsledky techniky „mandaly“ u klientky Hruška:

Klientka si ke kreslení sedla se samozřejmostí, hned začala kreslit. První tahy byly mimo střed mandaly – nesoustředěnost, roztěkanost. Prvně použila svou oblíbenou duhovou pastelku, postupně vystřídalala dalších šest barev, poslední použila černou, jako kdyby chtěla hezký obrázek nakonec pokazit. Také použila fialovou – signalizující vnímavost, červenou signalizující energii, modrou, která může vyjadřovat naději a oranžovou, která mimo kreativitu může značit nevybitou energii pudů. Na obrázku je sice vidět, že se klientka pokouší trefit se do tvarů uprostřed mandaly, ale ve skutečnosti se k nim jen mírně přibližuje. Dalo by se to charakterizovat jako silné přetahování přes okraje – neschopnost udržet formu a malá citlivost pro detail (možná to způsobuje špatná jemná motorika klientky). Mandala je vybarvená až po okraje, jsou zde sice světlá místa, ale ty přisuzují špatné jemné motorice – trpělivost klientky. Celkově mandala působí trochu chaoticky, ale živě až kreativně.

Při kreslení druhé mandaly, byla klientka kreslením hodně nadšená. Nakreslila napodruhé dokonce dvě mandaly a ještě obrázek na druhou stranu papíru. U obou mandal začala používat nejprve červenou barvou – k tomu přisuzují získání energie proběhlým programem a získání síly. Uprostřed jedné ze dvou mandal použila opět černou barvu, což vypovídá nejspíš o nějakém vnitřním napětí, či únavě. Dále se zde

objevují barvy modrá – naděje, zelená – vitalita, fialová – citlivost. Při takovéto barevnosti usuzuji, že mandala působí celkově spíše pozitivně a energicky. Co se týče přetahování hranic mandaly, je dosti podobné jako u prvního obrázku – klientka má stále problém uchovat nějakou formu a zaměřit se na detail, avšak opět se o to alespoň pokusila. Z mého pohledu klientku program muzikoterapie vede k silnější potřebě se vyjádřit a dát najevo své cítění.

Tabulka č. 1: Výsledky techniky „nedokončené věty“ před programem muzikoterapie u klientky Holubička - dívka 4 roky.

	Holubička											
	otázky											
kategorie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č. 2: Výsledky techniky „nedokončené věty“ po programu muzikoterapie u klientky Holubička - dívka 4 roky.

	Holubička											
	otázky											
kategorie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č. 1: Klientka byla při první aplikaci techniky velice tichá, komunikovala minimálně. Odtahovala se. Pouze 2 její odpovědi spadají do pozitivních kategorií (3). Zbýlých 10 odpovědí spadá do negativních kategorií (2, 5, 13, 14).

Tabulka č. 2: Klientka se po absolvování programu trochu více otevřela, byla přístupnější. Více odpovídala na otázky. Odpovědi se týkaly jejích zálib a zdraví. Do pozitivních kategorií spadá 6 jejích odpovědí (1, 3, 12). Do negativních kategorií spadá zbylá polovina tedy 6 odpovědí (13, 14). Kategorie negativních a pozitivních odpovědí jsou tedy vyrovnané.

Ze srovnání obou tabulek vyplývá, že po aplikaci muzikoterapeutického programu přibyly 4 kladné odpovědi, což vyrovnalo obě kategorie. Klientka zprvu hovořila spíše o jídle, nebo se vůbec nevyjadřovala, po aplikaci programu se přeorientovala na odpovědi týkající se zdraví a jejích zálib z čehož vyvozují, že program byl pro klientku přínosem.

Výsledky techniky „mandaly“ u klientky Holubička:

Klientka k vykreslení první mandaly přistoupila poměrně laxně a tiše. Vybrala si pouze jednu pastelku (červenou) a vybarvila s ní celou mandalu – červená je základní barva, může vyjadřovat sílu a energii jako takovou. Vybarvovat začala mimo střed mandaly, ale postupně se k němu dokreslila – před prací byla nesoustředěná, ale postupně se do kreslení zabrala. Vykreslení středu symbolicky naznačuje, že se postupně zkoncentrovala. S kreslením byla poměrně rychle hotová – je možné, že probandka, neměla trpělivost se s obrázkem dlouho vykreslovat. Co se týče zachování tvarů uvnitř mandaly, dívka neměla potřebu je respektovat. Při vykreslování zachovala mandalu jako celek a okraje samotné mandaly přetahovala minimálně. Byla zde sice snaha mandalu vykreslit celou, ale z nějakého důvodu nejsou dotažené okraje – může to naznačovat, že klientka nechtěla přetahovat a tak pro jistotu nedotahovala. Obrázek celkově působí roztrhaně, ale barva je příjemná.

U druhého obrázku klientka vypadala spokojeněji a zdálo se že má chuť kreslit. Jako hlavní barvu si vybrala oranžovou – to je vlastně světlejší červená, což neznamená jen energii, ale i tvůrčí energii. Touto barvou začala kreslit uprostřed – silnější koncentrace, než u předešlého obrázku. Klientka použila další dvě barvy. Žlutá – jasnost mysli, fialová citlivost a vnímavost. Klientka přetahovala jako při

prvním obrázku, jen díky barevnosti je zde vidět změna – dívka se snaží barvami vystihnout tvary uvnitř mandaly – zvýšený cit pro detail. Klientka neměla trpělivost vybarvit mandalu celou - program u ní vyvolal větší živost a brzy si chtěla jít hrát. Dokonce klientka začala experimentovat a zkusila kreslit i mimo mandalu – rozšíření tvořivosti. Celkově obrázek působí tvořivěji, než první, je barevný a veselý.

Tabulka č. 1: Výsledky techniky „nedokončené věty“ před programem muzikoterapie u klienta Jablíčko - chlapec 5 let.

	Jablíčko											
	otázky											
kategorie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č. 2: Výsledky techniky „nedokončené věty“ po programu muzikoterapie u klienta Jablíčko - chlapec 5 let.

	Jablíčko											
	otázky											
kategorie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č. 1: Klient byl při první aplikaci techniky nesoustředěný, často koukal kamsi před sebe, nebo si všímal ostatních dětí a na otázky moc nereagoval. Pouze když jsem se dotkla otázkou jeho oblíbené činnosti, znatelně oživil a chvíli povídal. Při rozhovoru byl milý. 5 jeho odpovědí spadá do pozitivních kategorií (3, 4, 12). Zbýlých 7 odpovědí spadá do negativních kategorií, kde se spíše jednalo o mlčení (14).

Tabulka č. 2: Klient se po absolvování programu velice rozpovídal, spíše jsem poslouchala a on vyprávěl. Odpovědi se týkaly jeho oblíbených činností a také jeho snů a přání. Do pozitivních kategorií spadá 6 jeho odpovědí (3, 12). Do negativních kategorií spadá zbylá polovina tedy 6 odpovědí (5, 13, 14). Kategorie negativních a pozitivních odpovědí jsou tedy vyrovnané.

Ze srovnání obou tabulek vyplývá, že po aplikaci muzikoterapeutického programu přibyla 1 kladná odpověď, což vyrovnilo obě kategorie. Klient byl zpočátku více zamlklý a nesoustředěný, po aplikaci programu byl upovídaný až hlasitý. Velice živě mluvil o tom, co rád dělá a co by si přál. Z toho usuzuji, že u klienta program podpořil především jeho komunikační schopnosti a dodal mu sebedůvěru.

Výsledky techniky „mandaly“ u klienta Jablíčko:

Při kreslení prvního obrázku chlapec začal uprostřed a střed vybarvoval velice dlouho – úplně zabránil do obrázku. Tím nejspíš zjistil, že by vybarvování celého obrázku trvalo ještě déle, tak jej raději nevybarvil úplně – ztráta koncentrace. Použil doprostřed fialovou – citlivost, vnímavost, dále použil modrou – vyjadřuje naději, světle oranžovou – jemná kreativita, žlutá – jasná mysl. V prvním obrázku klient téměř nepřetahuje, snaží se zachovat tvar – silný cit pro detail. Obrázek však vykreslil pouze ze čtvrtiny, ale naznačil vyváženost barev. Celkový dojem z obrázku je příjemný, ale neúplný.

Při kreslení druhého obrázku po programu klient začal kreslit opět velice dlouho střed mandaly, poté vykreslil některé tvary a poté opět ztratil trpělivost, ale chtěl obrázek vybarvit, tak začal po obrázku čmárat, aby jej zaplnil. Použil podobné barvy jako u předchozího obrázku, s rozdílem, že střed vybarvil oranžovou – tvůrčí síla a kreativita. Až začmáral mandalu, dovolil si experimentovat a nakreslil na zadní stranu vlastní obrázek – program jej nastartoval k vlastní tvorbě a originalitě.

Celkový dojem z mandaly je roztržitý, na první pohled je to čmáranice přes hezky započatý obrázek. Avšak obrázek na druhé straně ukazující klientovo sebe vyjádření, je příjemný a barevný.

Tabulka č. 1: Výsledky techniky „nedokončené věty“ před programem muzikoterapie u klienta Veverka - dívka 3,5 roku.

	Veverka											
	otázky											
kategorie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č. 2: Výsledky techniky „nedokončené věty“ po programu muzikoterapie u klienta Veverka - dívka 3,5 roku.

	Veverka											
	otázky											
kategorie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č. 1: Klientka byla při první aplikaci techniky dobře soustředěná. Dobře reagovala na otázky. Což vyplývá také z jejího zdravotního stavu. Na otázky „nedokončených vět“ které se často opakují, reagovala nechápavě, ale odpovídala, nad odpověďmi se zamýšlela, ale často odpovídala „nevím“. 4 z jejích odpovědí spadají do pozitivních kategorií (1, 3, 6). Zbýlých 8 jejích odpovědí spadá do negativních kategorií, ve kterých převažovalo slovo „nevím“ (13, 14).

Tabulka č. 2: Klientka po absolvování programu byla opět soustředěná, její zájmy však spadaly ke hraní si s oblíbenými hračkami. Na otázky odpovídala spíše z povinnosti ke mě jakožto k dospělému. Její odpovědi směřovaly právě k tématu hraní si a k tématu domova. Do pozitivních kategorií spadá 6 jejích odpovědí (1, 3, 6). Do negativních kategorií spadá zbylá polovina tedy 6 odpovědí (13, 14). Kategorie negativních a pozitivních odpovědí jsou tedy vyrovnané.

Ze srovnání obou tabulek vyplývá, že po aplikaci muzikoterapeutického programu přibyly 2 kladné odpovědi, což vyrovnalo obě kategorie. Klientka zprvu hovořila v obou případech o svých radostech a zálibách avšak dávala jasně najevo, že ji dotazování nijak nebaví. Z porovnání těchto tabulek vyplývá, že po programu došlo pozitivnějšímu naladění klientky.

Výsledky techniky „mandaly“ u klientky Veverka:

Při prvním kreslení mandaly klientka s radostí popadla pastelky a začala vybarvovat. Začala vykreslovat od středu ven po celou dobu se tohoto způsobu držela – silná koncentrace při práci. Použila zde 8 různých barev. Růžová – něha, oranžová - kreativita, žlutá – jasná mysl, červená – energie, modrá – naděje, volnost a zelená vitalita. Klientka téměř nepřetahovala a držela se tvarů uvnitř mandaly – smysl pro detail. Mandalu vykreslila úplně celou – veliká trpělivost. Mandala působí klidným a vyrovnaným dojmem, je veselá a jemná. Po dokreslení si chtěla klientka mandalu vzít domů.

Při vybarvování druhé mandaly klientka již věděla, že obrázek nebude její, a tak se do kreslení moc neměla. Postup vykreslování byl stejný jako u prvního obrázku, ale obrázek nedokončila – nechtěla se s ním zbytečně dělat, když si ho nemůže vzít domů. Použila podobné barvy jako u prvního. Použila však více růžové – něha, citlivost, a více zelené – vitalita. I když obrázek není dokončený, má v sobě

sytlejší barvy než ten předchozí a barvy působí plnějším dojmem – programem
nabyla více jistou a energii.

Tabulka č. 1: Výsledky techniky „nedokončené věty“ před programem muzikoterapie u klienta Poupátko - dívka 7 let.

	Poupátko											
	otázky											
kategorie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č. 2: Výsledky techniky „nedokončené věty“ po programu muzikoterapie u klienta Poupátko - dívka 7 let.

	Poupátko											
	otázky											
kategorie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č. 1: Klientka byla při první aplikaci techniky nesoustředěná, zahloubaná do sebe. Na otázky téměř nereagovala. Buď mlčela, nebo odpovídala, že neví. 1 z jejích odpovědí spadá do pozitivní kategorie (3). Zbylých 11 jejích odpovědí spadá do negativních kategorií, ve kterých převažovalo slovo „nevím“ či mlčení (14).

Tabulka č. 2: Klientka po absolvování programu byla mnohem přístupnější. Opět byla ale velice tichá, usmívala se. Do pozitivních kategorií spadají pouze 2 její odpovědi (3). Do negativních kategorií spadá zbylých 10 odpovědí (14). Kategorie negativní tedy hluboce převažují nad pozitivními odpověďmi.

Ze srovnání obou tabulek vyplývá, že po aplikaci muzikoterapeutického programu přibyla 1 kladná odpověď ze dvou. Z tohoto srovnání usuzuji, že své vnitřní prožitky nedokáže nebo nechce vyjádřit slovy, usuzuji tak z jejího ustavičného mlčení a z jejího úsměvu, který doprovázel náš rozhovor“.

Výsledky techniky „mandaly“ u klientky Poupátko:

Klientka při prvním kreslení měla z vybarvovací mandaly radost, často opakovala slova „to je hezký“. Vybarvovat začala úplně mimo mandalu, byly to spíše takové čáranice (vyplývající ze špatného držení tužky) – klientka byla s pozorností úplně „mimo sebe“. Jako první a hlavní barvu si vybrala černou – strach, netvořivost, šedivost. Postupně se začala přibližovat k okraji mandaly, až se dostala dovnitř. Tam chvíli setrvala a stihla vystřídat žlutou – jasnost, růžovou – něha a hnědou – zemitost, reálnost. Po vystřídání těchto barev se opět vrátila mimo obrázek mandaly – byla zde vidět snaha o soustředění se. Klientka však měla tendenci pořád „utíkat“ z těla mandaly ven – symbolicky řečeno, utíkala mimo sebe sama a svou koncentraci. Na tvar mandaly a malé tvary uvnitř klientka vůbec nereagovala – neschopnost vnímat širší souvislosti. Mandala působí trhaně a chaoticky.

Při druhém vybarvování po programu muzikoterapie klientka měla opět radost, že bude kreslit. Nyní začala s vybarvováním uvnitř mandaly – vidím v tom veliký pokrok, je zde větší vnímavost dívky a má lepší koncentraci. Použila 4 základní barvy. Světle modrou – touha po volnosti, naděje, žlutá - jasnost mysli, vůle, růžová – citlivost a vnímavost a oranžová – kreativita (byla použita jen málo). Mandalu sice úplně nevybarvila, ale ve srovnání s předešlou jde o velkou změnu. Ke konci

vybarvování však opět vyklouzla z prostoru mandaly mimo ni – z toho vyvozují, že program muzikoterapie sice dívku na chvíli zkoncentroval, ale postupně zas v průběhu kreslení soustředění ztrácela. Mandala sice vypadá chaoticky, ale ve srovnání s tou první působí velice pozitivně a bary jsou použity v příjemné kombinaci – vnitřní naladění po muzikoterapii se dívce markantně zlepšilo.

Tabulka č. 1: Výsledky techniky „nedokončené věty“ před programem muzikoterapie u klienta Mráček - chlapec 6 let.

kategorie	Mráček											
	otázky											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č. 2: Výsledky techniky „nedokončené věty“ po programu muzikoterapie u klienta Mráček - chlapec 6 let.

kategorie	Mráček											
	otázky											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č. 1: Klient byl při první aplikaci techniky klidný, usměvavý, poměrně komunikativní. Dokonce se sám rozpovídal o svých oblíbených hračkách. 4 z jeho odpovědí spadají do pozitivních kategorií (1, 3, 6). Zbýlých 8 odpovědí spadá do negativních kategorií, ve kterých převažovalo slovo „nevím“ (14). Klientovi připadaly otázky příliš podobné.

Tabulka č. 2: Klient po absolvování programu viditelně zpozorněl, bylo znát, že si se mnou rád povídá. Do pozitivních kategorií spadá 5 odpovědí (1, 3, 4). Do negativních odpovědí spadá zbylých 7 odpovědí (14).

Ze srovnání obou tabulek vyplývá, že po aplikaci muzikoterapeutického programu přibyla 1 kladná odpověď. Z toho lze vyvodit, že program tomuto klientovi příliš nezměnil jeho vnitřní prožívání. Nepatrná změna však proběhla a to k lepšímu. Z odpovědí je zřejmé, že se po aplikaci programu klient více soustředil na kategorie vypovídající o jeho tužbách a cílech, o lásce ke zvířatům a každodenních oblíbených činnostech.

Výsledky techniky „mandaly“ u klienta Mráček:

Chlapec byl milý, kreslit se mu chtělo. Kreslit začal od prostředku – byl koncentrovaný na prováděnou činnost. Pak ale začal přeskakovat od středu ke kraji mandaly – nedočkavost. Použil dohromady 8 barev, ale obrázek nedokončil – netrpělivost. Použil červenou – síla a energie, modrou – touha po prostoru, zelená – vitalita, žlutá – jasná mysl, hnědá – zemitost, reálnost, oranžová – kreativita, černá – únava, nepříjemné naladění. Klient se snažil respektovat tvary v mandale, jen mírně přetahoval okraje – cit pro detail a schopnost vnímat jednotlivé prvky celku. Obrázek je nedokončený, působí roztrhaně a nevyrovnaně, kombinace některých barev je však příjemná a pozitivně laděná.

Na kreslení druhého obrázku se klient těšil. Vybarvovat začal od prostředku – schopnost koncentrace. Postupně pak vybarvoval jednu polovinu mandaly, druhou část již úplně nedokreslil. Používal hodně duhovou pastelku – z toho vyvozuji, že klient měl radost z tvoření. Dále používal oranžovou – kreativita klienta, žlutá – jasnost mysli, modrá – vyjadřuje naději, červená – síla, hnědá – reálnost a zemitost. Klient se snažil držet vnitřní strukturu mandaly – smysl pro celek detail. Mandala sice není dokreslená, ale oproti předchozí působí mnohem plnějším dojmem

rozvernou náladou. Na klienta nejspíš program muzikoterapie působil podnětně a přiměl ho ke kreativě.

Tabulka č. 1: Výsledky techniky „nedokončené věty“ před programem muzikoterapie u klienta Hvězdička - chlapec 7 let.

	Hvězdička											
	otázky											
kategorie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č. 2: Výsledky techniky „nedokončené věty“ po programu muzikoterapie u klienta Hvězdička - chlapec 7 let.

	Hvězdička											
	otázky											
kategorie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Tabulka č. 1: Klient byl při první aplikaci techniky klidný a zahloubaný do sebe. Na některé otázky odpovídal s náznakem zájmu, ale styděl se. 3 z jeho odpovědí spadají do pozitivních kategorií (3, 6). Zbýlých 9 odpovědí, ve kterých převažovalo mlčení, spadá do negativních kategorií, (14). Zde převažují záporné kategorie.

Tabulka č. 2: Klient po absolvování programu působil opět klidně, dával mi najevo, že mu dělá dobře má pozornost. Jeho odpovědi byly nenápadné ale se zájmem. Do pozitivních kategorií spadá 6 odpovědí (3, 4, 6, 12). Do negativních odpovědí spadá druhá polovina 6 odpovědí (5, 14).

Ze srovnání obou tabulek vyplývá, že po aplikaci muzikoterapeutického programu přibýly 3 kladné odpovědi. Z toho lze vyvodit, že program klientovi změnil jeho vnitřní prožívání k lepšímu. Z odpovědí je zřejmé, že se po aplikaci programu klient více soustředil na kategorie vypovídající o jeho tužbách a cílech, o lásce ke zvířatům a každodenních oblíbených činnostech.

Výsledky techniky „mandaly“ u klienta Mráček:

Klient působil při prvním kreslení jemně a klidně, na pohled byl do kreslení velice zahloubaný. Vybarvovat začal od středu a systematicky pokračoval téměř až ke kraji mandaly. Používal hodně světlé barvy. Růžová – ukazuje jemnost osobnosti, fialová – vnímavost, modrá vypovídá o naději, žlutá – vypovídá o jasné mysli. Chlapec se snažil zachovat tvary uvnitř mandaly, ale trochu přetahoval a tvary nikdy nevybarvil úplně – je to nejspíš způsobeno špatným držením tužky a neustálým třesem jeho horních končetin. Obrázek je poloprázdný – není propojen kraj mandaly se středem – špatná komunikace vnitřního světa s vnějším prostředím. Celkově mandala působí skoro neviditelně až průhledně. barvy jsou však pozitivně laděny, až naivně.

Při druhém kreslení po programu muzikoterapie byl klient v dobré náladě a opět oplýval klidem. Vybarvovat začal od prostředku a pokračoval systematicky od středu ke kraji, tentokrát zaplnil téměř celou mandalu – větší interakce vnitřního světa s vnějším. Použil dohromady asi 8 barev. Ty nejpoužívanější jsou žlutá – jasnost myšlení, růžová – jemnost, modrá - touha po vlastním prostoru, hnědá – zemitost, zelená – vitalita, černá – strach, nejistota (může souviset se ztrátou otce, kterou si ještě neuvědomuje). Oproti prvnímu obrázku jsou zde barvy rozmanitější a

reálnější – z toho vyplývá, že program chlapce podnítil k výraznějšímu kreativnímu projevu. Mandala celkově působí plněji než první a i přes to že zde byla použita černá a šedá, obrázek působí poměrně pozitivně.

5.3 Diskuse k výukovému programu

Při práci s dětmi v programu bylo důležité, aby je terapeutické techniky bavily. Ke vtažení dětí do činnosti, je potřeba motivace, různorodost a hraví přístup k tvoření. Podíváme-li se do kapitoly 4.4 Výukový program muzikoterapie v daném pracovišti, najdeme zde techniky a cvičení, kde jsou všechny tyto složky bohatě zastoupeny.

Z počátku programu bylo znát nejistotu dětí vůči novým neznámým cvičením, ale po několika opakováních se děti stále více otvíraly těmto přístupům. Již po několika hodinách většina z nich znaly písničky a dokonce i některá pohybová cvičení.

Do programu se zapojovaly všechny děti. Samozřejmě jako každý i děti přicházely na program s různými náladami a ty vždy ovlivňovaly jejich chování při průběhu muzikoterapie. Bylo však zřejmé, že i když děti přicházely s netečnou smutnou, rozzlobenou náladou, vždy se postupně nechaly vtáhnout do děje terapie a zafungoval u nich uvolňující proces terapie, na který se dalo navázat každou novou hodinu.

Zajímavé bylo pozorovat děti, které se většinou aktivit s ostatními dětmi nezapojují. Bylo zde několik náznaků, kdy se plnohodnotně do programu zapojily. Jak vyplývá z výsledků výzkumu, i děti, které jsou obvykle tiché a mírné, měly bouřlivé a radostné reakce. Podle mého názoru vše tímto způsobem fungovalo hlavně díky zajímavému a podnětnému programu paní Mgr. Pšeničkové.

Při vyhodnocování výzkumu jsem využila techniku pozorování, nedokončených vět a vybarvování mandal. Tyto tři techniky se výborně doplňují. Pozorování pro mě bylo důležité hlavně v průběhu programu, kdy jsem měla

možnost sledovat postupné změny v chování dětí. Technika nedokončené věty byla podle mého názoru zvolena ne úplně šťastně. Zjistila jsem, že pro děti předškolního věku je tato metoda poměrně složitá na pochopení. Také pro ně bylo obtížné vymyslet tolik variant odpovědí, které tato metoda vyžaduje. Často jsem se setkala s tím, že dětem se špatně vciťovalo do situace, kdy si mohou vymyslet a přát cokoli a to bylo obtížné také pro mě, protože jsem musela vymýšlet nové a nové otázky, jak se dětí zeptat, aby se jim lépe odpovídalo. Hlavním důvodem, proč jsem si tuto metodu zvolila, je především to, že se nejedná o psychologické testování, a proto není nutná přítomnost psychologa, či psychiatra. Metodu vybarvování mandal jsem zvolila jako doplňkovou metodu, která má podtrhnout viditelné změny před programem a po programu.

Jak ukazují výsledky, na odborné otázky lze odpovědět jednoznačně kladně. Zkoumala jsem zda je aplikovaný program pro děti přínosný a zajímavý a zda tento program u dětí ovlivní jejich hodnotovou orientaci. Jak jsem již výše zmínila, při pozorování v průběhu programu dávaly děti jasně najevo zájem o náplň programu. Ve výzkumu pomocí techniky nedokončené věty tabulky všech dětí nasvědčují tomu, že po programu se všem dětem změnila hodnotová orientace a to hlavně v pozitivním slova smyslu. Také technika vybarvování mandal ukázala, že vždy po programu byly děti v lepší psychické pohodě a dobrém rozpoložení.

Projitím výsledků všech těchto technik, jsem došla k závěru, že muzikoterapeutický program klienty ovlivnil hlavně v pozitivním slova smyslu. Při jeho průběhu bylo vidět, že jej klienti velmi dobře přijímali. Důkazem toho je hlavně jejich aktivní účast a kreativita, kterou většina z nich k programu sami vložili.

Program tedy shledávám za velmi dobře promyšlený a dětem prospěšný.

6 ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ DO PRAXE

Cílem experimentálního šetření bylo sledování vlivu muzikoterapeutického programu na změnu hodnotové orientace klientů a na jejich celkový přístup k programu. Výsledky ukazují, že za dobu 3 měsíců došlo k pozitivním změnám v obou případech odborných otázek u všech členů experimentálního souboru. Velice příznivý je i fakt, že tyto pozitivní změny vyplynuly ze všech třech výzkumných technik nezávisle na sobě. Přes všechny dobré výsledky je však podle mého názoru doba 3 měsíce velice krátká na konečné závěry z působení tohoto programu. Domnívám se, že bude-li se působit muzikoterapeutickým programem na děti se zdravotním postižením předškolního věku dlouhodoběji, dojde určitě k mnoha podstatnějším pozitivním změnám nejen po psychické stránce, ale i z pohledu na rozvoj hrubé a jemné motoriky těchto dětí.

Muzikoterapeutický program dětem umožňuje poznat úplně nové, zajímavé aktivity, jejichž úkolem je pozitivně ovlivňovat vývoj jednotlivce. Zároveň mají děti možnost svobodně projevit svou kreativitu a hravost úplně přirozenou formou – skrze hudbu. Nejen že je pro ně hudba dobrým prostředkem k jiné formě komunikace. Muzikoterapie dětem také přináší dobrý základ k získání citového vztahu k hudbě, který může, jak všichni dobře víme radostně obohatit lidské prožívání a kvalitu života člověka.

Věřím, že program muzikoterapie v centru ARPIDA bude nadále pokračovat jako doposud a děti budou mít možnost od programu získat všechny výše vyjmenované kvality.

Doporučila bych, aby takovéto formy muzikoterapie pronikaly i do jiných organizací zabývajících se prací s lidmi se zdravotním postižením. Zároveň bych doporučila nabízet techniky tohoto programu rodičům dětí se zdravotním postižením, které by mohli společně doma praktikovat. Techniky jsou podle mého názoru použitelné též u zdravých dětí, a tak bych je doporučila i do běžných mateřských škol, neboť možnost uplatnění kreativity, spontánnosti při práci s hudbou a vytvoření si kladného vztahu k hudbě se hodí do života každému člověku.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BURSOVÁ, M. *Kompenzační cvičení uvolňovací, protahovací, posilovací*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0948-1.
- FELBER, R., REINHOLD, S., STÜCKRT A. *Muzikoterapie terapie zpěvem*. Stuttgart: Fabula, 2000. ISBN 80-86600-24-6.
- HALPERN, S., LINGRMAN, A. H. *Muzikoterapie, léčivá síla hudby*. Eko-konzult, 2005. ISBN 80-8079-044-2.
- JANKOVSKÝ, J. *Somatická a psychologická hlediska; Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: TRITON, 2001. ISBN 80-7254-192-7.
- KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Brno: ANAG, 2005. ISBN 80-7263-275-2.
- KRÁSOVÁ, V., KRAUSOVÁ, A. *Pes a dítě s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0953-4.
- KURSOVÁ, V. *Integrace osobnosti a podpora rozvoje zdraví u mentálně postižených jedinců pomocí pohybových aktivit*. [disertační práce]. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 2007. 143 s. + CD-ROM.
- LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna: Gloria, 1997. ISBN 80-901834-4-1.
- MAREK, V. *Hudba jinak*. Praha: Eminent, 2003. ISBN 80-7281-125-8.
- MÁTEJOVÁ, Z., MAŠURA, S. *Muzikoterapie v speciální a léčebné pedagogice*. Praha: SPN
- MAZAL, F. *Pohybové hry a hraní*. Olomouc: Hanex, 2000. ISBN 80-85783-29-0.
- MOJŽÍŠOVÁ, A., TÓTHOVÁ, V. *Pravda o zooterapii*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2003. ISBN 80-7040-608-9.
- MÜLLER, O. a kol. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0231-9.
- NOVOSAD, L. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením, kapitoly ze socializace handicapu*. Liberec: Technická univerzita, 1998. ISBN 80-7083-268-1.

- PAYNE, H. *Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-213-0.
- PEROUT, E. *Arteterapie se zrakově postiženými*. Praha: Okamžik, 2005. ISBN 80-903247-9-7.
- PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. 80-ISBN 7315-120-0.
- ROMANOWSKA, B. A. *Muzikoterapie Ladičky a léčení zvukem*. Frýdek Místek: ALPRESS, s.r.o., 2005. ISBN 80-7362-067-7.
- SKALKOVÁ, J. a kol. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983. 204 s.
- SLEPIČKA, P., HOŠEK, V., HÁTLOVÁ, B. *Psychologie sportu*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1290-9.
- ŠEDIVÁ, Z. *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. Praha: Septima, 2006. ISBN 80-7216-232-2.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace, vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2003. ISBN80-7178-821-X
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace, vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2006. 80-7367-060-7
- VÁGNEROVÁ, M., HADJ- MOUSSOVÁ, Z., ŠTĚCH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-929-4.
- VÁLKOVÁ, H. *Skutečnost nebo fikce? Socializace mentálně postižených prostřednictvím pohybových aktivit*. [Závěrečná publikace projektu č. RS 97075 Resortního výzkumu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR]. Olomouc: Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci, 2000. ISBN 80-244-0118-5.
- ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie, východiska, koncepty, principy a praxe*. Praha: Portál, 2007. ISBN798-80-7367-237-9.

časopisy

- JIRKŮ, B. Canis terapie je týmová práce. *Můžeš*, 2008, Praha, s. 25. ISSN 1213-8908 .

Internetové zdroje

Alternativní terapie, *Úvod k zooterapii*. [on-line]. [citováno 2008-11-06] Dostupné z: <http://terapie.az4u.info/cs/alternativni-terapie/zooterapie>

Centrum pro zdravotně postižené DANETA, *Dílny s pracovní terapií*. [on-line]. [citováno 2008-11-06] Dostupné z: <http://www.daneta.cz/pracovni-terapie/>

Česká hyporehabilitační společnost, *Hipoterapie je jednou z nejpřirozenějších léčebných metod*. [on-line]. [citováno 2008-11-08] Dostupné z: <http://www.ereska.cz/clanky/hipoterapie.html>

FIALA, P. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. [on-line]. [citováno 2008-11-10] Dostupné z: www.lf1.cz/upload/socialni.doc

HOLČÍK, J. *Zdraví 21*. 2000, [on-line]. [citováno 2008-12-02] Dostupné z: www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf

Klinika zdraví, *Osoby se zdravotním postižením*. [on-line]. [citováno 2008-12-10] Dostupné z: <http://www.klinikazdravi.cz/documents>

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních, *Klasifikace zrakového postižení*. [on-line]. [citováno 2008-12-10] Dostupné z: <http://www.helpnet.cz>

Portál, *Umělecké terapie*. [on-line]. [citováno 2008-12-02] Dostupné z: http://www.tanecniterapie.sk/index.php?seo_url=dramaterapie

Světová zdravotnická organizace v ČR (WHO), *Lidské zdraví*. [on-line]. [citováno 10.12.2008] Dostupné z: http://www.sos-ub.cz/proj_06/lekce4/hyp9.htm

TRÁVNÍKOVÁ, D., SEBERA, M., BLAHUDKOVÁ, M., MUNI, *Psychomotorika*. [on-line]. [citováno 10.12.2008] Dostupné z: http://is.muni.cz/el/1433/test/s_zakazky/ode/022_Sebera/pages/000.html

US Prchlice, *Pracovní terapie*. [on-line]. [citováno 2008-11-06] Dostupné z: <http://www.uspchrlice.cz/dilny.htm>

Senior centrum Blansko, *Pracovní terapie*. [on-line]. [citováno 2008-11-08] Dostupné z: <http://www.ddblansko.cz/pracovni-terapie.html>

Wikipedia, *Slepota*. [on-line]. [citováno 2008-12-10] Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Slepota>

8 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Znění nedokončených vět.

1. Rád(a) bych.....
2. Přeji si, abych.....
3. Kdybych tak.....
4. Doufám.....
5. Jsem.....
6. Nejraději bych.....
7. Nejlepší je, když.....
8. Lidé si myslí, že já.....
9. Někdy přemýšlím o.....
10. Kdybych měl(a) tři kouzelná přání, která se vyplní, přál(a) bych si:
 - 1.....
 - 2.....
 - 3.....

(VÁLKOVÁ, 2000, s. 59).

Příloha č. 2: Výklad kategorií:

1. ZVÍŘATA: vlastnit je, hrát si s nimi, pečovat o ně.
2. JÍDLO (včetně sladkostí, zmrzliny): těšit se na ně, mít je v oblibě, chtít je, konzumovat či kupovat si je.
3. AKTIVITY BĚŽNÉ: hlavně kreslení-malování, práce (obecně i v konkrétní poloze), zpívání, vyšívání, zahradničení, poslech hudby, činnosti spojené s denním režimem a sebeobsluhou, zábavou (jít na ples, pout', diskotéku), odpočívat, spát.
4. ORIENTACE NA VÝKON: mít tendenci něco dokázat, dokončit, naučit se něco, zvládnout něco, být úspěšný, nezklamat.
5. VĚCI (vlastnit je, přát si je): věci denní potřeby, pohádkové-kouzelné (kouzelný prsten, závoj, zlatou rybičku), hračky, věci nákladnější (magnetofon, auto, motorka, satelit).
6. DOMOV: být doma, provádět činnosti spojené s domovem a sourozenci, činnosti typické pro úzký rodinný život (chodit sám do města, mít svoje nádobí a sám si vařit, mít miminko, mít partnera, být s partnerem, založit rodinu, jít pryč odsud, být doma, být s rodinnými příslušníky), mít blízkého kamaráda.
7. POČASÍ: počasí, roční-denní doba: je pěkně, sluníčko, jaro atd.
8. HYPERKRITICHNOST: negativní (hostilní) hodnocení vlastní osoby okolím i sebou samým: hloupý, postižený, škaredý, tlustý, lžu, nemají mě rádi, kdybych raději nebyl, jsem sám.
9. NEKRITICHNOST: pozitivní až nadnesené hodnocení vlastní osoby sebou samým: chytrý, šikovný, pracovitý, hezký, ale také umím číst, psát.
10. CHOVÁNÍ: jsem hodný, poslušný, zlobivý, umím se slušně chovat, přemýšlet o sobě.
11. AKTIVITY SPORTOVNÍ: provádět sportovní činnosti včetně tance, cestování, výletů a vycházek, připravovat se na soutěže, mít sportovní potřeby.
12. IDEÁLY: pomáhat jiným, aby byl mír, lidé se nehádali, mít se dobře, spokojenost, ale i ideály nerealistické (lítat v kosmu, být Zlatovláskou, významnou osobností, něco vykouzlit), dále uvědomění si hodnoty zdraví vlastního i jiných.

13. ABSTRAKTNÍ: nezařaditelné obsahy: uvádění vlastního jména, inkoherní a opakované obsahy, věty, většinou bez kontextu s uvádějící myšlenkou: Jiří, jsem, jsem rád, jsem tady.

14. NEVÍM (VÁLKOVÁ, 2000, s. 33).

Příloha č. 3 (Calimba):



Příloha č. 4 (bubínek):



Příloha č. 5 (dutá žába):



Příloha č. 6 (řachala):



Příloha č. 7 (deštná hole):



Příloha č. 8 (kulit'uky):



Příloha č. 9 (chrastítka z tykve):



Příloha č. 10 (chrastítka):

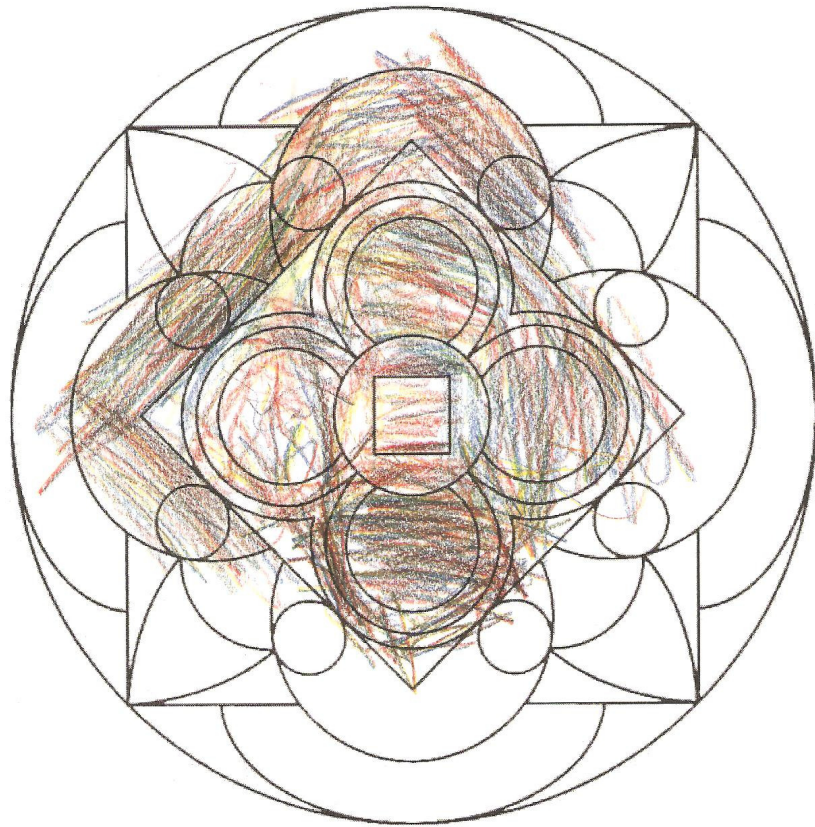


Příloha č.11 (dřevěná zvonkohra):



Přílohy č. 12 – 32 - vybarvené obrázky mandal
(mandaly jsou řazeny v pořadí, jak jsou klienti uváděni
v praktické části).

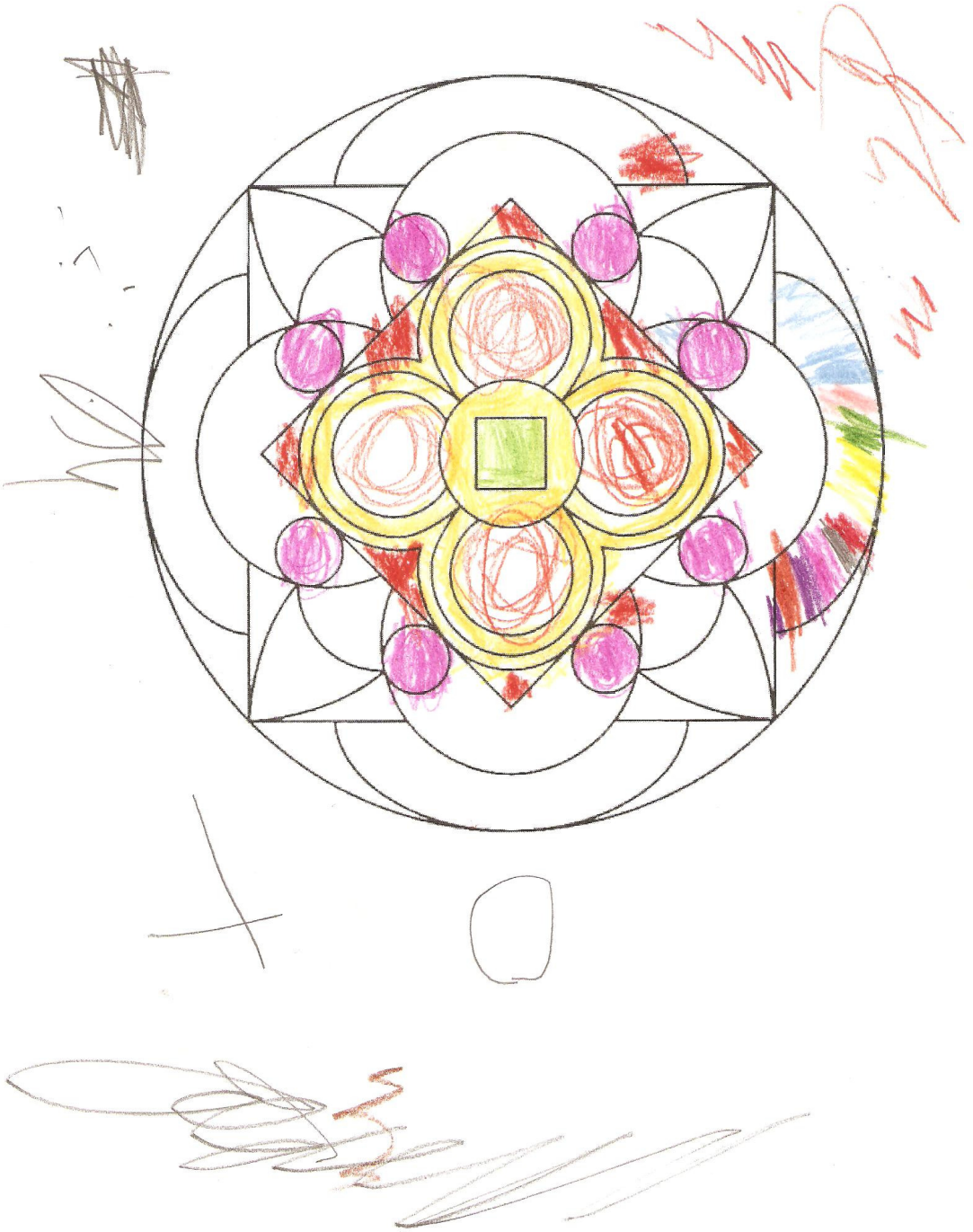
STROMEČEK I



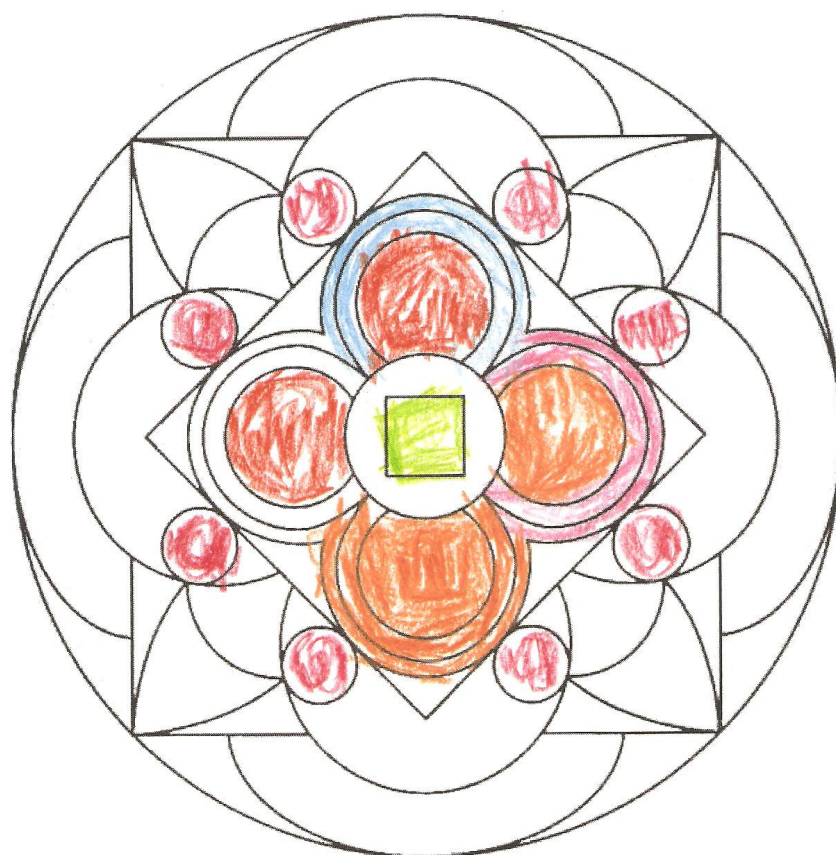
STROMEČEK II



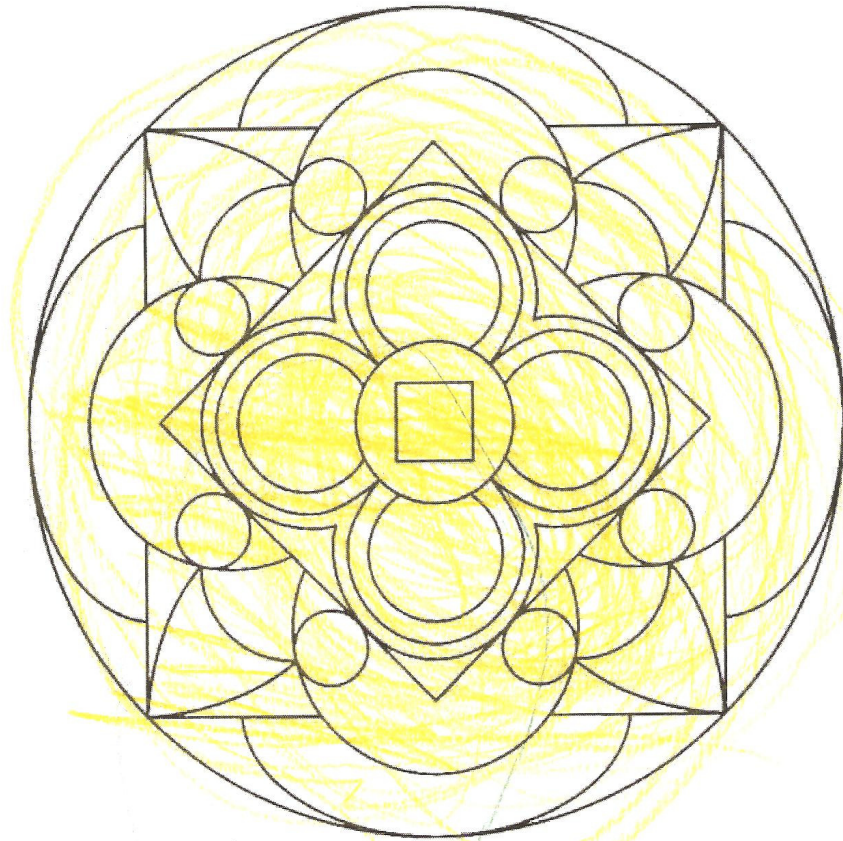
KYTIČKA I



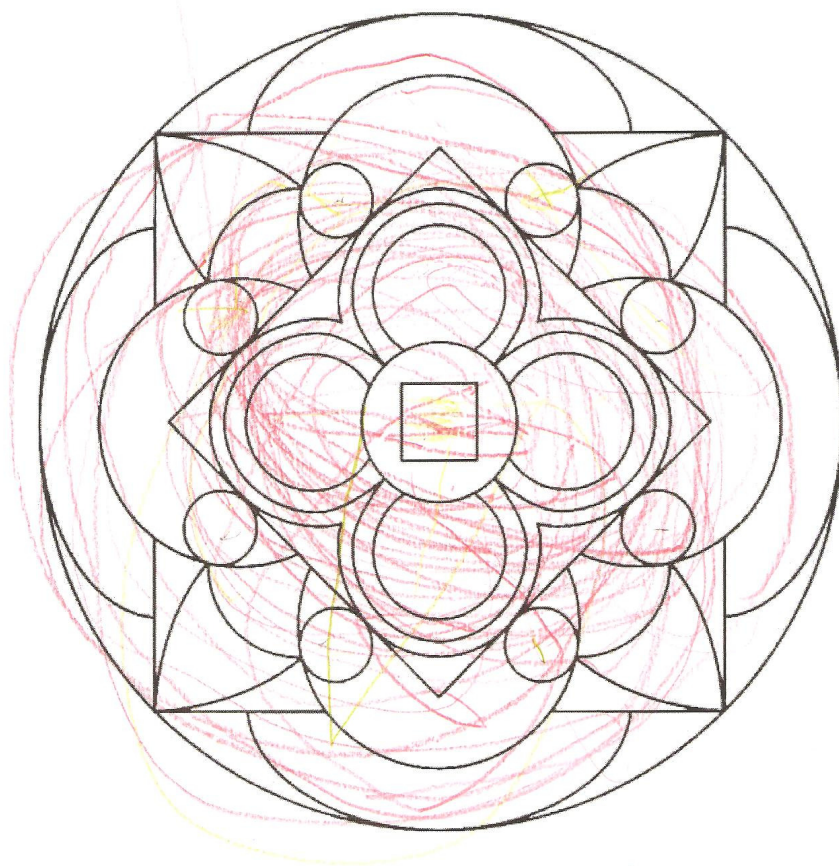
KYTIČKA II



SLUNÍČKO I



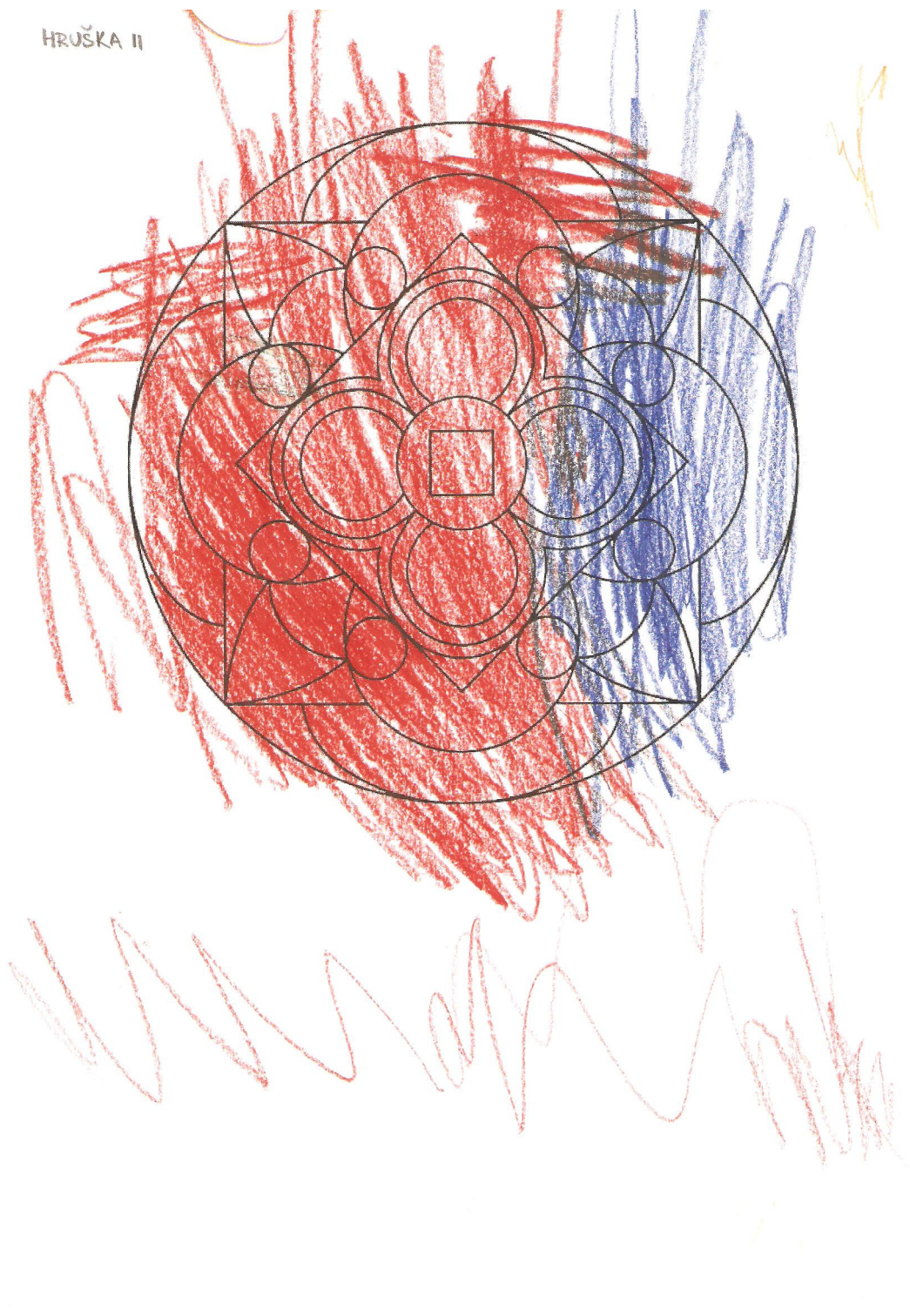
SLUNÍČKOII



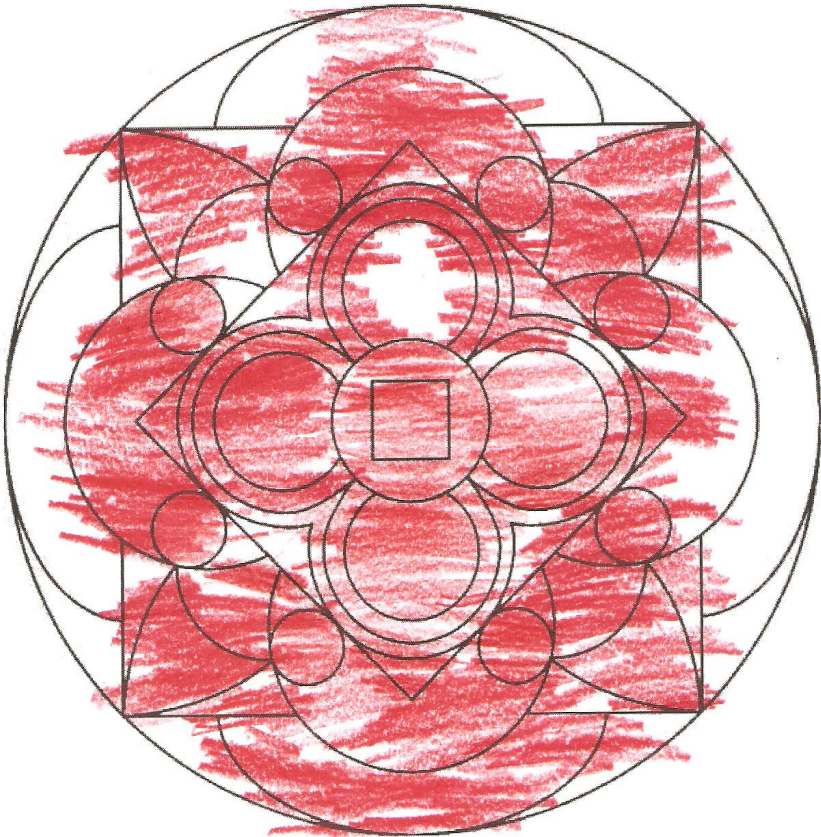
HRUŠKA I



HRUŠKA II



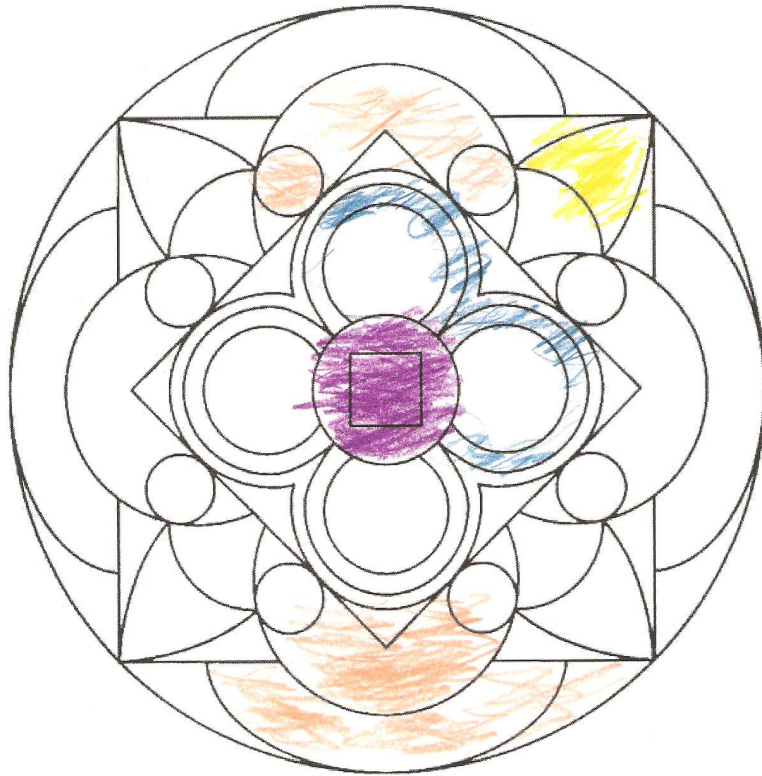
HOLUBIČKA I



HOLUBIČKA II



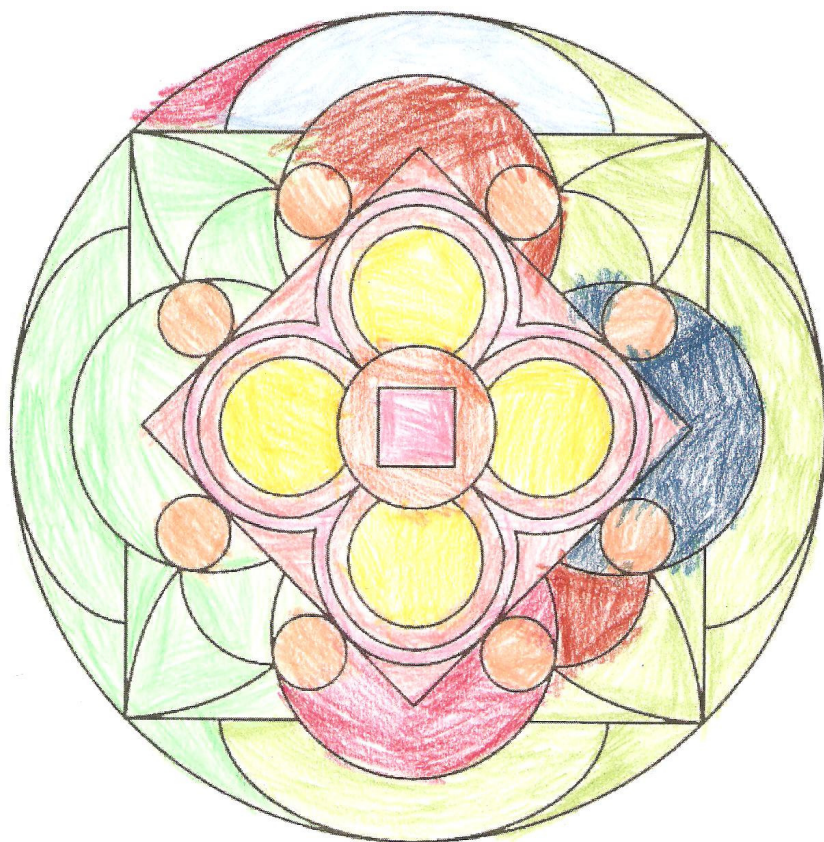
JABLÍČKO



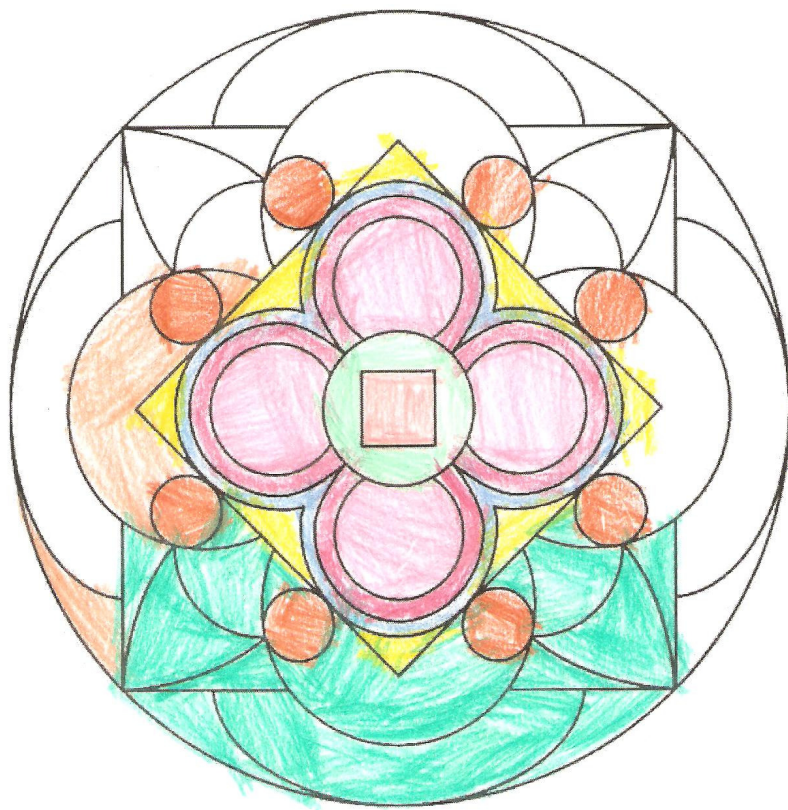
JABLŮKŮ II



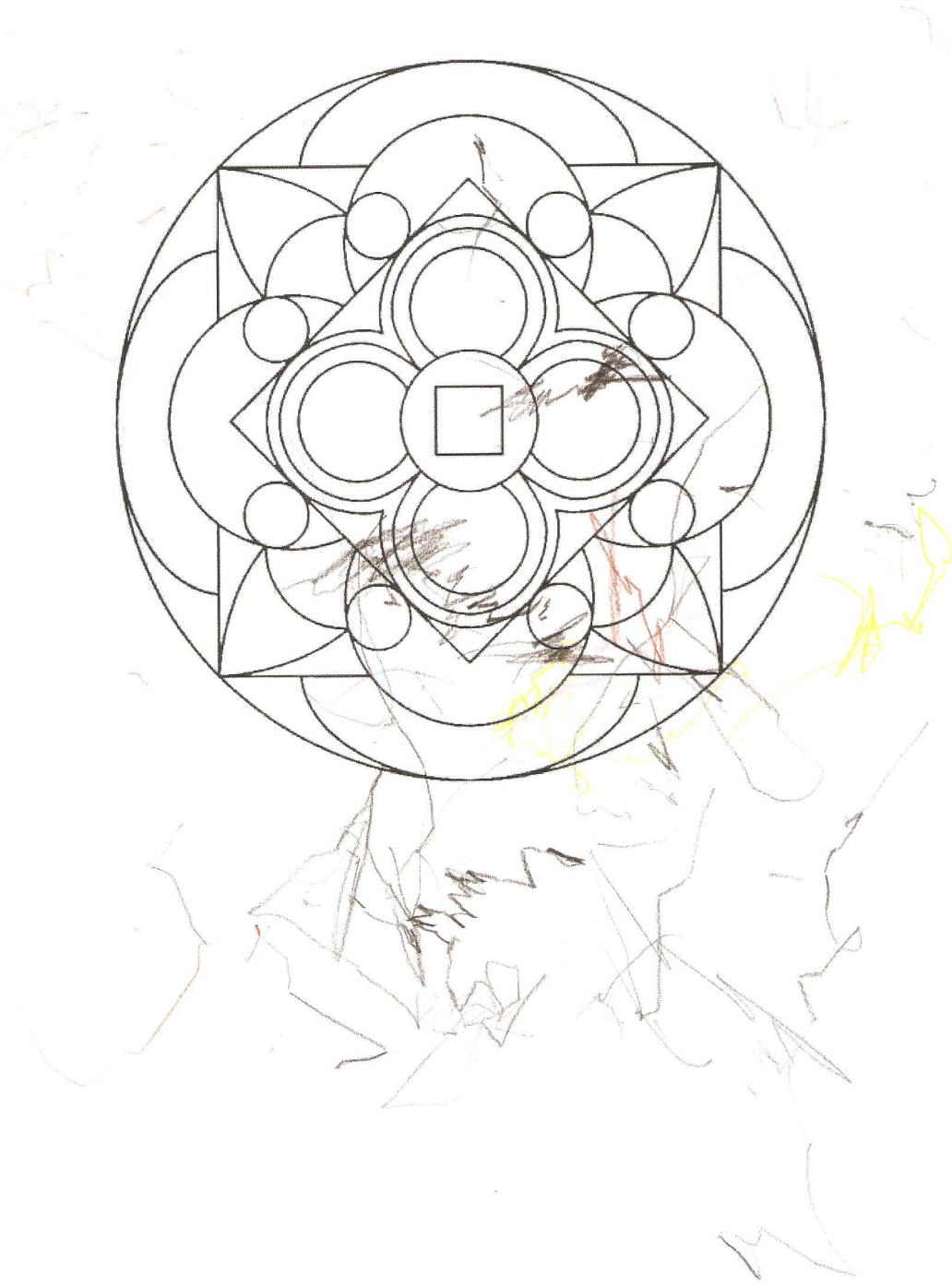
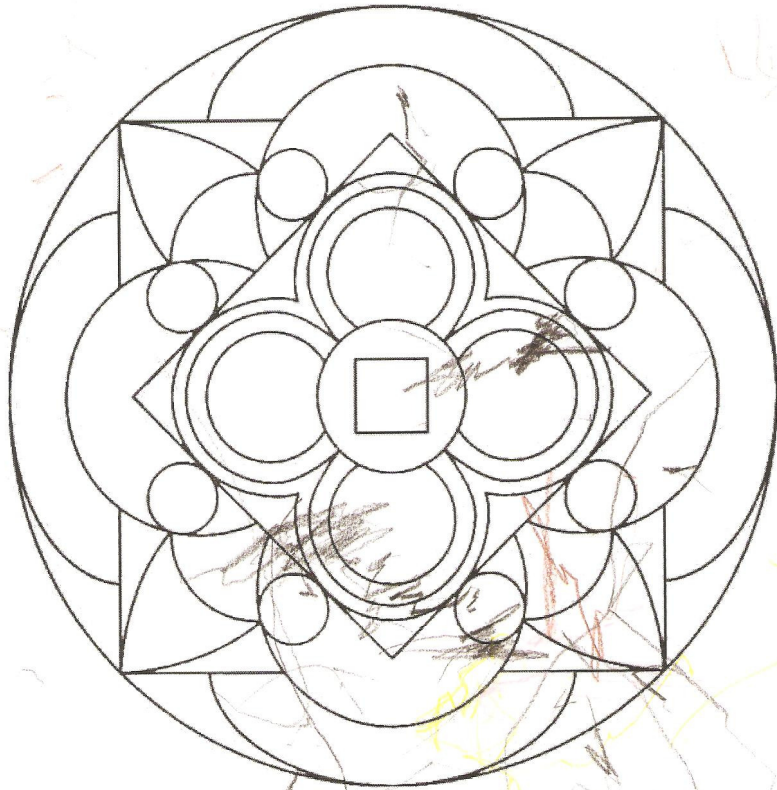
VEVERKA I



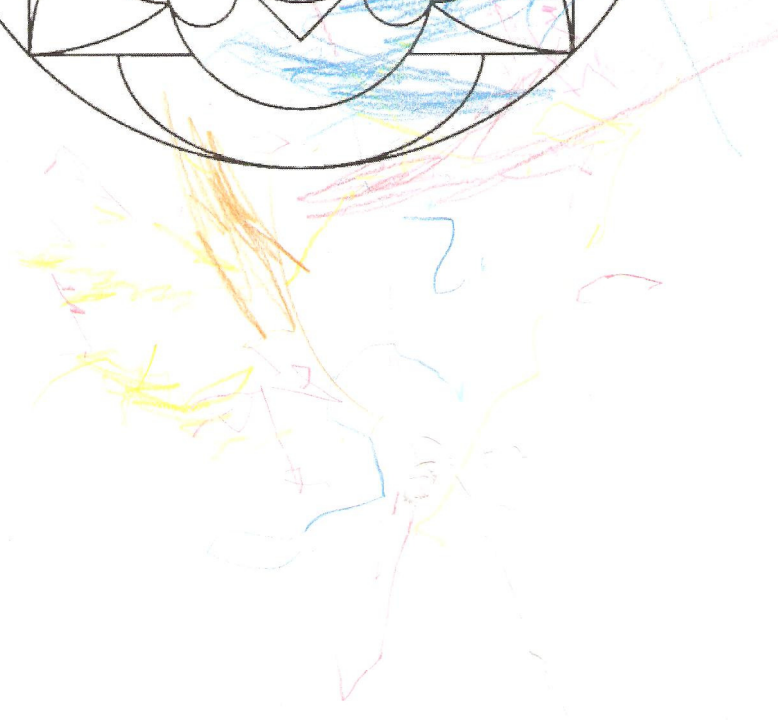
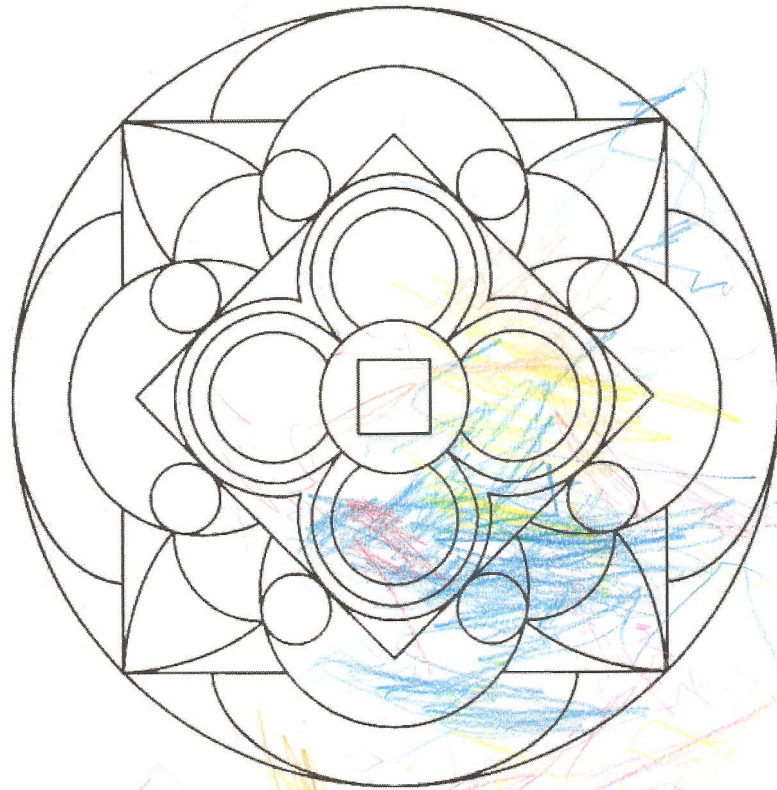
NEVERKA II



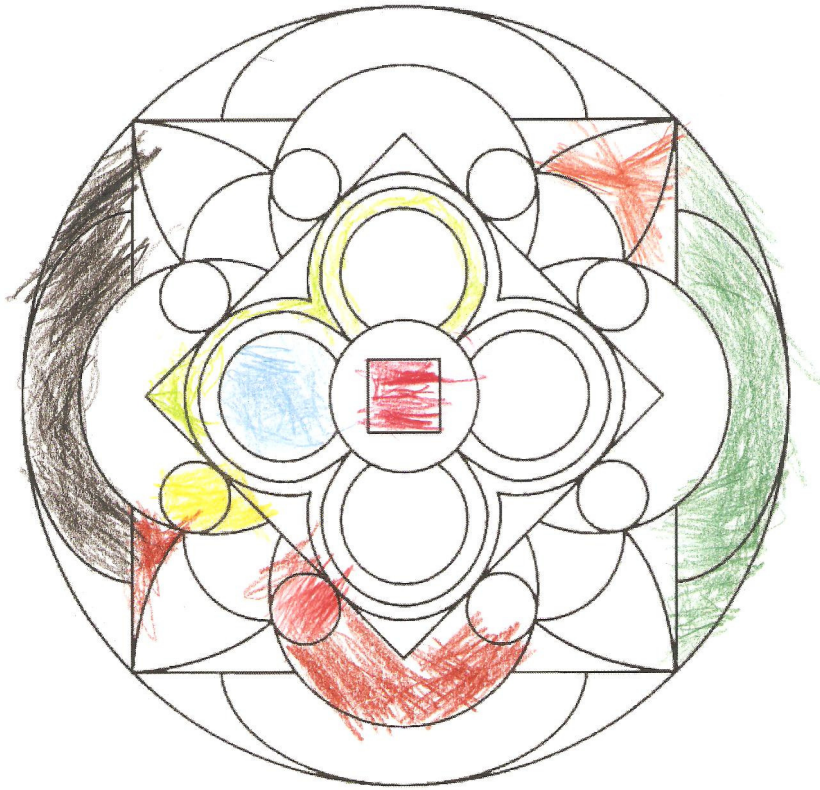
POUPATKOI



POUPATKON



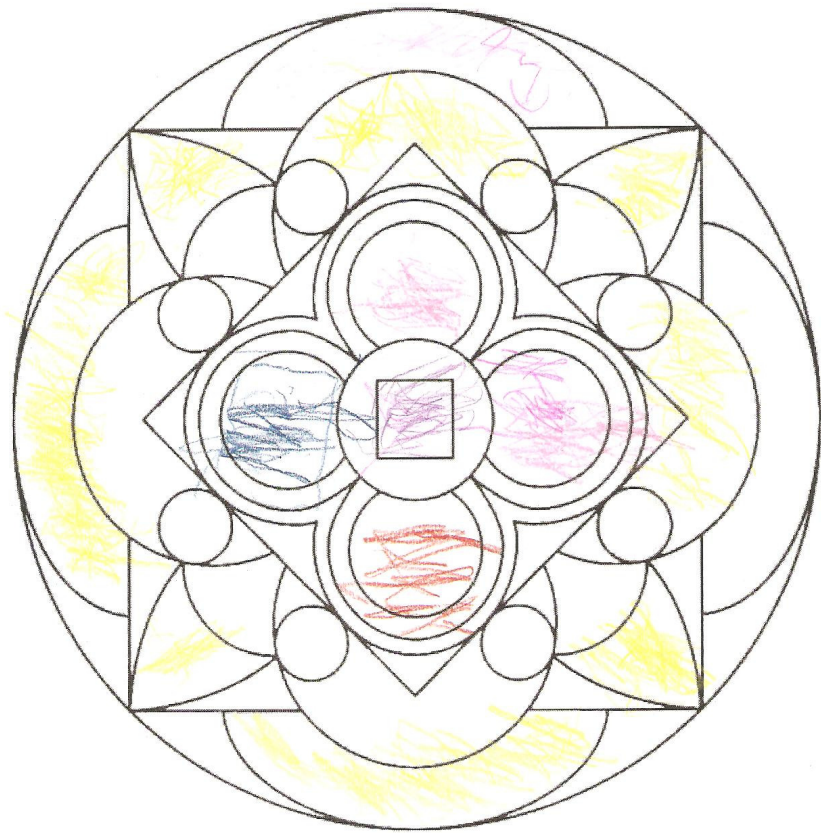
MRÁČEK 1



MRAČEK II



HVEZDIČKA 1



HVEZDIČKA II

