



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Využití expresivních technik při práci se zdravotně
postiženými klienty**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SOCIÁLNÍ POLITIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE**

Autor: Sabrina Bednářová

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Renata Švestková, Ph. D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Využití expresivních technik při práci s mentálně postiženými klienty*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12.8.2019

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Ing. Renatě Švestkové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při vedení bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a informantům za jejich drahocenný čas.

Využití expresivních technik při práci se zdravotně postiženými klienty

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá expresivními technikami a jejich využitím při práci se zdravotně postiženými klienty. Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké expresivní techniky jsou využívány při práci se zdravotně postiženými klienty v organizacích, které poskytují sociální služby v Jindřichově Hradci.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je definováno zdravotní postižení, včetně detailního popisu jednotlivých typů zdravotních postižení. Dále je popsán systém sociálních služeb, jeho legislativa, příspěvky na péči, zařízení sociálních služeb, pracovníci a jejich vzdělání. Poslední kapitola se zabývá expresivními technikami a jejich detailní charakteristikou.

Praktická část se věnuje výzkumu využití expresivních technik ve vybraných zařízeních v Jindřichově Hradci, která se zaměřují na práci se zdravotně postiženými klienty. K realizaci výzkumné části bakalářské práce byl použit kvalitativní typ výzkumu, metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Informace, které vzešly z rozhovorů, byly tříděny otevřeným kódováním a z těchto podkladů byly poté vyvozeny dílčí závěry k jednotlivým výzkumným otázkám.

Mezi zásadní závěry výzkumu patří zjištění, že některé expresivní techniky jsou ve vybraných zařízeních využívány. Nejsou však využívány všechny expresivní techniky, a to z důvodu nedostatečného vzdělání personálu i pro nízký zájem a malou informovanost klientů. Výběr konkrétní techniky si klienti většinou určují sami dle vlastní preference a momentální nálady, někdy tuto techniku zadává sám pracovník. Pracovníci vybraných zařízení často z důvodu nedostatečného vzdělání využívají pouze jednotlivé prvky těchto technik a jiné aktivizační metody. Terapie pak využívají velmi zřídka a to z důvodu absence psychoterapeutického výcviku.

Klíčová slova

Zdravotní postižení, Expresivní techniky, Zařízení pro zdravotně postižené

The Use of Expressive Techniques with Clients with Disabilities

Abstract

The Bachelor's thesis deals with the use of expressive techniques with disabled clients. Goal of the Bachelor's thesis is to find out which expressive techniques are used on working with disabled people, in selected organisations in Jindřichův Hradec that provide social services.

The thesis consists of a theoretical and a practical part. In the theoretical part, the term disability is defined, including a detailed description of each type of disability. Then follows a description of the system of social services, its legislation, carer's allowances, social service organisations, employees and their education. In the last chapter, expressive techniques are addressed, including their detailed characteristics.

The practical part investigates the use of expressive techniques in selected organisations in Jindřichův Hradec that focus on working with disabled people. The research part of the thesis was implemented using a qualitative form of research, an interview method and a semi-structured interview. The obtained data was then processed using open coding and utilized to draw conclusions to each research question.

Major conclusions of the research include the following: Some of the expressive techniques are used in the selected organisations; however, not all of them, which is due to the insufficient training/education of the staff and/or because of the lack of interest and insufficient awareness on the part of the clients. Clients usually choose a particular technique themselves, according to their own preference or current mood; sometimes do the employees choose a technique themselves. Due to their insufficient education, the employees of selected organisations often use only some elements of expressive techniques, in addition to other activation methods. Expressive therapies are used only rarely, which is mainly due to the lack of psychotherapist training of the staff.

Key words:

disability; expressive techniques; institutions for disabled people

Obsah

Úvod	8
1 Zdravotní postižení	9
1.1 Tělesné postižení	9
1.2 Duševní postižení	10
1.3 Mentální postižení	11
1.4 Smyslové postižení	12
1.5 Kombinované postižení	13
2 Systém sociálních služeb	14
2.1 Základní pojmy v oblasti sociálních služeb	14
2.2 Legislativní ukotvení sociálních služeb	15
2.3 Příspěvek na péči	15
2.4 Poskytovatelé sociálních služeb	16
2.5 Druhy sociálních služeb	18
2.6 Zařízení sociálních služeb	19
2.7 Registrace služeb	21
2.8 Pracovníci v sociálních službách	22
3 Expresivní techniky	26
3.1 Muzikoterapie	27
3.2 Arteterapie	28
3.3 Biblioterapie	29
3.4 Dramaterapie	30
3.5 Teatrot terapie	31
3.6 Psychodrama	32
3.7 Poetoterapie	33
3.8 Taneční a pohybová terapie	33
4 Cíl práce a výzkumné otázky	35

4.1 Cíl práce	35
4.2 Výzkumné otázky	35
5 Metodika	36
5.1 Strategie výzkumu	36
5.2 Etika výzkumu	36
5.3 Výběrový soubor	37
5.4 Údaje o informantech	37
5.5 Zpracování dat	37
6 Výsledky	38
6.1 Sekundární analýza dat	38
6.2 Otevřené kódování	39
7 Diskuze	49
8 Závěr	52
9 Seznam použitých zdrojů	53
10 Seznam příloh	57

Úvod

Expresivní techniky spočívají ve vyjádření vnitřních pocitů a vztahů k lidem prostřednictvím specifického prostředku, tj. uměleckého média. Záměrem expresivních technik je snížit úzkost a uvolnit tak skryté tendence člověka. Mezi expresivní techniky se řadí například muzikoterapie, biblioterapie nebo arteterapie.

V oblasti sociální péče o zdravotně postižené klienty využívají pracovníci těchto zařízení různé metody a techniky práce. Jednou z možností je využití expresivních technik. Expresivní techniky jsou metody, při kterých se klient vyjadřuje verbálně i neverbálně pomocí specifických medií, která mohou být umělecká nebo pohybová. Tyto techniky uvolňují úzkost a vnitřní napětí, jež jsou doprovázena mnoha somatickými a psychickými nemocemi. Expresivní techniky mohou probíhat buď jako individuální, nebo skupinové terapie. Základním cílem je pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce, či osobnostní strukturu, a to jak z hlediska společenského i osobního života, přičemž důraz je kladen na redukci úzkosti a uvolnění skrytých tendencí člověka.

Toto téma jsem si zvolila proto, že mě práce se zdravotně postiženými klienty zaujala již při praxi ve čtvrtém semestru.

K realizaci výzkumné části bakalářské práce jsem použila kvalitativní typ výzkumu, metodu dotazování, techniku polostrukturovaného rozhovoru, sekundární analýzu dat a otevřené kódování. Výběrový soubor tvořili sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách v organizacích poskytujících tyto služby v Jindřichově Hradci.

Bakalářská práce a její výsledky přináší zajímavý pohled na využívání expresivních technik v sociální práci a ukazují konkrétní způsoby jejich využití u zdravotně postižených klientů. Dále ji mohou využít studenti i zaměstnanci pomáhajících profesí.

1 Zdravotní postižení

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje pojem zdravotní postižení jako tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je postižení částečné nebo úplné omezení schopnosti provádět některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu.

Dle Novákové (2011) je zdravotní postižení dále definováno z medicínského a sociálního pohledu. Konstatuje, že medicínský přístup vychází z předpokladu, že zdravotní postižení je subjektivní problém člověka způsobený újmou na jeho zdraví, a to buď nemocí, či zraněním. Z toho vychází i způsob řešení, který spočívá obzvlášť v medicínské rehabilitaci. Autorka Nováková (2011) dále uvádí, že sociální přístup nevnímá zdravotní postižení jako individuální problém člověka, ale jako záležitost vztahů mezi ním a jeho prostředím. Za zdravotním postižením vidí především bariéry, které mají charakter fyzický (například přístupnost budov) a sociální (například odmítání zdravotně postiženého jedince společností).

Autorka Krhutová (2013) rozlišuje zdravotní postižení na tělesné, smyslové, mentální a kombinované. Autor Franiok (2008) toto rozdělení doplňuje o duševní postižení, které Krhutová (2013) řadí pod mentální postižení.

1.1 Tělesné postižení

Autoři Nováková (2011) a Slowík (2016) shodně rozdělují tělesná postižení na vrozená a získaná. Nováková (2011) dále uvádí, že u vrozených postižení jsou kladeny vyšší požadavky především na rodiče dítěte, zatímco u získaných postižení naopak na postiženého člověka, zejména z hlediska vnímání změny vzhledu. Opatřilová et al. (2012) konstatují, že motorický vývoj u pohybově postiženého jedince probíhá na rozdíl od nedotčené populace opožděně či omezeně.

Slowík (2016) dále rozděluje tělesná postižení podle typu (postižení hybnosti, dlouhodobé onemocnění a zdravotní oslabení) a podle etiologie (tělesné odchylky a oslabení, tělesné vývojové vady, úrazy, následky nemocí, dětská mozková obrna a dlouhodobá onemocnění a zdravotní oslabení).

Nováková (2011) rozlišuje dvě základní hlediska tělesného postižení. Prvním je omezení či ztráta pohybových schopností různého rozsahu a druhým je deformace zevnějšku. Tělesně postižení potřebují ve větší či menší míře pomoc druhých lidí. Nováková (2011) poukazuje na to, že ze všech typů zdravotních postižení mají tělesně postižení nejlepší možnost integrovat se do společnosti. Mohou chodit do běžných škol a vzdělávat se standardním způsobem.

1.2 Duševní postižení

Juříčková et al. (2014) definují psychiatrii jako vědní a klinickou disciplínu, která se zabývá prevencí, diagnostikou, léčbou, rehabilitací a výzkumem duševních poruch. Mahrová et al. (2008) poukazuje na specifické potřeby klientů s duševním postižením. Problémy klientů se vyskytly v některé z oblastí psychických funkcí, případně představují kombinaci poruch těchto funkcí.

Mezinárodní klasifikace nemocí označuje duševní postižení písmenem F a je v rozmezí F 00 – 99.

Základní rozdělení duševních poruch a poruch chování:

- Organické duševní poruchy, včetně symptomatických (F00 – F09)
- Poruchy chování a duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10 – F19)
- Schizofrenie, schizofrenní poruchy a schizofrenní bludy (F20 – F29)
- Poruchy nálady (F30 – F39)
- Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40 – F49).
- Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50 – F59)
- Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60 – F69)
- Mentální retardace (duševní opoždění, F70 – F79)
- Poruchy psychického vývoje (F80 – F89)
- Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci (F90 – F98).
- Nespecifikovaná duševní porucha (F99), (Mahrová et al, 2008)

1.3 Mentální postižení

Mentální postižení je intelektuální vývojová porucha, která má vliv na adaptivní fungování v pojmové, sociální a praktické oblasti, American Psychiatric Association (2013).

Valenta (2018) poukazuje na nahrazení termínu mentální retardace za pojem mentální postižení, které se vyčlenilo z duševních poruch a chování.

Lečbych (2008) definuje mentální postižení jako duševní zpomalení či zaostávání. V medicínském modelu se k člověku s mentálním postižením přistupuje jako k pacientovi. Důraz je především kladen na jeho nedostatky a omezení v oblasti rozumových schopností a na jeho adaptační těžkosti. Zezulková (2013) tvrdí, že dle sociálního modelu není zneschopnění, oslabení či znevýhodnění jedince dáno výlučně jeho tělesným, smyslovým či mentálním postižením. Postižení je naopak chápáno jako důsledek znevýhodňujících vlivů ze strany společnosti.

Arnoldová (2015) konstatuje, že mentálně postižené jedince lze klasifikovat dle doby vzniku mentální retardace, druhu mentální retardace a stupně intenzity. Lečbych (2008) dodává, že rozhodující úlohou v diagnostice mentálního postižení hraje určení úrovně inteligenčního kvocientu a posouzení adaptace na určité sociokulturní prostředí.

Autorka Arnoldová (2015) konstatuje, že postiženými mohou být děti, mladiství a dospělí, jejichž defekt spočívá ve vadném vývoji CNS takového druhu, že dochází k poruše mentálních funkcí. Důsledky mentálního postižení se dle autorky projevují v různém rozsahu v jednotlivých formách sociálních činností, zvláště ve výchově, vzdělávání a v zaměstnání.

Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou vydala Světová zdravotnická organizace (WHO) klasifikuje nemoci včetně duševních poruch. Od roku 1992 platí desátá revize výše zmíněné klasifikace (MKN – 10, v níž každá nemoc má své písmeno a číslo, mentální retardace spadá pod písmeno F) a mentální retardace je klasifikována v rozmezí F70 až F79. Stupeň mentální retardace je určován na základě posouzení struktury inteligence a posouzení schopnosti adaptačního chování (Valenta 2018).

Základní stupně mentální retardace:

- Lehká mentální retardace (F70, IQ 50-69)
- Středně těžká mentální retardace (F71, IQ 35-49)
- Těžká mentální retardace (F72, IQ 20-34)
- Hluboká mentální retardace (F73, IQ pod 20)
- Jiná mentální retardace (F78, hodnotu IQ nelze určit, obvykle kvůli jinému přidruženému postižení), (Lečbých, 2008)

1.4 Smyslové postižení

Základní rozdělení:

- Hluchoslepota

Dle Kroupové et al. (2016) je hluchoslepota chápána jako současné postižení zraku a sluchu, které svému nositeli způsobuje problémy ve sféře psychické, sociální i v běžných situacích všedního života. Zahrnuje osoby s úplnou ztrátou sluchu a zraku i osoby s částečně zachovalými funkcemi.

- Sluchové postižení

Dle autorky Mukšnáblové (2014) jsou sluchová postižení neměnné patologické změny sluchu, tzv. vady sluchu. Autorka rozděluje sluchová postižení na centrální a periferní. Centrální postižení sluchu spočívá v tom, že ucho správně přenáší zvukové vjemy, ale ty nejsou v mozku zpracovány. Takový jedinec slyší zvuky, ale nerozpoznává význam slyšených slov. Periferní postižení sluchu spočívá v organickém postižení ucha. Mukšnáblová (2014) definuje nedoslýchavost jako sníženou schopnost vnímat zvuk a hluchotu pak jako úplnou neschopnost slyšet.

- Zrakové postižení

Nováková (2011) zařazuje mezi zraková postižení: ztrátu zrakové ostrosti, postižení širě zorného pole a okulomotorické poruchy.

Slezáková et al. (2014) uvádějí, že zrakově postižené osoby trpí různými druhy a stupni zrakového postižení. V užším pojetí se tímto termínem rozumí ti, u nichž poškození zraku nějak ovlivňuje činnosti v běžném životě a běžná korekce je nedostačující.

Podle výsledků oftalmologického vyšetření lze zrakově postiženého zařadit do některé z následujících kategorií: střední slabozrakost, silná slabozrakost, těžce slabý zrak, praktická nevidomost a úplná nevidomost (Slezáková et al. 2014).

- Poruchy řeči

Klenková (2006) definuje poruchy řeči jako narušení komunikační schopnosti provázející jiné dominantní postižení, nemoc nebo poruchu.

Autorka zařazuje mezi základní poruchy řeči: dysartrii, omezený nebo opožděný vývoj řeči, koktavost, breptavost, otevřená huhňavost (hyponazalita), narušené koverbální (nonverbální) chování, mutismus, poruchy řeči způsobené přidruženými orgánovými odchylkami řečového efektu, poruchy polykání.

1.5 Kombinované postižení

Franiok (2008) poukazuje, že kombinovaná postižení zahrnují velké množství nedostatků. Někdy jsou označovány jako vady vícečetné, eventuálně sdružené, jelikož zahrnují více vad. Jedinec trpící kombinovaným postižením je zatížen jednou primární vadou, která se může odrážet v oblasti duševní, pohybové a smyslové. Zároveň je postižen dalšími doprovodnými vadami.

V případě kombinovaných vad jsou určujícím hlediskem primární postižení, jež jsou dále uvedena v kapitolách 1.1, 1.2, 1.3 a 1.4 (tělesné, duševní, mentální a smyslové) a k nim pak připojené další nedostatky.

Slowík (2016) uvádí jako příklad kombinovaného postižení dětskou mozkovou obrnu, u které se vyskytuje tělesný handicap společně s mentálním postižením. Jako další příklad zmiňuje autismus, jenž je spojen s mentálním handicapem a psychickými poruchami.

2 Systém sociálních služeb

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se sociální službou rozumí činnosti nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

Arnoldová (2015) definuje sociální služby jako specializované činnosti, které mají lidem pomoci řešit jejich nepříznivé sociální situace. Každá sociální služba musí působit tak, aby byla maximálně podporována samostatnost a svébytnost člověka, stejně jako hájena jeho důstojnost.

2.1 Základní pojmy v oblasti sociálních služeb

Nepříznivá sociální situace

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se rozumí nepříznivou sociální situací oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách je dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav definován jako zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnání základních životních potřeb.

Právnícká osoba

Dle zákona č. 89/2012 Sb. občanský zákoník se právnícká osoba rozumí jako organizovaný útvar, o kterém zákon stanoví, že má právní osobnost, nebo jehož právní osobnost zákon uzná. Právnícká osoba může bez zřetele na předmět své činnosti mít práva a povinnosti, které se slučují s její právní povahou.

2.2 *Legislativní ukotvení sociálních služeb*

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je zákonným pramenem pro sociální služby v České Republice. Dalším zákonným pramenem je vyhláška č. 505/2006 Sb.

2.3 *Příspěvek na péči*

Dle zákona č. 108/2006 S., o sociálních službách se příspěvek na péči poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Dále se v zákoně uvádí, že nárok na příspěvek na péči má osoba, která je na území České Republiky hlášena k trvalému pobytu, ale také cizinci a jejich rodinní příslušníci, kteří mají na území České Republiky trvalý pobyt.

Zákon č. 108/2006 S., o sociálních službách stanovuje, že nárok na příspěvek na péči má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb. Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku.

Osoba do 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

- *Stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři základní životní potřeby*
- *Stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb*
- *Stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb*
- *Stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby (Zákona č. 108/2006 S., o sociálních službách, s. 4)*

Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

- *Stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby*

- *Stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb*
- *Stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb*
- *Stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby (Zákona č. 108/2006 S., o sociálních službách, s. 4)*

Zákona č. 108/2006 S., o sociálních službách dále určuje, že při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.

2.4 Poskytovatelé sociálních služeb

Poskytovatelem sociální služby je právnická nebo fyzická osoba, která má k této činnosti oprávnění dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách.

Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni nabízet rozsah činností, které jim ukládá zákon č. 108/2006 Sb. Způsob zajištění těchto činností musí uvést v žádosti o registraci (Arnoldová, 2015).

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách určuje, že sociální služby lze poskytovat jen na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb a toto oprávnění vzniká rozhodnutím o registraci.

Povinnosti poskytovatelů sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, jsou:

- *Zajišťovat dostupnost informací o druhu, místě, okruhu osob, jimž poskytují sociální služby, o kapacitě poskytovaných sociálních služeb a o způsobu poskytování sociálních služeb, a to způsobem srozumitelným pro všechny osoby*
- *Informovat zájemce o sociální službu o všech povinnostech, které by pro něho vyplývaly ze smlouvy o poskytování sociálních služeb, o způsobu poskytování*

sociálních služeb a o úhradách za tyto služby, a to způsobem pro něj srozumitelným

- *Vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva, a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby*
- *Zpracovat vnitřní pravidla zajištění poskytované sociální služby, včetně stanovení pravidel pro uplatnění oprávněných zájmů osob, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby*
- *Zpracovat vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob, kterým poskytují sociální služby, na úroveň služeb, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby*
- *Plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců nebo opatrovníků a zapisovat hodnocení a jeho výstupy do písemných individuálních záznamů*
- *Vést evidenci žadatelů o sociální službu, se kterými nemohl uzavřít smlouvu o poskytnutí sociální služby z důvodů uvedených v § 91 odst. 3 písm. b)*
- *Dodržovat standardy kvality sociálních služeb*
- *Uzavřít s osobou smlouvu o poskytnutí sociální služby*
- *V případě, že poskytují sociální službu podle § 48, přednostně poskytnout sociální službu dítěti, kterému byla soudem nařízena ústavní výchova, výchovné opatření nebo předběžné opatření*
- *Neprodleně písemně oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností uvedenému v § 92 písm. a) ukončení poskytování pobytové služby sociální péče osobě, která se může bez další pomoci a podpory ocitnout v situaci ohrožující její život a zdraví, pokud tato osoba s takovým oznámením souhlasí (Zákona č. 108/2006 S., o sociálních službách, s. 32)*

2.5 *Druhy sociálních služeb*

Dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách mezi základní druhy sociálních služeb patří:

- Sociální poradenství
- Služby sociální péče
- Služby sociální prevence

Sociální poradenství

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se sociální poradenství dělí na základní a odborné. Základní sociální poradenství umožňuje osobám získat potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství je zásadní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit. Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů, domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu. Zahrnuje také sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.

Služby sociální péče

Arnoldová (2016) uvádí, že služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Autorka popisuje cíl služeb sociální péče jako umožnění nejvyšší možné míry zapojení do běžného života společnosti, i v případech, kdy toto vylučuje jejich stav.

Služby sociální prevence

Služby sociální prevence se dle Mahrová et al. (2008) zaměřují na jevy a situace, které mohou směřovat k sociálnímu vyloučení osob a nejsou způsobeny neschopností pečovat o sebe z důvodu věku či zdravotního stavu.

2.6 *Zařízení sociálních služeb*

Ve vztahu k tématu bakalářské práce zde popisují vybraná zařízení sociálních služeb, mezi které patří:

Denní stacionáře

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách uvádí, že v denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a věku. Dále se v denních stacionářích poskytují služby osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Mezi základní činnosti, které se do služby řadí, patří například: pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, poskytnutí stravy nebo výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

Týdenní stacionáře

V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo věku, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje například: poskytnutí ubytování, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu nebo sociálně terapeutické činnosti (Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytovatelé služeb osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje například pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu nebo výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

Domovy pro seniory

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje domovy pro seniory jako poskytovatele pobytových služeb osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba

například zahrnuje tyto činnosti: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím nebo aktivizační činnosti.

Domovy se zvláštním režimem

Dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se v domovech se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Chráněné bydlení

Dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je chráněné bydlení pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Dále dle zákona chráněné bydlení obsahuje například: poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy nebo sociálně terapeutické činnosti.

Sociálně terapeutické dílny

Dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou sociálně terapeutické dílny ambulantní služby, které jsou poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Prostřednictvím pracovní terapie jsou zdokonalovány pracovní návyky.

Sociální rehabilitace

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje Sociální rehabilitaci jako soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nábívkou výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Zákon dále uvádí, že formy poskytování sociální rehabilitace jsou terénních a ambulantních nebo pobytových.

Pečovatelská služba

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje pečovatelskou službu jako terénní nebo ambulantní službu, která je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Dále zákon uvádí, že služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.

Základní sociální poradenství

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace k řešení jejich nepříznivé zdravotní situace. Dále zákon uvádí, že základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb a poskytovatelé jsou povinni vždy tuto činnost zajistit.

Odborné sociální poradenství

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se odborné sociální poradenství poskytuje se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.

Formy sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou ambulantní, terénní a pobytové.

2.7 Registrace služeb

Jednotlivá zařízení musí poskytované služby registrovat. Dle Holé et al. (2013) o registraci sociálních služeb rozhoduje místně příslušný krajský úřad, u služby zřizované ministerstvem, pak samo ministerstvo. K získání registrace je nutné podání příslušné žádosti, čestné prohlášení o bezúhonnosti, vlastnické či jiné právo k prostorám, zajištění hygienických podmínek, zajištění odpovídajících materiálních a technických podmínek služby, skutečnost, že žadatel o registraci není v konkurzu.

2.8 *Pracovníci v sociálních službách*

Sociální pracovník

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.

Dle autorky Gulové (2011) se sociální pracovník pohybuje v širokém spektru sociální práce, které zahrnuje konkrétní působení pracovníka v okruhu sociálně-správní činnosti i vysoce specializované oblasti spojené s terapií, tréninkem, supervizí, výzkumem a vytváření teoretického základu až po přípravu a vzdělávání sociálních pracovníků.

Pracovník v sociálních službách

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v náviku jednoduchých denních činností. Dále vykonává základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků a pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence.

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách mezi další zaměstnance v sociálních službách patří:

- Zdravotničtí pracovníci
- Pedagogičtí pracovníci

- Manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby

Vzdělání

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách by měl mít sociální pracovník:

- Vyšší odborné vzdělání se zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost
- Vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu orientovaném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách by měl mít pracovník v sociálních službách:

- Základní vzdělání nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách by měli manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby, absolvovat vysokoškolské vzdělání, které získali řádným ukončením studia jednooborové psychologie nebo magisterského programu na vysoké škole humanitního zaměření současně s absolvováním postgraduálního výcviku v metodách manželského poradenství a psychoterapie v rozsahu minimálně 400 hodin nebo obdobného dlouhodobého psychoterapeutického výcviku akreditovaného ve zdravotnictví.

Dle Müllera et. al. (2014) je předpokladem terapeutovi odbornosti psychoterapeutický výcvik, který lze definovat jako výukový a výcvikový proces, při kterém se stává z člověka kvalifikovaný psychoterapeut. Dále se v knize uvádí, že psychoterapeutický

výcvik zahrnuje obvykle tyto části: zážitková část, výklad teorie, práce s klientem pod supervizí a závěrečná práce či zkouška. Kompletní výcvik trvá 4 až 7 let.

Aktivizační činnosti

V rámci práce s klienty pracovníci v sociálních službách nabízí klientům různé expresivní techniky, popřípadě i jiné terapie, techniky a činnosti.

Dle Holczerové a Dvořáčkové (2013) aktivizační činnosti slouží k vyplnění volného času, k dobré životné kondici, k vyloučení pocitu osamělosti a podporují nezávislost a samostatnost klientů.

Mezi aktivizační činnosti patří například:

- Ergoterapie

Dle Müllera et. al (2014) je ergoterapie profese, která prostřednictvím vhodně zvoleného zaměstnání usiluje o zachování a využití schopností jedince pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových, a rekreačních činností a to u osob s jakýmkoliv postižením.

- Reminiscenční terapie

Dle Holczerové a Dvořáčkové (2013) je reminiscenční terapie prováděná formou vzpomínání, které je přínosné pro klienta z důvodu uvědomění si vlastní hodnoty a sebeúcty.

- Sportovní činnosti

Dle Holczerové a Dvořáčkové (2013) patří do sportovních činností pohybové aktivity jako například kuželkové turnaje nebo olympiády.

- Činnosti v přírodě

Mezi činnosti v přírodě dle autorek Holczerové a Dvořáčkové (2013) patří činnosti konané venku, v zahradách a v altánech.

- Společenské akce

Mezi společenské akce dle autorek Holczerové a Dvořáčkové (2013) patří jakékoli vystoupení, oslavy a svátky.

- Zooterapie

Zooterapie využívá zprostředkovaného kontaktu mezi klientem a zvířetem. Nejčastěji se používá, když nahrazuje sociální kontakt klienta s jinými lidmi. (Šaureová et al., 2013).

Zooterapii je možné rozdělit na canisterapii, hiporehabilitaci, felinoterapii, delfinoterapii, lamaterapii, insektoterapii a ornitoterapii (Müller et al., 2014).

Nejvíce používána je canisterapie. Dále pro účely této bakalářské práce se zaměřuji na expresivní techniky.

3 Expresivní techniky

Müller et al. (2014) vymezují rozdíl mezi expresivní technikou a expresivní terapií. Zatímco expresivní techniku může používat takřka jakýkoliv odborný zaměstnanec v sociálních službách, expresivní terapii může používat pouze terapeut, který má dostatečné vzdělání a jsou mu známa všechna specifika terapie. Dále umí vyhodnotit výsledek terapie, což představuje hlavní rozdíl mezi technikou a terapií.

Dle Müllera et al., (2014) spočívají expresivní techniky ve vyjádření vnitřních pocitů a vztahů k lidem prostřednictvím specifického prostředku neboli uměleckého média. Důraz je kladen na potenciál expresivních technických postupů snížit úzkost a uvolnit tak skryté tendence člověka.

Müller et al. (2014) definují expresi jako zvláštní typ lidské činnosti, v níž člověk spontánně a s důrazem na formu projevu vyjadřuje své vnitřní psychické stavy, dojmy, pocity, nálady a s nimi spjaté poznatky a zkušenosti. V expresivním projevu chování člověka o mnohém vypovídá, ale svoji výpověď nedokáže vždy přesně kontrolovat. Expresie může probíhat na různých úrovních, od málo uvědomovaných výrazů, které doprovázejí jednoduché emoce, až po uměleckou tvorbu.

Valenta (2012) vysvětluje, že vnitřní třídění expresivních terapií lze provést dle náležitého média, jež je zde hlavním prostředkem a podněcovatelem žádoucích změn. Z toho vyplývá, že pracujeme-li s uměním hudebním, dramatickým, literárním, výtvarným, tanečně-pohybovým, rozlišujeme především muzikoterapii, dramaterapii, teatroterapii, psychodrama, biblioterapii, arteterapii a tanečně pohybovou terapii.

Expresivně technická setkání mohou probíhat v různých podobách, nejčastěji:

- individuální – vztah terapeuta a klienta, který je vhodný pro klienty s těžkým kombinovaným postižením
- skupinové – jedná se o terapii v uměle vytvořených skupinách. Každá skupina je specifická daným stupněm dynamiky a koheze
- komunitní – práce s přirozeně existujícími komunitami lidí (Müller et al., 2014)

Terapeut

Autorky Potměšilová a Sobková (2012) uvádějí profil terapeuta, který je složen z jeho osobnosti a jeho odborné připravenosti. Mezi základní osobnostní rysy by dle Potměšilové a Sobkové (2012) měla patřit empatie, komunikativnost a schopnost navázat, udržet a ukončit vztah klient-terapeut. Terapeut by měl mít vzdělání v oblasti psychologie a speciální pedagogiky, a také v oblasti výtvarného umění a výtvarné výchovy.

Valenta (2012) i Müller et al. (2014) shodně rozdělují expresivní techniky na:

- Muzikoterapii
- Arteterapii
- Biblioterapii
- Pohádkoterapii
- Teatroterapii
- Poetoterapii
- Psychodrama
- Taneční a pohybovou terapii

V jiné odborné literatuře se můžeme setkat i s podrobnějším členěním a dále také s uvedením pojmu artefiletika aj. Pro účely této práce jsem však použila členění od Müllera et al. (2014).

3.1 Muzikoterapie

Valenta (2012) chápe muzikoterapii jako aplikaci hudebního umění použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem.

Mezi základní elementy muzikoterapie patří klient, hudba a terapeut (Kantor, 2009).

Hudební terapie je relační terapie, při níž terapeut a klient spolupracují, aby zjistili, jak může být hudba použita k posílení pozitivních dovedností (Edwards, 2016).

Hudba a hudební prostředky

Neexistuje jednoznačný názor na to, zda lze za muzikoterapii považovat pouze terapeutické použití hudby, nebo sem patří také terapeutické aplikace zvuku. Hudba dle západního pojetí obsahuje estetické kvality, které jí udělují krásu a význam. Jisté je, že to, co působí terapeuticky, není pouze samotná hudba či zvuky, ale naše zkušenosti s hudbou (Müller et al., 2014).

Výběr hudebního materiálu by měl odpovídat požadavkům terapeutické situace a potřebám klienta (Müller et al., 2014).

Zvuk má čtyři znaky (barvu, sílu, výšku a délku), které se v hudbě projevují jako hudební výrazové prostředky (rytmus, melodie a harmonie). Hudební projev klienta je analyzován z hlediska těchto výrazových prostředků, ale také z hlediska formy, použitých nástrojů, kontrastů, vývoje hudební formy, hudebních témat, výrazu atd. Hudbou nám klient může mnohé sdělit o svém vnitřním světě, konfliktech, prožitcích, reaktivitě, hudebních preferencích atd. Mezi hudební prostředky muzikoterapeutických technik spadá hra na tělo, hlas a nástroj (Müller et al., 2014).

Muzikoterapeutické metody

Vymětal (2007) dělí Muzikoterapii na aktivní (hra na hudební nástroje, zpěv a jiné vyluzování zvuků) a receptivní (pasivní) formu.

K hlavním metodám aktivní muzikoterapie patří hudební improvizace a interpretace. Dále zpěv písní, psaní písní, kompozice hudby, hudební vystoupení a pohybové, dramatické, výtvarné a další aktivity při hudbě (Müller et al., 2014).

Cíle muzikoterapie

Autoři Müller et al. (2014) řadí mezi cíle muzikoterapie orientaci v okolním prostředí, zlepšení komunikace s okolním prostředím a nácvik sociálních dovedností.

3.2 Arteterapie

Potměšilová a Sobková (2012) konstatují, že se arteterapie opírá o výtvarné projevy klientů jako o hlavní léčebný prostředek. Nejde při ní o perfektní konečné dílo, ale o proces tvorby. Výtvarný projev lze definovat jako vyjádření pocitů, názorů, emocí, či pojetí vnitřního světa člověka pomocí výtvarných prostředků.

Artefiletika

Dle Müller et al. (2014) artefiletika úzce souvisí s arteterapií. Používá podobné postupy jako arteterapie se zaměřením na výchovu. Cílem artefiletiky není léčit, ale v oblasti sebevýchovy přispívat k poznání sebe sama, k rozvoji osobnosti a kladných rysů.

Arteterapeutické metody

Volný výtvarný projev – pracuje se spontánností vyvolanou například hrou.

Tematický výtvarný projev – je zaměřen na konfliktní témata obecně lidská a vztahující se k určitým problémům.

Výtvarný projev při hudbě – využívá specifických vlastností hudby bezprostředně a intenzivně působit na psychomotoriku člověka.

Skupinové výtvarné činnosti – pracují se skupinovou dynamikou a jsou významné pro svoji sociometrickou hodnotu i jako činitel úpravy sociálních vztahů (Müller et al., 2014).

Cíle arteterapie

Müller et al. (2014) rozdělují cíle arteterapie na individuální a sociální. Mezi individuální patří tvořivost a spontaneita, budování důvěry, sebehodnocení, uskutečňování vlastních možností, zvyšování osobní autonomie a motivace, rozvoj jedince, svoboda rozhodování, experimentování, ověřování nápadů, vyjádření citů, emocí, konfliktů, práce s fantazií a nevědomím, vhled, uvědomování si sebe samých a relaxace. Mezi sociální cíle patří uvědomování si, uznání a ocenění druhých, spolupráce, zapojení se do skupinové činnosti, komunikace, sdílení problémů, zkušeností, vhledů, objevování univerzality zkušeností, jedinečnost jedince, vztahování se ke druhým ve skupině, porozumění vlastnímu vlivu na druhé a na vztahy, společenská podpora a objevování skupinových témat.

3.3 Biblioterapie

Müller et al., (2014) definuje biblioterapii jako aplikaci nástrojů literárního umění (práce s literárním textem), použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem.

Při biblioterapii je využito základních funkcí literárního textu – jde o funkci:

- informační – přinášející informace pro řešení běžných situací i životních potíží;
- výchovnou – přinášející stimuly pro formování osobnosti (např. pro změnu postojů, zájmů apod.);
- konfrontační – přinášející zpětnou vazbu k vlastním postojům;
- estetickou – přinášející estetický zážitek a stimuly pro vývoj estetického vnímání;
- katarzní – přinášející uvolnění prostřednictvím protikladných prožitků, zbavení se od negativních emocí;
- identifikační – přinášející možnost ztotožnění se s kladným či podnětným vzorem;
- relaxační – přinášející zvolnění činnosti, nahrazení nepříznivé skutečnosti a odreagování;
- prestižní – přinášející možnost ztotožnění s určitými sociálními skupinami (na základě čtení společného druhu literárních textů), (Valenta, 2012).

Obsahem biblioterapie je vlastní čtení, předčítání daného literárního textu a dokončování či tvoření nového literárního textu (Müller et al., 2014)

Autor Shechtman (2008) uvádí, že důležitými součástmi terapeutického procesu při biblioterapii jsou: identifikace, zkoumání a reflektování emocí.

Cíl a typologické členění biblioterapie:

Dle Müller et al. (2014) je cílem biblioterapie uvolnit člověka a pomoci mu uvolnit se.

Dále autor uvádí specifické přístupy, které lze zahrnout do biblioterapie jako například:

- hagioterapie – využívá náboženské texty
- pohádkoterapie – využívá hlavně pohádky
- skazkoterapie – využívá pohádky

3.4 Dramaterapie

Vymětal et al. (2007) definují Dramaterapii jako cílené použití léčivých aspektů dramatického a divadelního procesu a příbuzných technik pro dosažení terapeutických cílů, jako je úleva od symptomů, emoční a fyzická integrace a osobnostní růst.

Jennings (2014) konstatuje, že drama hraje klíčovou roli ve zdravém rozvoji člověka.

Vymětal et al. (2007) uvádějí, že v dramaterapii je prostředkem terapie drama, divadlo, využívání vnitřních tvořivých zdrojů a akčních metod jako léčebného činidla.

Müller et al. (2014) považují improvizaci za jeden z nezákladnějších prostředků dramaterapie. Dělí se na plánovanou (klient si dopředu rozhodne, jaké místo v improvizaci zaujme a výsledek je často dopředu známý), neplánovanou (klient má okamžitou možnost volby, zda vstup do určité role přijme nebo ne) a nepřipravenou (není dopředu znám záměr terapeuta a klient dopředu nepředvídá roli ani situaci).

Etapy dramaterapeutického procesu:

- první etapa – dramatická hra (etapa slouží k navození důvěry mezi klienty i ve vztahu k terapeutovi s cílem uvolnění spontaneity);
- druhá etapa – scénická práce (spočívá v hraní jiných rolí než těch, které reflektují vlastní život klienta);
- třetí etapa – hraní rolí (úkolem třetí etapy je nácvik dramatu jako zkoušky na reálný život, pomocí vyjádření situací ze života klientů);
- čtvrtá etapa – kulminovaná akce (zkoušení rolí, vztahů a konfliktů v životních situacích vede klienty k hlubší introspekci);
- pátá etapa – dramatický rituál (etapa je uzavřením dramaterapeutické série sezení, uskuteční se slavnostní obřad s přehledem, co všechno se klienti naučili), (Valenta, 2011).

Cíl dramaterapie

Cílem dramaterapie je redukce napětí, rozvoj empatie, fantazie a kreativity, odblokování komunikačních kanálů, integrace osobnosti, rozvíjení sebedůvěry, vytváření pocitů zodpovědnosti a úprava reálné aspirace (Müller et al., 2014).

3.5 Teatroterapie

Müller et al. (2014) uvádějí, že teatroterapie spočívá v celkové přípravě divadelního tvaru a jeho následné prezentaci před diváky s terapeuticko-formativním cílem, jehož účastníci jsou obvykle jedinci se specifickými potřebami.

Valenta (2012) tvrdí, že v teatroterapii je kromě procesu kladen důraz hlavně na výsledný divadelní tvar inscenace a divadelní představení před publikem.

Mezi léčebné teatroterapeutické cíle patří univerzálnost, nespecifičnost, všestrannost a integrační charakter (Müller et al., 2014).

Specifické účinné faktory teatroterapie:

- vstupování do herecké role – pomáhá k vyžívání osobnosti jedince;
- umělecký zážitek – forma společné komunikace tam, kde běžná řeč často nestačí.
- kontinuita zkoušek a jejich výsledek (představení) – obsahuje výrazně motivačně-formativní charakter právě v perspektivě zhodnocení společného tvůrčího úsilí;
- divadelní tvorba – je spojena s prvky psychofyzické rehabilitace, klient v roli herce prochází počáteční fází pátrání a kreativního nalézání možností projevu;
- herecké techniky – jejich procvičováním a opakováním se umocňují schopnosti obstát za ztížených konfliktních podmínek;
- umělecké vyjádření – prostor katarze každodenních úzkostí a stereotypů;
- teatroterapeutická zkouška – může představovat soběstačný a funkční mikrosvět dávající možnost realizace kvalitních interpersonálních interakcí (Müller et al., 2014).

Cíle teatroterapie

Cílem teatroterapie dle Müller et al. (2014) je u klientů rozvinout verbální a neverbální komunikaci. Dále zmírnění sociálních fobií a rozvoj kreativity.

3.6 Psychodrama

Vymětal et al. (2007) definuje psychodrama jako zkoumání pravdy dramatickými metodami, které se zabývají mezilidskými vztahy a soukromým světem klienta. Jedná se o řízenou dramatickou improvizaci, na níž se podílí klient (hlavní protagonista představující sám sebe), terapeut (je jako režisér), jeviště a pomocní herci s publikem (Müller et al., 2014)

Techniky psychodrama

Techniky používané při psychodramatu jsou: hraní vlastní role (zahrnující vnější reakce klienta), monolog (vyjadřující vnitřní stav klienta), alter ego (hraní pomocného herce

vyjadřujícího druhé já klienta), výměna rolí (klient hraje konfliktní osobu ze svého okolí) a zrcadlo (portrétování klienta pomocnými herci), (Müller et al., 2014).

Sociodrama prakticky splývá s psychodramatem s tím rozdílem, že psychodrama je více zaměřeno na přehrávání osobních problémů klienta, zatímco sociodrama na hraní rolí v situacích obsahujících rozdílné socionormy a hodnoty (Valenta, 2011).

Cíl psychodrama

Dle Valenty (2011) psychodrama směřuje k vytvoření modelu konkrétní životní reality, pomáhá porozumět vlastní reakci a umožňuje tak korigovat emoce.

3.7 Poetoterapie

Svoboda (2007) definuje poetoterapii jako terapeutickou metodu, která využívá prvky poezie. Navozuje žádoucí prožívání, chování a jednání klientů. Müller et al. (2014) definuje poetoterapii jako terapii, která při svém působení záměrně používá hudební prvky mluvené či psané řeči se záměrem navození optimálního psychosomatického stavu člověka. Slouží také ke zdravotní či sociální prevenci i k rehabilitaci. Vyznačuje se zdůrazněním pocitu, nálad a emocí. Za tím účelem využívá hlavně působení zvukomalby, rýmů a rytmu.

Svoboda (2007) poukazuje na důležitost, kterou hraje práce s rýmy, rytmikou nebo zvukomalbou, což se shoduje s tradičním pojetím termínu poezie a prózy.

Cíl poetoterapie

Dle Müllera et al. (2014) je cílem poetoterapie navození pozitivní změny v prožívání, jednání a chování jednotlivce. Dále dle autorů má poezie na člověka prokazatelně mocný vliv a podobně jako jiné druhy umění působí náladotvorně a ovlivňuje tak lidskou psychiku.

3.8 Taneční a pohybová terapie

Dosedlová (2012) poukazuje na fakt, že terapie tancem (taneční a pohybová terapie) patří mezi relativně mladé terapie. Tanec prozradí i to, co lze verbálně ukrýt.

Payne (2013) definuje Taneční a pohybovou terapii jako psychoterapii, která využívá pohybu a tance. Dle autora je založená na principu pohybu a emoce, které jsou neoddělitelně propletené.

Taneční terapie je založena na použití specifického expresivního média, tance. Využívá tedy vnímání a utváření pohybu ve spojení s hudbou, pohybové improvizace, fantazie a projevu, se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem (Müller et al. 2014).

Terapie probíhá tak, že terapeut motivuje a pozoruje pohybový proces klienta (např. tvořivé taneční improvizace) a pomáhá mu prozkoumat spojitosti mezi pohybem a emocemi v jeho životě a v jeho vlastních zkušenostech tak, aby dotyčný pokročil v ozdravném procesu a obohatil rejstřík svých vztahů mezi somatickými, psychickými a emočními aspekty (Müller et al. 2014).

Cíl taneční a pohybové terapie

Holczerová a Dvořáčková (2012) považují za cíl, umožnit člověku jasnější vnímání a orientaci ve vztazích, vztahu k sobě samému ve smyslu porozumění a přijetí sebe sama, možnost činit volby a konat v rámci otevřeného vyjadřování sebe sama.

4 Cíl práce a výzkumné otázky

4.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké expresivní techniky jsou využívány při práci se zdravotně postiženými klienty v organizacích, které poskytují sociální služby v Jindřichově Hradci.

4.2 Výzkumné otázky

- 1) Jaké expresivní techniky znají a při své práci využívají pracovníci vybraných zařízení?
- 2) Upřednostňují nějakou expresivní techniku před ostatními a proč?
- 3) Mají pro využití expresivních technik dostatečné vzdělání?

5 Metodika

5.1 *Strategie výzkumu*

K realizaci výzkumné části bakalářské práce byl použit kvalitativní typ výzkumu, metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru, sekundární analýza dat a otevřené kódování.

Jak uvádí Hendl (2008), není možné najít žádný obecný způsob, jak dělat nebo vymežit kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkumník obvykle vybírá na počátku svého výzkumu téma a zvolí si základní výzkumné otázky, které v průběhu jeho výzkumu lze měnit nebo doplňovat.

Švaříček et al. (2007) považují za základ kvalitativního výzkumu do široka rozprostřený sběr dat bez toho, že by na počátku byly určeny základní proměnné. Stejně tak nejsou dopředu stanoveny hypotézy a výzkumný projekt není závislý na teorii, kterou již dříve někdo vypracoval. Jde o to do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce vymezený jev a poskytnout o něm maximální množství informací.

Dle Gulové a Šípa (2013) je polostrukturovaný rozhovor nejčastější doporučovaná metoda sběru dat. Výzkumník během rozhovoru může otázky přizpůsobovat tomu, co je v rozhovoru významné. Při dotazování je velmi důležité, aby výzkumník byl otevřený ke zkušenostem respondentů. Kladené otázky by měly být položeny tak, aby nebyly zastíněny znalostí respondentů. Otevřené otázky jsou doplňovány podotázkami, které rozvíjejí konkretizaci odpovědí.

Autor Kozel et al. (2011) specifikují, že sekundární sběr dat vychází z údajů již publikovaných. Při získávání sekundárních dat se ověřuje jejich přesnost, věrohodnost a vhodnost použití.

5.2 *Etika výzkumu*

Dle Kozla et. al. (2011) etické zásady předpokládají odlišnosti sběru dat u specifických skupin a poskytnutí záruky důvěryhodnosti ochrany osobních údajů a anonymity informantů.

Informanti byli úplně a pravdivě informováni o podstatě a účelu sběru dat. Rovněž podepsali informované souhlasy (viz Příloha č. 3), které jsou uloženy u autorky práce.

5.3 Výběrový soubor

Výběrový soubor byl tvořen sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách, kteří jsou zaměstnáni v organizacích poskytujících sociální služby v Jindřichově Hradci a jsou uvedeny v registru sociálních služeb. V registru sociálních služeb je registrováno 6 zařízení v Jindřichově Hradci, pro které jsou cílové skupiny klientů osoby se zdravotním postižením.

Sestavení výběrového souboru proběhlo formou záměrného výběru. Znakem pro výběr informantů bylo geografické místo zaměstnání.

5.4 Údaje o informantech

Celkem jsem realizovala rozhovory s 6 informanty, z 6 různých zařízení uvedených v Příloze č. 2. Výzkum probíhal v červenci 2019.

5.5 Zpracování dat

Rozhovory s informanty byly zaznamenávány písemně do předem připraveného formuláře. Rozhovory se řídily osnovou uvedenou v Příloze č. 1. Při třídění dat jsem využila otevřené kódování a sekundární analýzu dat.

Dle autorů Kozla et al. (2011) je otevřené kódování převádění hodnot zjišťovaných proměnných do nových symbolů. Kódování se provádí v závislosti na typu otázky a typu proměnné.

Vytváření kódů proběhlo v programu ATLAS.ti, který je výkonným programem pro kvalitativní analýzu velkých textových, grafických, zvukových a obrazových dat (ATLAS.ti 2019)

6 Výsledky

6.1 *Sekundární analýza dat*

Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec

Organizace vykazuje expresivní terapie ve výročních zprávách jako prostředky (nástroje) poskytování služeb. Tato kategorie zahrnuje pracovní aktivity, organizování kulturních pořadů, aktivizaci klientů a využití volného času (Výroční zpráva CSS JH, 2018).

Otevřená okna z.ú.

Organizace uvádí ve výročních zprávách aktivizační činnosti, pod které spadají techniky, volnočasové aktivity, kroužky a dobrovolnické programy (Výroční zpráva Otevřená okna z.ú., 2018).

Ledax o.p.s.

Společnost Ledax o.p.s. vykazuje ve výroční zprávě techniky jako výchovné, vzdělávací a aktivizační techniky, kam spadají různé volnočasové aktivity (Výroční zpráva společnosti Ledax o.p.s., 2018).

MESADA, z.s.

Organizace uvádí ve výroční zprávě výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, kam řadí volnočasové aktivity, nácvik běžných činností a podporu osobního růstu (Výroční zpráva MESADA, z.s., 2017).

6.2 Otevřené kódování

Tabulka č. 1

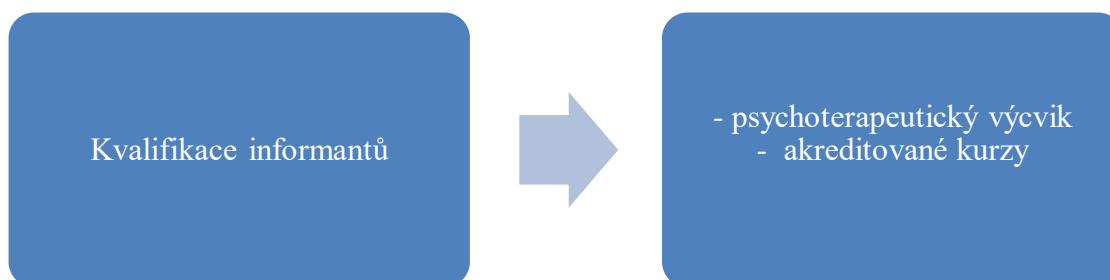
Identifikační číslo	Věk	Vzdělání	Doba praxe v zařízení	Doba praxe se zdravotně postiženými klienty	Pracovní pozice
I1	43	SŠ, obor podnikání	9 let	9 let	Vedoucí domácnosti
I2	26	VŠ, speciální pedagog	5 let	5 let	Vedoucí chráněného bydlení
I3	44	Gymnázium	15 let	15 let	Osobní asistent
I4	49	SŠ, cestovní ruch	16 let	16 let	Vedoucí oddělení přímé péče
I5	34	VOŠ, sociální práce	2 roky	2 roky	Sociální pracovník
I6	46	VŠ, speciální pedagogika	8 let	15 let	Vedoucí sociálně terapeutické dílny

Zdroj: vlastní výzkum, 2019

Obrázek č. 1 – Kvalifikace informantů

Kategorie

Kódy



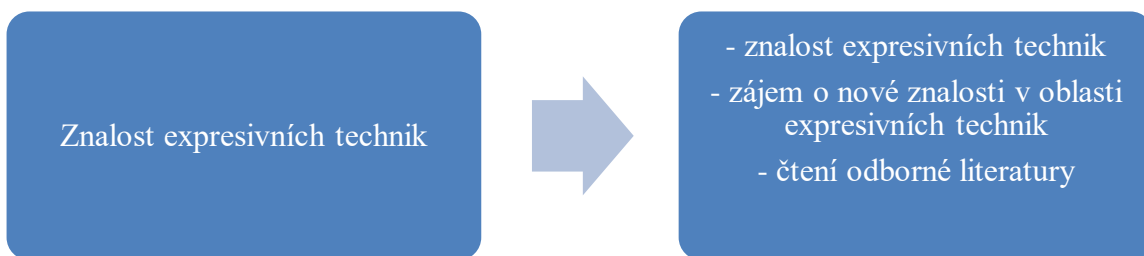
Z průzkumu vyplývá, že žádný z informantů neabsolvoval psychoterapeutický výcvik s výjimkou I4. Všichni by však měli zájem tento výcvik absolvovat, pokud by se k tomu naskytla příležitost. I3 nicméně doplnil, že výcvik je časově velice náročný.

Co se týká akreditovaných kurzů, bylo zjištěno následující: všichni informanti absolvovali ke svému zaměstnání doplňující kurzy. Ve většině případů se jednalo o kurzy, které nabízel sám zaměstnavatel. Výjimku tvořil pouze I3, který absolvoval kurz ošetřovatele ještě před vstupem do současného zaměstnání. I1, I3, I4 a I6 uvedli, že absolvovali kurz bazální stimulace. I4, I5 a I6 si rozšířili kvalifikaci o muzikoterapeutický kurz. I4 a I6 absolvovali kurz arteterapie a aromaterapie.

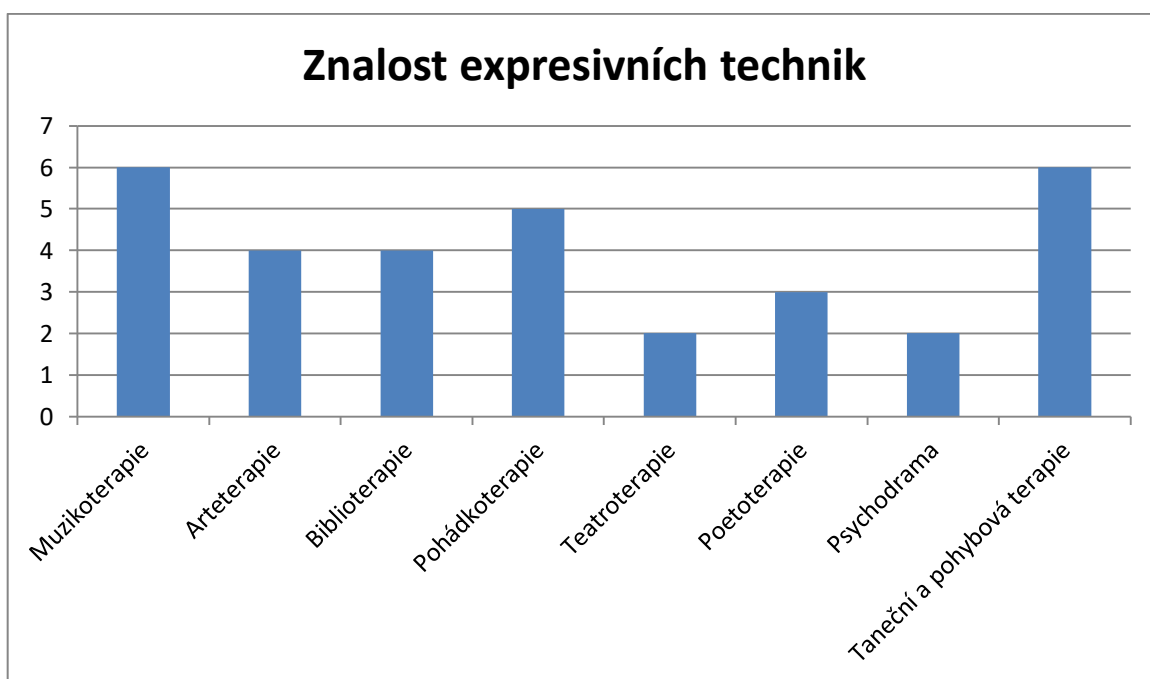
Obrázek č. 2 – Znalost expresivních technik

Kategorie

Kódy



Graf č. 1



Pokud jde o znalost expresivních technik, z grafu č. 1 je patrné, že muzikoterapii a taneční a pohybovou terapii znají všichni informanti. Naopak teatrot terapie a psychodrama nebyly většině informantům známy – tedy kromě I4 a I5, kteří ještě společně s I2 znají i poetoterapii. Pohádkoterapii znali všichni informanti kromě I6. Dále arteterapii a biblioterapii znali I2, I4, I5 a I6. Z výzkumu vyplynulo, že I4 a I5 měli přehled o všech expresivních technikách.

Na otázku, zda používají expresivní techniky při práci s klienty, informanti uvedli, že expresivní techniky používají, ovšem jen některé z těch co znají s výjimkou I1 a I5, kteří používají všechny, které znají.

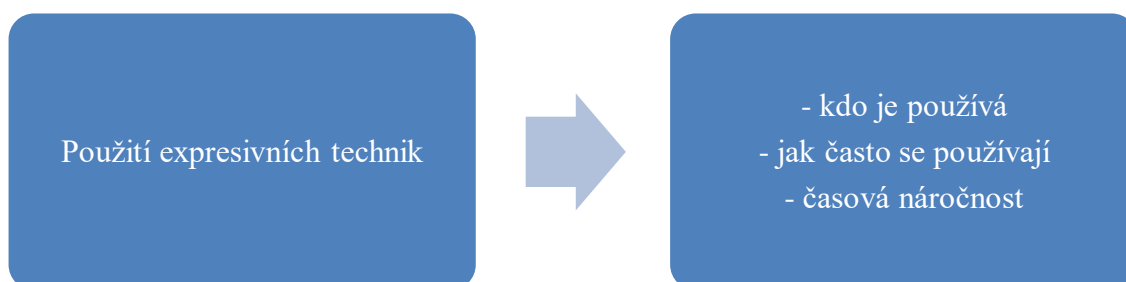
I2 a I6 shodně uvedli, že při práci s klienty využívají muzikoterapii a arteterapii. I3 uvedl, že používá pouze muzikoterapii a I4 využívá všechny expresivní techniky kromě psychodrama.

Dále všichni informanti vyjádřili kladný zájem o expresivní techniky, které doposud neznali. Na otázku, zda studují odbornou literaturu, všichni shodně odpověděli, že ano. Všichni kromě I4 uvedli, že sice čtou odbornou literaturu, ale většinou se jedná o literaturu doporučenou přímo zaměstnavatelem. Přímý vlastní zájem o studium odborné literatury tedy nebyl prokázán. I4 uvedl: „*Pokud se chystám na nějakou expresivní techniku, kterou jsem dlouho nepoužíval, přečtu si o ní pár stran pro osvěžení znalostí*“.

Obrázek č. 3 – Použití expresivních technik

Kategorie

Kódy



K otázce, zda expresivní terapie využívají i ostatní zaměstnanci organizace či zda k nim dochází externisti, informanti uvedli, že expresivní techniky jsou kromě jich samotných využívány i dalšími zaměstnanci v zařízeních jejich působnosti. Všichni informanti dále uvádějí, že do jejich zařízení nedochází žádná externí osoba za účelem výkonu expresivních technik. Všechny tyto techniky zaměstnanci vykonávají sami. Pouze I1 uvedl, že k nim do organizace dochází externě canisterapeut.

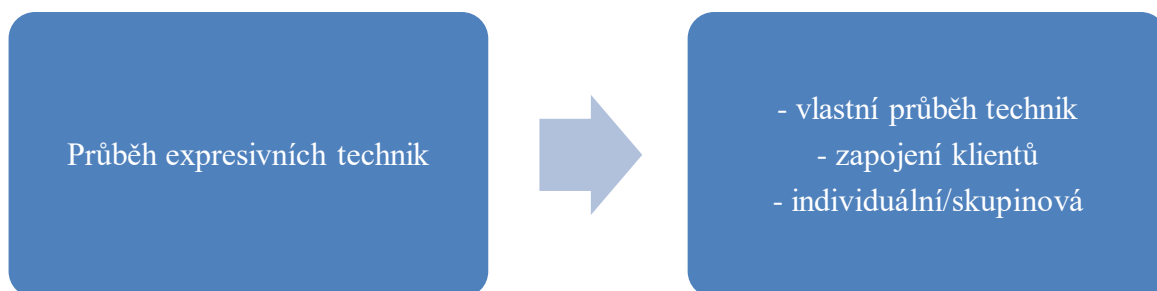
Frekvence využívání expresivních technik se u jednotlivých zařízení velmi liší. Zatímco I1, I5 a I6 mají pevně stanovené dny v týdnu a časový harmonogram pro výkon technik, I2, I3, I4 techniky praktikují nahodile. I3 uvedl „*Techniku provádíme podle potřeb klienta*“. I5 naopak předložil harmonogram, v němž je stanoveno, že terapie se provádí třikrát týdně zhruba 2 hodiny. Ze získaných dat tedy vyplývá, že expresivní techniky jsou pevně zakotvené v pravidelném harmonogramu aktivit pouze u poloviny dotazovaných.

Z hlediska časové náročnosti, informanti většinou uvedli, že doba trvání techniky je pouze orientační. I1, I3, I4 sdělili, že technika probíhá přibližně hodinu a I2, I5, I6 uvedli, že expresivní techniky u nich v zařízení trvají přibližně 2 hodiny.

Obrázek č. 4 – Průběh expresivních technik

Kategorie

Kódy

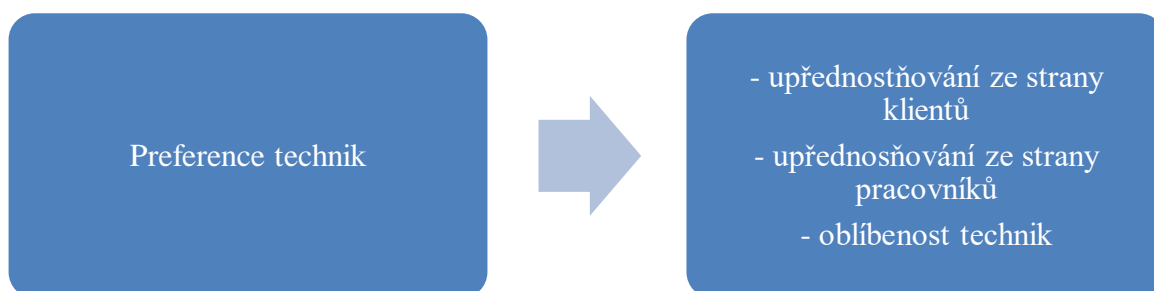


Vyjma I3 provádějí všichni dotazovaní expresivní techniky skupinově. Zapojení je pro klienty dobrovolné a sami si určují, zda se chtějí účastnit aktivně či pasivně. Z odpovědí informantů vyplývá, že průběh samotných technik má většinou podobný charakter. I5 uvedl „*Technika začíná přivítáním a naladěním klientů na aktivitu, kterou řídí pracovník (někdy i za pomoci klientů)*“. I6 sdělil, že při arteterapii jsou ve skupině maximálně 3 klienti, naproti tomu u muzikoterapie se účastní libovolný počet klientů. I4 poukázal na to, že technik se zúčastňují klienti, kterým to dovolí psychický a zdravotní stav. I2 uvedl „*Při technikách používáme různé pomůcky. Při muzikoterapii používáme jednoduché hudební nástroje. Klienti se rádi zapojují*“. I4 zdůrazňuje, že na konci techniky je důležitá zpětná vazba. Snaží se proto s klienty mluvit o pocitech a celou techniku společně zhodnotit. I1 po ukončení práce s klienty plánuje další setkání. I3 jako jediný z dotazovaných provádí vždy pouze individuální expresivní techniku. V rozhovoru uvedl: „*S klientem děláme to, co ho nejvíce baví*“.

Obrázek č. 5 – Preference technik

Kategorie

Kódy



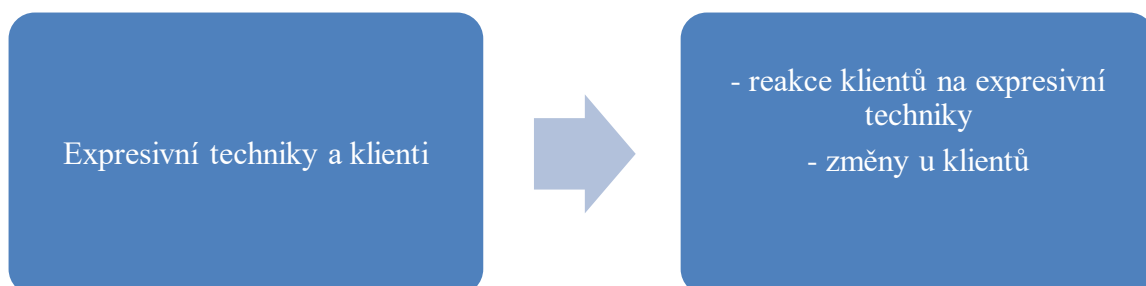
Podle všech informantů, je v jejich zařízení nejčastěji využívána muzikoterapie a arteterapie. Dle I5 je to dále i biblioterapie a poetoterapie a dle I1 a I4 se primárně zaměřují na pohybovou a taneční terapii.

I1, I3 a I4 uvedli, že techniky jsou vybírány na základě preferencí samotných klientů. Informanti se shodli, že mezi nejoblíbenější techniky patří muzikoterapie a taneční a pohybová terapie. I4 dále dodal: „*Někdy je to těžké vybrat techniku. Někteří klienti nám sdělují nonverbálně, jakou techniku mají v oblibě*“. Dále se informanti shodli, že techniky provádí zhruba třikrát týdně, ale řídí se především zájmem klientů. I2, I5 a I6 mají pevně stanovenou, kdy jakou techniku vykonávají. I6 dodal, že pokud to čas dovolí a klienti mají zrovna zájem o konkrétní techniku, například arteterapii, je jim vyhověno.

Obrázek č. 6 – Expresivní techniky a klienti

Kategorie

Kódy



Všichni informanti se shodli, že expresivní techniky klientům vyhovují. I1 uvedl, že klienti se po praktikování techniky snadno uklidní, uvolní a více se smějí. I5 doplnil, že klienti, kteří obvykle příliš nekomunikují, začnou být po provedení techniky hovornější a sdílnější. I4 uvedl, že klienti jsou pak šťastnější, spokojenější a plní emocí a dojmů.

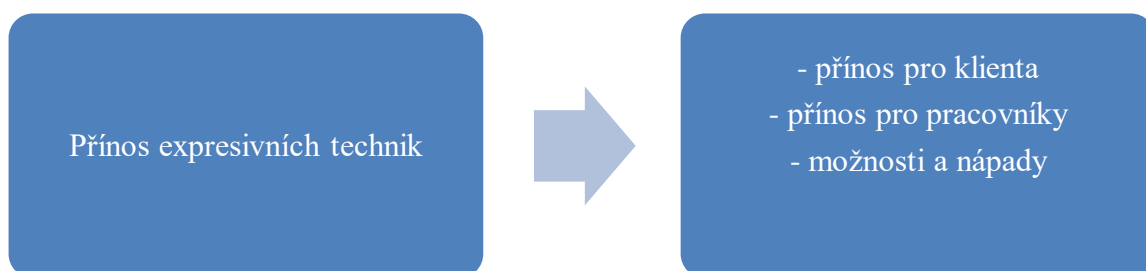
Dále všichni informanti uvedli, že zbytek dne po provedení techniky je jiný, než běžný den. I2 uvedl, že uvolněný stav u klientů zpravidla přetrvává až několik hodin.

I2, I5 a I6 uvedli, že když se blíží den, kdy má proběhnout expresivní technika, lze u klientů pozorovat změnu chování a rázem jim jejich život připadá smysluplnější. I2 dále dodal, že u klientů se získaným postižením lze pozorovat zlepšení stavu – pomocí technik si vzpomínají na písně, tance, knihy a činnosti, které měli v oblíbenosti. I6 uvedl, že pokud se klienti do technik aktivně zapojují, dodává jim to pocit sounáležitosti.

Obrázek č. 7 – Přínos expresivních technik

Kategorie

Kódy



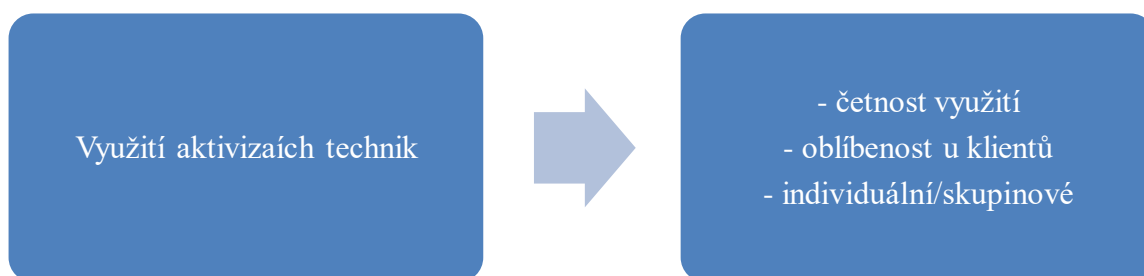
Informanti se shodli, že expresivní techniky jsou přínosné jak pro klienty, tak i pro pracovníky v zařízeních. I1 vnímal využití expresivních technik jako naplnění volného času u klientů. I5 zdůrazňuje klientovo uvolnění, které je důležité pro další práci s klientem. I6 dodal, že pro pracovníky je to vhodná příležitost k rozpoznání změny psychiky u klienta, což napomáhá k následnému pochopení a hlubšímu poznání jeho typu postižení. I4 poukázal na to, že expresivní techniky lze využít ve všech zařízeních, která se zaměřují na práci se zdravotně postiženými klienty, a z praxe soudí, že na základě výsledných pozitivních změn u klienta by se měly využívat v co nejširším měřítku.

I3 si myslí, že průběh a četnost využití expresivních technik je adekvátní k jeho náplni práce. I2, I5 a I6 shodně odpověděli, že by do svého harmonogramu zařadili více technik. I1 společně s I4 navrhovali, že by bylo vhodné, aby se expresivním technikám věnovalo více zaměstnanců v jejich zařízeních.

Obrázek č. 8 Využití aktivizačních technik

Kategorie

Kódy



Informanti dále uvedli, že mimo expresivních technik využívají při práci se zdravotně postiženými klienti i jiné techniky, konkrétně aktivizační techniky. Mimo I3 informanti shodně uvedli praktikování ergoterapie, společenských akcí a sportovních činností. Dále podotkli, že aktivity většinou probíhají skupinově. I3 uvedl, že s klientem tráví čas v přírodě. I6 využívá reminiscenční terapii a aromaterapii, které mají na klienty pozitivní vliv.

Na základě dat od informantů jsou aktivizační techniky u klientů oblíbené obdobně jako expresivní techniky. I4 uvedl: „*Zájmy klientů jsou velmi různorodé, někteří klienti upřednostňují expresivní techniky a jiní aktivizační techniky. Záleží na jejich psychickém rozpoložení a hlavně na tom, co je více baví*“. I6 podotknul, že zájem o jakékoli terapii je velmi individuální.

I1 uvedl, že v jeho zařízeních se využívá canisterapie, která je oblíbená u všech klientů, zvláště u klientů, kteří jsou ležící.

7 Diskuze

S využitím informací o expresivních technikách získaných v teoretické části práce byla provedena diskuze hlavních zjištění z realizovaného průzkumu. Diskuze se zabývá zhodnocením informací týkajících se informantů a jejich vztahu k expresivním technikám. Následně jsou diskutovány dané okruhy z kategorií a porovnávány s teoretickými znalostmi. Nejprve se jedná o poznatky o osobách se zdravotním postižením.

Autorka Krhutová (2013) rozlišuje zdravotní postižení na několik typů, které jsou definovány v kapitole 1. Autor Franiok (2008) toto rozdělení ještě doplnil. Osoby se zdravotním postižením mohou mít různé formy postižení. Tyto osoby navštěvují nebo jsou ubytováni v zařízeních, která poskytují sociální služby. Dále mohou pobírat příspěvek na péči, pokud splňují podmínky dané zákonem. Poskytované sociální služby lze vyhledat v registru sociálních služeb.

Expresivní techniky jsou techniky, v nichž hlavní roli hraje exprese. Dle Müllera et al. (2014) je exprese zvláštní typ lidské činnosti, ve které člověk vyjadřuje své vnitřní dojmy, pocity, stavy, nálady a zkušenosti. Důležité je si uvědomit rozdíl mezi terapií a technikou. Terapii může provádět pouze člověk s psychoterapeutickým výcvikem, zatímco techniku může využívat i člověk s akreditovaným kurzem či vzděláním v sociálním oboru dle zákona a ve speciální pedagogice. Expresivní techniky se dělí na muzikoterapii, arteterapii, biblioterapii, pohádkoterapii, teatroterapii, poetoterapii, psychodrama a taneční a pohybovou terapii. Všechny tyto expresivní techniky jsou popsány v kapitole 3.

Následně jsou diskutovány a popisovány dané okruhy z kategorií a porovnávány s teoretickými znalostmi. Byl zvolen polostandardizovaný rozhovor, který byl proveden s 6 informanty, jež pracují se zdravotně postiženými klienty v zařízeních poskytujících sociální služby v Jindřichově Hradci a jejich cílovou skupinou jsou osoby se zdravotním postižením.

Ze sekundární analýzy dat vyplynulo, že všechny vybrané organizace vykazují expresivní techniky ve výročních zprávách. Řadí k nim například i volnočasové aktivity, podporu osobního růstu či aktivizaci klientů.

Z výzkumu vyplývá, že 3 informanti z 6 mají vysokoškolské vzdělání v oblasti sociální práce a speciální pedagogiky. Zbylí 3 informanti mají středoškolské vzdělání v jiných oborech. Lze tedy vyvodit, že uvedení 3 informanti s vysokoškolským vzděláním mají předpoklad pro praktikování expresivních technik. Avšak dalším aspektem hrajícím velkou roli v oblasti využití expresivních technik je absolvování psychoterapeutického kurzu. Dle Müllera et al. (2014) se jedná o výukový a výcvikový proces, při kterém se stává z člověka kvalifikovaný psychoterapeut. Ten však absolvoval pouze jeden z informantů. Tento informant může provádět expresivní terapie. Zbylých 5 informantů provádějí expresivní techniky nebo prvky expresivních technik.

Lze tedy vyvodit, že většina informantů nemá pro využívání expresivních technik či terapií dostatečné vzdělání. Řada z nich sice absolvovala některé kvalifikační kurzy, ale většinou šlo o kurzy, které jim nabízel sám zaměstnavatel. Poměrná část informantů ještě dodala, že absolvují dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 24 hodin vzdělávání, které jim poskytuje zaměstnavatel. Informanti, kteří neabsolvovali psychoterapeutický výcvik, se shodli na tom, že by si ho rádi doplnili.

Ze zjištěných informací lze vyvodit, že informanti znají některé expresivní techniky, avšak pouze 2 z nich znají všechny výše uvedené. Faktem ale je, že při práci s klienty nevyužívají všechny, které znají. Všichni dotazovaní praktikují Muzikoterapii. Arteterapii využívají 4 informanti a psychodrama provádí pouze jeden informant. Pouze jeden informant zná všechny expresivní techniky a se všemi také aktivně pracuje. Informanti se shodli, že čtou odbornou literaturu. I2 a I6 mají v zařízení vlastní knihovnu s odbornými publikacemi.

Kromě toho informanti uvedli, že v jejich zařízeních se věnují expresivním technikám i jiní zaměstnanci, avšak externě k nim nikdo za účelem expresivních technik či terapií nedochází. Pouze jeden informant uvedl, že do jejich zařízení dochází externí pracovník a to za účelem canisterapie. Tato aktivizační činnost je u klientů oblíbená.

Z výzkumu vyplynulo, že průběh expresivních technik se u vybraných zařízení příliš neliší. Většinou probíhá ve skupině po dobu jedné až dvou hodin a klienti se zapojují dle vlastního uvážení. Někdy jsou klienti aktivní a jindy zaujmou pouze pasivní postoj. Informanti se shodli, že je to velmi individuální. Záleží na psychickém rozpoložení klienta a na typu jeho postižení. Někteří klienti mají zájem chvíli techniku řídit. Při expresivních technikách informanti společně s klienty využívají různé pomůcky. U

muzikoterapie jsou to hudební nástroje nebo samotné rádio. U arteterapie je to řada výtvarných pomůcek a u taneční a pohybové terapie poslouchají hudbu a používají sportovní pomůcky.

Na základě odpovědí informantů vyplynulo, že 3 informanti mají v zařízeních pevně stanovené časy, kdy expresivní techniky probíhají. Zbylí 3 informanti uvedli, že s technikami pracují dle zájmu klientů.

Dále informanti uvedli, že dle jejich názoru, jsou expresivní techniky pro klienty přínosné. Uvedli, že po provedení expresivních technik jsou klienti klidnější, šťastnější a uvolněnější. Dále lze u klientů zaznamenat změnu psychiky, což je vhodné pro hlubší pochopení klienta a porozumění jeho typu zdravotního postižení. Mimo jiné lze pomocí expresivních technik klienty připravit i na jiné aktivity.

Mimo expresivních technik používají pracovníci vybraných zařízení i jiné techniky a činnosti, například aktivizační činnosti. Dle Holczerové a Dvořáčkové (2013) se jedná o činnosti, které u klientů vyplní volný čas. Informanti uvedli, že na klienty mají obdobný vliv jako expresivní techniky.

8 Závěr

V rámci teoretických poznatků o zdravotně postižených, systému sociálních služeb a expresivních technik, byl proveden výzkum, za účelem stanoveného cíle bakalářské práce. Tento výzkum byl proveden kvalitativní formou s využitím metody polostandardizovaného rozhovoru. Zjištěné informace byly tříděné otevřeným kódováním a sekundární analýzou dat. Na základě diskuze výsledků byly vyvozeny hlavní závěry na předem stanovené výzkumné otázky.

Cílem bakalářské práce bylo *zjistit, jaké expresivní techniky jsou využívány při práci se zdravotně postiženými klienty v organizacích, které poskytují sociální služby v Jindřichově Hradci*. Tento cíl jsem naplnila tak, že jsem v registru sociálních služeb vyhledala zařízení, která jsou v Jindřichově Hradci a která se zaměřují na cílovou skupinu osob se zdravotním postižením. Dále jsem provedla polostandardizované rozhovory s pracovníky vybraných zařízení. Závěry z rozhovorů s pracovníky jsem zpracovala a následně vyšly výsledky, jaké expresivní techniky využívají.

Tyto výsledky jsou podrobněji zpracované v praktické části práce.

Při sběru dat k praktické části této práce mě zaujalo, že všichni pracovníci znali nejméně tři expresivní techniky a že někteří z nich znali všechny. Nejvíce sdílí byli informanti při kladení otázek na přínos expresivních technik pro klienta.

Myslím si, že expresivní techniky začínají být čím dál víc oblíbené. Informanti sami poznali pozitivní změny u klientů po využití expresivních technik. Někteří uvedli, že v budoucnu budou zařazovat další expresivní techniky do náplně práce.

I když jsou expresivní techniky jen jedny z mnoha technik, pomáhají, baví a jsou oblíbené jak u pracovníků, tak hlavně u klientů.

Vzhledem k získaným informacím hodnotím splnění stanoveného cíle kladně.

Bakalářská práce může být přínosná jak pro studenty sociálních oborů a oborů speciální pedagogiky, tak pro zaměstnance a zaměstnavatele organizací, které mají za cílovou skupinu osoby se zdravotním postižením.

9 Seznam použitých zdrojů

- American Psychiatric Association. 2013. *DSM-5: Intellectual Disability* [online]. 2013 [cit. 2018-12-07]. Dostupné z: <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5>.
- ARNOLDOVÁ, A., 2015. *Sociální péče: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. 240 s. ISBN 9788024751474.
- ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. 329 s. ISBN 8024751488.
- ATLAS.TI., 2019. *What is ATLAS.ti?* [online]. [cit. 2019-08-08]. Dostupné z: <https://atlasti.com/product/what-is-atlas-ti/>
- BLÍŽIL, J., 2018 *Výroční zpráva CSS JH* [online]. [cit. 2019-08-08]. Dostupné z: <https://www.dsjh.cz/file.php?nid=15056&oid=6260881>
- DOSEDLOVÁ, J., 2012. *Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3711-9.
- EDWARDS, J., 2016. *The Oxford Handbook of Music Therapy*. Oxford University Press. 981s. ISBN 9780199639755.
- FRANIOK, P., 2008. *Vzdělávání osob s mentálním postižením: (inkluzivní vzdělávání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením)*. Vyd. 3., dopl. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. ISBN 8073686228.
- GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada, Pedagogika (Grada). ISBN 9788024733791.
- GULOVÁ, L., ŠÍP, R., 2013 ed. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada. ISBN 9788024743684.
- HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 8073674858.
- HOLÁ, L., 2013. *Mediace a možnosti využití v praxi*. Praha: Grada. ISBN 8024741091.
- HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 8024746972.

- JAKŠOVÁ, H., 2018. *Výroční zpráva Ledax o.p.s.* [online]. [cit. 2019-08-08]. Dostupné z: <https://www.ledax.cz/files/lx-rozcestnik/uploads/files/vyrocnizpravy/lx-vz-2018-verze8-komplet.pdf>
- JENNINGS, S., 2014. *Dramatherapy with Children and Adolescents*. Routledge. ISBN 9781317799139.
- JURÍČKOVÁ, L., et al., 2014. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada. ISBN 8024747863.
- KANTOR, J., et al., 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788024728469.
- KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada. ISBN 8024711109.
- KOZEL, R., et al., 2011. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. Grada Publishing a.s., 304s. ISBN 9788024772981.
- KRHUTOVÁ, L., 2013. *Sociální práce a lidé se zdravotním postižením*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-290-6.
- KROUPOVÁ, K., et al., 2016, *Slovník speciálněpedagogické terminologie: Vybrané pojmy*. Praha Grada. 328 s. ISBN 8027193443.
- LEČBYCH, M., 2008. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024420714.
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 9788024721385.
- MÁLKOVÁ, M., 2018. *Výroční zpráva Otevřená okna z.ú.* [online]. [cit. 2019-08-08]. Dostupné z: <http://otevrenaokna.cz/wpcontent/uploads/2019/06/Vyrocnizprava2018.pdf>
- MPVS., 2019. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. [cit. 2019-01-08]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/>
- MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada. ISBN 8024750341.

- MÜLLER, O. et al., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
- NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 204 s. ISBN 9788024737096.
- OPATŘILOVÁ, D. et al., 2012. *Intervence u dětí se zdravotním postižením v raném věku: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 9788073152406.
- PAYNE, H., 2013. *Dance Movement Therapy: Theory, Research and Practice*. Routledge. 264 s. ISBN 9781135169039.
- POTMĚŠILOVÁ, P., a SOBKOVÁ P., 2012. *Arteterapie a artefietika nejen pro sociální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024431208.
- SHECHTMAN, S., 2008. *Treating Child and Adolescent Aggression Through Bibliotherapy*. Springer Science & Business Media. 239 s. ISBN 9780387097459.
- SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2014. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024743424.
- SVOBODA, P., 2007. *Poetoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 8024416824.
- SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, Pedagogika (Grada). ISBN 9788027100958.
- ŠAUEROVÁ, M., 2013. *Speciální pedagogika v praxi: Komplexní péče o děti se SPUCH*. Grada Publishing a.s., 248 s. ISBN 8024781867.
- ŠVARŤÍČEK, R., et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 8073673134.
- VALENTA, M., 2011. *Dramaterapie*. 4., aktualiz. a rozš. vyd., V nakl. Grada 2. Praha: Grada. ISBN 8024738511.
- VALENTA, M., et al., 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada. ISBN 8024738295.

VALENTA, M., et al. 2018. *Mentální postižení: 2. přepracované a aktualizované vydání*. Praha: Grada. ISBN 8027103789.

VYMĚTAL, J., et al., 2007. *Speciální psychoterapie. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. ISBN 8024713152.

WORLD HEALTH ORGANIZATION., 2015. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (The) ICD-10. Fifth Edition.*, Nonserial Publications WHO, ISBN 9789241549165.

ZEZULKOVÁ, E., 2013. *Rozvoj komunikační kompetence žáků s lehkým mentálním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. ISBN 9788074643958.

Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. 2006. In: Sbíрка zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění, částka 37/2006. ISSN 1211 - 1244

Zákon č. 89/2012 Sb. Zákon občanský zákoník. 2012. In: Sbíрка zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění, částka 33/2012. ISSN 1211 - 1244

10 Seznam příloh

Příloha č. 1. – Osnova otázek do rozhovoru

Příloha č. 2 – Tabulka č. 2

Příloha č. 3 – Informovaný souhlas

Příloha č. 1 – Osnova otázek k rozhovoru

1. Kolik je vám let?
2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání a v jakém oboru?
3. Jak dlouho již pracujete v zařízení, kde jste momentálně zaměstnán/a?
4. Jak dlouho již pracujete se zdravotně postiženými klienty?
5. Jaká je vaše pozice v zaměstnání?
6. Máte psychoterapeutický výcvik, kurz či jinou profesní přípravu?
7. Pokud nemáte psychoterapeutický výcvik, chtěl/a byste si doplnit vzdělání, abyste mohl/a vykonávat expresivní terapie a nikoliv pouze expresivní techniky?
8. Znáte některou z následujících expresivních technik?
 - Muzikoterapie
 - Arteterapie
 - Biblioterapie
 - Pohádkoterapie
 - Teatroterapie
 - Poetoterapie
 - Psychodrama
 - Taneční a pohybová terapie
9. Čtete odbornou literaturu k Vaší práci?
10. Používáte expresivní techniky při práci s klienty?
11. Používá expresivní techniky někdo ze zaměstnanců ve vaší organizaci nebo k Vám někdo externě dochází?
12. Používáte často nějakou expresivní techniku/terapii nebo některé prvky expresivních terapií?
13. Zkuste prosím stručně popsat průběh využívání expresivní techniky/terapie při práci s klienty.
14. Používáte expresivní techniku/terapii se všemi klienty?
15. Myslíte si, že klientům expresivní techniky/terapie vyhovují?
16. Můžete u klientů po provedení expresivních technik/terapií sledovat nějaké změny?
17. Preferují sami klienti nějakou expresivní techniku/terapii? Pokud ano, jakou?
18. Myslíte si, že jsou expresivní techniky/terapie pro klienty přínosné? Prosím, rozved'te.

Příloha č. 2

Tabulka č. 2 – Vybraná zařízení

Název poskytovatele	Zařízení poskytovatele	Sociální služby ¹
Ledax o.p.s.	Ledax o.p.s.	Pečovatelská služba
Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec	Sociální služby Česká	Denní stacionář Domovy pro osoby se zdravotním postižením Týdenní stacionáře
Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec	Domov seniorů Jindřichův Hradec	Domovy pro seniory Domovy se zvláštním režimem
Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec	Chráněné bydlení Naplno	Chráněné bydlení
Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec	Poradna pro lidi v nouzi	Odborné sociální poradenství
Jihočeské centrum pro zdravotně postižené a seniory o.p.s.	Jihočeské centrum pro zdravotně postižené a seniory o.p.s. pracoviště Jindřichův Hradec	Odborné sociální poradenství
Otevřená Okna z.ú.	Sociálně terapeutická dílna „Okénko“	Sociálně terapeutické dílny
Otevřená Okna z.ú.	Chráněné bydlení Okénko	Chráněné bydlení
MESADA., z.s.	Sociální rehabilitace MESADA., z.s.	Sociální rehabilitace
Město Jindřichův Hradec	Rodinná poradna Jindřichův Hradec	Odborné sociální poradenství

Zdroj: MPVS., 2019

¹ Podrobnější definici sociálních služeb uvádím v kapitole 2.6.

Příloha č. 3

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je zjistit, jaké expresivní techniky jsou využívány při práci se zdravotně postiženými klienty v organizacích, které poskytují sociální služby v Jindřichově Hradci. Výzkum bude proveden formou polostrukturovaného rozhovoru, který obsahuje 18 otázek. Délka rozhovoru je přibližně půl hodiny.

Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika: získání nových vědomostí v oblasti expresivních technik a riziko nevyplývá žádné, ochrana osobních údajů bude zajištěna tím, že v práci nezveřejním Vaše jméno ani Vaše zaměstnání.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Student/ka mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studenta/ky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studenta/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý student/studentka.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce): _____

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis studenta/studentky: _____
