

**UNIVERZITA
JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

magisterské kombinované studium

2010 – 2012

Diplomová práce

Bc. Petra Punnerová

Aktivizační, terapeutické a komunikační
přístupy v péči o osoby s mentálním postižením

Praha 2012

Vedoucí diplomové práce:
Mgr. Miroslava Kotvová

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined Studies

2010-2012

Master Thesis

Bc. Petra Punnerová

Actuate, therapeutic and communications
accesses in charge of persons to mental
handicapped

Prague 2012

The Master Thesis Work Supervisor:
Mgr. Miroslava Kotvová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 22. 3. 2012

Bc. Petra Punnerová

vlastnoruční podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat mé vedoucí diplomové práce Mgr. Miroslavě Kotvové a Mgr. Andree Žilkové, PhD. za odborné vedení, pomoc a rady při zpracování této práce a zároveň i kolegům v zaměstnání za podporu a zkušenosti, o které se se mnou podělili při tvorbě této práce. Nesmím zapomenout ani na organizace, které mi pomohly v podobě vrácení dotazníků, bez kterých by nebylo možné vypracovat praktickou část této práce.

Anotace

Tato diplomová práce se zabývá v teoretické části možnostmi aktivizačních činností, nejvyužívanějšími druhy terapií a komunikačními přístupy při péči o osoby s mentálním postižením, které jsou nejen v sociálním či zdravotnickém zařízení, ale také v rodině. Část praktická pak formou dotazníkového šetření zkoumá využívání výše zmíněných přístupů v zařízeních v Královéhradeckém kraji.

Klíčové pojmy:

Aktivizace, alternativní komunikace, arteterapie, augmentativní komunikace, bazální stimulace, canisterapie, dospělost, dramaterapie, ergoterapie, Makaton, mentální retardace, muzikoterapie, neverbální komunikace, piktogramy, psychopedie, sebeobhajování, snoezelen, terapie, verbální komunikace, Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS, znak do řeči

Annotation

This dissertation deals with the theoretical possibilities of socializing and physical activity, the most used types of therapy and communication approaches to caring for people with mental disabilities who are placed not only in social or health center, but also in the family. The practical part of the questionnaire investigation examines the use of these approaches in institutions in the region.

Key words

Adulthood, alternative communication, art therapy, augmentative communication, basal stimulation, canistherapy, drama therapy, ergotherapy, Makaton, mental retardation, Music therapy, non verbal communication, pictograms, Picture Exchange Communication System – PECS, psychopaedia, selfdefending, Sign to speech, Snoezelen, therapy, verbal communication

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1. VYMEZENÍ POJMŮ	11
1.1. Psychopedie	11
1.2. Mentální retardace	13
1.2.1 Mentální retardace dle vzniku	13
1.2.2 Mentální retardace dle inteligenčního kvocientu	14
2. DOSPĚLOST A MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ	17
2.1. Terminologie dospělosti	17
2.2. Charakteristika dospělosti	18
3. AKTIVIZAČNÍ PŘÍSTUPY	19
3.1 Aktivizace spojená s přípravou pokrmů a stolování	19
3.2 Sebeobhajování	20
3.3 Aktivizace spojená se vzděláváním	21
3.4 Pohybová aktivizace	25
3.5 Aktivizace prostřednictvím skautské činnosti	26
4. TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY	31
4.1 Arteterapie	32
4.2 Bazální stimulace	33
4.3 Canisterapie	37
4.4 Dramaterapie	42
4.5 Ergoterapie	44
4.6 Muzikoterapie	47
4.7 Snoezelen	49
5. KOMUNIKAČNÍ PŘÍSTUPY	50
5.1 Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS	51
5.2 Piktogramy	52
5.3 Znak do řeči	53
5.4 Makaton	54
PRAKTICKÁ ČÁST	
6. Cíl šetření	57

6.1	Cílová skupina	57
6.2	Analýza dat	58
6.3	Závěr šetření	69
	ZÁVĚR	70
	SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY	71
	SEZNAM POUŽITÉ ZAHRANIČNÍ LITERATURY	76
	SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ.....	77

ÚVOD

Tato diplomová práce si klade za cíl odhalit za pomoci dostupných tištěných i elektronických materiálů možnosti, jak přistupovat k osobám s mentálním postižením. Základem je seznámit se problematikou mentálního postižení, a jelikož se tato práce zabývá převážně dospělými osobami, tak také s dospělostí a jejími úskalími.

Osoby s mentálním postižením se potřebují více než jiné „zdravé“ osoby rozvíjet a k tomu pomáhá v současné době již rozvinutá síť sociálních služeb, které na sebe navazují a spolupracují spolu (ať už se jedná o státní nebo nestátní subjekty). Tím má jedince možnost vybrat si službu, která by mu nejvíce vyhovovala, ale zároveň se mu nezavírají vrátka ke službě jiné.

Každý člověk potřebuje být aktivizován nejen z důvodu získání nových znalostí, dovedností, zdravějšímu životnímu stylu, ale také proto, aby se lépe začlenil do společnosti, která od každého člověka vyžaduje právě znalosti, dovednosti, kterými by měl člověk oplívat.

Nemalý potenciál v odstraňování nejrůznějších handicapů mají také terapie, kterých je na našem trhu již veliké množství. Kromě všeobecně známých terapií, jako je např. canisterapie, muzikoterapie apod. se však diplomová práce zmiňuje o méně známé terapii Snoezelen, která má velmi blízko k relaxační metodě.

V poslední kapitole teoretické části se pak zaměřuje na komunikační přístupy, které pomáhají ke kompenzaci či rozvinutí narušené komunikační schopnosti a to pomocí symbolů, gest, zvuků, či kombinací výše zmíněných. I tyto přístupy se odvíjí od individuality každého jedince. Základem však je, že pokud existují zbytky řeči, tak se podporují.

V praktické části se tato práce zabývá otázkou využívání aktivizačních, terapeutických a komunikačních přístupů v zařízeních Královéhradeckého kraje, poskytujících této cílové skupině sociální či zdravotnické služby.

TEORETICKÁ ČÁST

1. VYMEZENÍ POJMŮ

1. 1 Psychopedie

Mentální retardací a mentálním postižením se zabývá vědní obor psychopedie, jejíž název je etymologickou složeninou z řeckého psyché – duše a paideia – výchova. Tento pojem se odprostil v polovině minulého století od logopedie a vznikl jako samostatný obor, na který lze nahlížet v užším či širším pojetí.

V užším pojetí vnímáme psychopedii jako speciálně pedagogickou disciplínu, zabývající se edukací osob s mentálním či jiným duševním postižením a zkoumáním výchovných (formativních) a vzdělávacích (informativních) vlivů na tyto osoby.

Ve druhém, širším, kontextu je pak možné nahlížet na psychopedii jako na interdisciplinární obor zabývající se prevencí, prognostikou mentální retardace či jiných poruch se zřetelem na edukaci, reedukaci, terapeuticko-formativní intervenci, diagnostiku, rehabilitaci, kompenzaci, integraci a socializaci či resocializaci klienta s mentálním či jiným duševním postižením.

Z toho vyplývá, že **psychopedie** je vědní obor zabývající se osobami s mentální retardací či osobami jinak duševně postiženými a jejich socializací v nejširším slova smyslu.¹

Dle autorů Baja a Vaška² lze psychopedii (v této publikaci uváděné jako pedagogika mentálně postižených) vysvětlit jako vědní obor zabývající se budováním a rozvíjením teorií, tj. vymezením základních pojmů, kategorií, se kterými se pracuje, zkoumáním speciálněpedagogických jevů, procesů a objevování zákonů a zákonitostí, kterými se řídí.

¹ VALENTA, M. MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. 1. vyd. Praha : Nakladatelství Parta, s. r. o., 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

² BAJO, I. VAŠEK, Š. *Pedagogika mentálně postižených (Psychopédia)*. 1. vyd. Bratislava : Sapiencia, 1994. ISBN 80-967180-1-0.

1. 2 Mentální retardace

Mentální retardací se dle Švarcové³ rozumí „trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku.“ Dále tato autorka ve stejné publikaci uvádí, že se tento stav projevuje během celého vývoje člověka a postihuje všechny složky inteligence, jakož jsou poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Mentální retardace se může vyskytovat sama, ale také s přidruženými somatickými nebo duševními poruchami. (MKN-10, 2008)⁴

Na mentální retardaci se lze dívat z různých hledisek. Z medicínského se jedná o difúzní poškození mozkové hmoty, nedostatky v dozrávání, jejímž důsledkem je snížení mentálních výkonů. Psychologie zdůrazňuje snížení inteligence, kdy se míra snížení zpravidla vyjadřuje pomocí inteligenčního kvocientu. Speciální pedagogika ji chápe jako nedostatečnou schopnost měnit informace na poznatky, v důsledku toho transformovat věci a události do symbolických forem, toto si uchovávat a vybavovat.⁵

Mentální retardaci lze dělit podle:

- doby vzniku
- inteligenčního kvocientu

1.2.1 Mentální retardace dle vzniku

Mentální retardaci lze získat v různých stádiích vývoje člověka a to následovně:

- vrozená nebo částečně získaná mentální retardace
- získaná mentální retardace, tj. demence

³ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace. Vzdělávání, výchova, sociální práce*. 3. vyd. Praha : Portál, s. r. o., 2006. s. 29. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.

⁴ SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. 2. Vyd. ISBN 978-80-904259-0-3.

⁵ KOLEKTÍV AUTOROV. *Výchova a vzdelávanie dospelých. Andragogika. Terminologický a výkladový slovník*. 1. vyd. Bratislava : Svornosť, a. s., 2000. 547 s. ISBN 80-08-02814-9. ISSN 1335-3403.

- sociálně podmíněná mentální retardace, tj. pseudooligofrenie⁶

Vrozená nebo částečně získaná mentální retardace

„Jde o vrozený (v genové i negenové podobě) nebo časně získaný (do 18 – 24 měsíců věku) rozumový deficit na základě poškození mozku (CNS), který je přes všechna opatření postižením víceméně trvalého rázu (opožďení lze zmírnit, nikoliv vyrovnat).“⁷

Získaná mentální retardace – demence

K demenci dochází na základě nezvratného, trvalého úbytku rozumových schopností z důvodu organického poškození mozku z různých příčin.⁸

Sociálně podmíněná mentální retardace – pseudooligofrenie

Tento stav může být přechodným až zvrátným a vzniká v důsledku poškození rozumového vývoje sociálními vlivy, především výchovnou zanedbaností.

U žáků s pseudooligofrenií se projevují také specifické vzdělávací potřeby a vyžadují speciální péči a podporu.⁹

1.2.2 Mentální retardace dle inteligenčního kvocientu

Stupeň mentální retardace se měří standardizovanými testy inteligence a dle zjištěných údajů je rozdělena v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů. V této

⁶ VÍTKOVÁ, M. in ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do teorie a praxe psychopedie. I. díl.* Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2006. s. 25. 138 s. ISBN 80-7372-042-6.

⁷ ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do teorie a praxe psychopedie. I. díl.* Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2006. s. 25. 138 s. ISBN 80-7372-042-6.

⁸ ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie.* Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2003. 107 s. ISBN 80-7083-696-2.

⁹ ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie.* Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2003. 107 s. ISBN 80-7083-696-2.

klasifikaci spadají pod poruchy duševní také poruchy chování s následujícím označením.

F70 – Lehká mentální retardace

IQ je cca 50 až 69 (u dospělých mentální věk 9 – 12 let). Projevuje se obtížemi při školní výuce, dospělý jsou převážně schopni práce, dokáží udržovat sociální vztahy a přispívají k životu ve společnosti.

F71 – Střední mentální retardace

IQ je cca 35 až 49 (u dospělých mentální věk 6 – 9 let). Projevuje se vývojovým opožděním v dětství, někteří dosáhnou přiměřené komunikace a školních dovedností, nezávislosti a soběstačnosti. V dospělosti budou potřebovat různý stupeň podpory.

F72 – Těžká mentální retardace

IQ je cca 20 – 34 (u dospělých mentální věk 3 – 6 let). Tento stav vyžaduje trvalou potřebu podpory.

F73 – Hluboká mentální retardace

IQ je nejvýše 20 (u dospělých mentální věk pod 3 roky). Osoby v tomto stavu jsou nesamostatní a potřebují pomoci při pohybu, hygienické péči a komunikaci.

F78 – Jiná mentální retardace

Tato kategorie se používá tehdy, je-li stanovení stupně inteligence pomocí obvyklých metod nesnadné či nemožné z důvodu přidruženého poškození.

F79 – Neurčená mentální retardace¹⁰

Každá z těchto mentálních retardací postihuje různé oblasti lidského vývoje. Jejich průvodní jevy lze shrnout následovně do tabulky (viz. tabulka č.1):

¹⁰ Psychiatrické centrum Praha. *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Vyd. 2. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. s. 236 – 237. 306 s. ISBN 80-85121-44-1.

Tabulka č.1 Průvodní jevy mentální retardace.¹¹

	Mentální retardace			
	Lehká (IQ 50-69)	Středně těžká (IQ 35 – 49)	Těžká (IQ 20 – 34)	Hluboká (IQ nižší než 20)
Neuropsychický vývoj	Omezený, opožděný	Omezený, výrazně opožděný	Celkově omezený	Výrazně omezený
Somatická postižení	ojedinelá	Častá, častý výskyt epilepsie	Častá, neurologické příznaky, epilepsie	Velmi častá, neurologické příznaky, kombinované vady tělesné a smyslové
Poruchy motoriky	Opoždění motorického vývoje	Výrazné opoždění, ale postižení jsou mobilní	Časté stereotypní automatické pohyby, výrazné porušení motoriky	Většinou imobilní nebo výrazné omezení pohybu
Poruchy psychiky	Snížení aktivity psychických procesů, nerovnoměrný vývoj, funkční oslabení, převládají konkrétní, názorné a mechanické schopnosti	Celkové omezení, nízká koncentrace pozornosti, výrazně opožděný rozvoj chápání, opožděný rozvoj dovedností sebeobsluhy	Výrazně omezená úroveň všech schopností	Těžké postižení všech funkcí
Komunikace a řeč	Schopnost komunikovat většinou vytvořena, opožděný vývoj řeči, obsahová chudost, časté poruchy formální stránky řeči	Úroveň rozvoje řeči je variabilní; někteří jedinci jsou schopni sociální interakce a komunikace, verbální projev často bývá chudý,	Komunikace převážně nonverbální, neartikulované výkřiky, případně jednotlivá slova	Rudimentární nonverbální komunikace nebo nekomunikují vůbec

¹¹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace. Vzdělávání, výchova, sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.

		agramatický a špatně artikuloovaný		
Poruchy citů a vůle	Afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost, zvýšená sugestibilita	Nestálost nálady, impulzivita, zkratkovité jednání	Celkové poškození afektivní sféry, časté sebepoškozování	Těžké poškození afekticní sféry, potřebují stálý dohled
Možnosti vzdělávání	Na základě speciálního individuálního vzdělávacího programu	Na základě speciálních programů	Vytváření dovedností a návyků, rehabilitační vzdělávací program	Vytváření jednoduchých dovedností a návyků (rehabilitace, individuální péče

2. DOSPĚLOST A MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Jelikož se tato práce zabývá především prací s osobami s mentálním postižením dospělého věku, je třeba si definovat, co to vůbec dospělost je a jaká je její charakteristika.

2.1 Terminologie dospělosti

Dospělost [ze sanskrit. sphayati - spěti, směřovat k něčemu] je etapou životního cyklu mezi mládím a stářím a zároveň nejdelší životní fáze, která nelze jednoznačně vymezit. Za mezník se může pokládat dosažení právní dospělosti, zletilosti, ale akceptovatelnější je, že je dospělost vázána na zrání, tj. na věk (biologické hledisko) či na psychosociální znaky. Obecně lze říci, že dosažení dospělosti je spojeno s mnoha faktory, jako je:

- ❖ větší sebedůvěra
- ❖ sebejistota
- ❖ schopnost a ochota přijmout zodpovědnost, která z role dospělého vyplývá

a projevuje se změnou v mnoha oblastech:

- ❖ změna vztahů s rodiči
- ❖ osamostatnění
- ❖ celková změna vztahu k lidem
- ❖ sexuální zralost
- ❖ ekonomická samostatnost¹²

Nově získané a již dříve rozvinuté schopnosti a dovednosti v různých oblastech společenského života dávají optimální předpoklady na dosahování výjimečných výkonů.

¹² VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. Vyd. Praha : Portál, s.r.o., 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

2.2 Charakteristika dospělosti

Dospělost se dá dělit na 3 části (období):

- ❖ mladší dospělost (20 – 35 let)
- ❖ střední dospělost (35 – 45 let)
- ❖ starší dospělost (45 – 60 let)¹³

Mladší dospělost se vyznačuje vrcholem zdraví a síly, umožňující dosahovat vysoké tělesné i duševní výkonnosti. Celková vitalita tohoto období působí příznivě na získávání zkušeností a zručností, potřebných pro plnohodnotné uplatnění ve společnosti.

Střední dospělost se považuje za období životní stabilizace a doby vyvrcholení psychické a fyzické kondice.

Starší dospělosti pak pokračuje dozráváním z předcházejících období – snižuje se celková výkonnost a často dochází k psychickým a fyziologickým těžkostem.¹⁴

V případě, že dojde v období dospělosti k získané mentální retardaci, mluvíme o **demenci**, mezi jejíž desatero projevů patří:

- dezorientace v místě a čase
- chybné úsudky a úbytek soudnosti
- změny chování bez zjevných příčin (úzkostnost, podezíravost, aj)
- pokládání věcí na nesprávná místa
- ztráta iniciativy, pasivita, potřeba být veden
- problémy s vyjadřováním, neschopnost nalézt správná slova
- neschopnost provést změny v chování a náladě
- obtížné zvládnutí každodenních běžných úkolů
- potíže s abstraktním myšlením, včetně problémů s počítáním
- ztráta paměťových schopností, které ovlivňují pracovní dovednosti¹⁵

¹³ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. Vyd. Praha : Portál, s.r.o., 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

¹⁴ KOLEKTÍV AUTOROV. *Výchova a vzdelávanie dospelých. Andragogika. Terminologický a výkladový slovník*. 1. vyd. Bratislava: Svornosť, a. s., 2000. 547 s. ISBN 80-08-02814-9. ISSN 1335-3403.

¹⁵ ZGOLA, J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. Vyd. Grada : Publishing, a.s., 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

3. AKTIVIZAČNÍ PŘÍSTUPY

Každý jedinec, ať po psychické, duševní i fyzické stránce zdraví, či jakýmkoliv způsobem postižený, se během svého celého života aktivizuje ve všech oblastech svého života. Každý z nás, a handicapované z toho nevyjímaje, chce zažívat každodenní úspěchy z toho, co dělá, úspěchy z tzv. maličností. Chceme-li probouzet a udržovat u handicapovaných pocit smysluplného života, je třeba jim zprostředkovat drobné činnosti, které se mohou stát trvalou součástí jejich každodenního života. Tato kapitola si klade za cíl seznámit čtenáře s některými možnostmi aktivizace, vhodnými pro osoby s mentálním postižením.

3. 1 Aktivizace spojená s přípravou pokrmů a stolováním

Gastronomie a vše, co se týká přípravy pokrmů sehrává jednu z nejvýznamnějších rolí v aktivizaci handicapovaného jedince. Při nácviku je třeba dbát na předání základních informací o zdravé výživě, což je takové složení stravy a nápojů, které zajistí tělu potřebný přísun všech živin pro správné fungování jednotlivých orgánů a celého organismu a na základní pravidla při skladbě vhodného jídelníčku:

- sklon k obezitě
- stupeň a míra postižení
- nedostatečná činnost trávicí soustavy
- menší výdej energie z důvodu omezené hybnosti
- oběhové potíže
- omezení motoriky

3.2 Sebeobhajování

Každý člověk potřebuje někdy pomoci a to jak ve věcech jednodušších, tak i složitějších. Oblast lidských práv patří mezi ty složitější. Proto existují skupiny tzv. sebeobhájců, jejichž členy jsou osoby s mentálním postižením a jejich asistenti, kteří sebeobhájčům pomáhají s prosazováním jejich práv. První skupiny sebeobhájců vznikly na počátku 60. let minulého století ve Švédsku za účelem řízení volnočasových klubů osob s mentálním postižením jimi samotnými (podmínkou bylo získávání dovedností ve vzdělávacích kurzech). Postupně se kluby sebeobhájců sjednotily a zorganizovaly v roce 1968 svou první konferenci. V České republice vznikla první skupina sebeobhájců pod Společností pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR (SPMP ČR) v roce 1998 a od té doby se pomalu šíří po celé republice.¹⁶

Mezi hlavní cíle sebeobhajování, kterým je dle Crawleyho *“rozhodování se a vyjadřování touhy po změně v životě”*¹⁷, patří:

- mluvit sám za sebe – o tom co se líbí, nelíbí apod.
- stát si za svými právy
- rozhodovat o svém životě
- být nezávislý
- mít kontrolu nad vlastním životem
- převzít za sebe zodpovědnost¹⁸

Sebeobhájci mají možnost se při svých setkáních navzájem podporovat a mluvit o věcech, které jsou pro ně důležité. Zároveň se učí novým věcem a získávají nové přátele. Aby byla větší

¹⁶ ČERNÁ, M. et al. *Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: UK, 2009. ISBN 978-80-246-1565-3.

¹⁷ CROWLEY in ČERNÁ, M. et al. *Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: UK, 2009. S. 213. ISBN 978-80-246-1565-3.

¹⁸ EVROPSKÁ PLATFORMA SEBEOBHÁJCU. *Pravidla správné podpory*. Brusel: Inclusion Europe, 2005. ISBN 2-87460-060-1.

pravděpodobnost, že sebeobhájci budou fungovat, je důležité k nim sehnat dobrého asistenta. Tento asistent by měl skutečně poslouchat, co sebeobhájci říkají a být přesvědčený, že co skupina dělá, je dobrá věc. Předpokladem i je, že se sebeobhájci jedná jako s dospělými a vše za ně nedělá nebo za ně nerozhoduje. Zároveň by měl být schopen naučit je potřebné a užitečné věci.¹⁹

3. 3 Aktivizace spojená se vzděláváním

Každý má právo na vzdělání, ale zároveň také povinnost absolvovat povinnou devíti letou školní docházku.²⁰ Práva a povinnosti se tedy týkají i osob těžce zdravotně postižených nebo osob využívajících sociální služby (i pobytové), předpokládá se u nich, že povinnou školní docházku budou plnit jiným způsobem, než pravidelnou účastí ve vyučování.

Mezi jiné druhy **formy povinné školní docházky** patří:

- a) vzdělávání žáků, kteří mají hluboké mentální postižení,
- b) individuální vzdělávání, které probíhá formou nepravidelné účasti ve vyučování.²¹

V případě, že se jedná o dítě s hlubokým mentálním postižením, rozhoduje o způsobu jeho vzdělávání, na základě posouzení a doporučení odborného lékaře a školského poradenského zařízení, místně příslušný krajský úřad se souhlasem zákoného zástupce dítěte. Způsob vzdělávání, který byl vybrán, musí odpovídat fyzickým i duševním možnostem dítěte.²²

¹⁹ MIŠOVÁ, Z. *Zakládáme skupinu sebeobhájcov. Sprievodca (nielen) pre ľudí s mentálnym postihnutím*. Bratislava: ZPMP v SR, 2007. ISBN 978-80-969077-9-3.

²⁰ *Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání (školský zákon), § 36*

²¹ *Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání (školský zákon), §40*

²² *Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání (školský zákon), §42*

Pokud se jedná o **individuální vzdělávání**, rozhoduje o něm ředitel základní školy, kam byl žák přijat, na základě sepsané žádosti zákonného zástupce dítěte, kde se k takovéto formě vzdělávání vyjadřuje i školské poradenské zařízení. Tuto formu lze povolit pouze žákovi na prvním stupni ZŠ.²³

Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami jsou vzděláváni za pomoci podpůrných opatření (např. speciálních postupů, forem, metod, pomůcek – kompenzačních, učebních, rehabilitačních, možnost osobního asistenta při vyučování atd.) a to formou speciálního vzdělávání, pakliže u nich byly zjištěny speciální vzdělávací potřeby na základě speciálně pedagogického nebo psychologického vyšetření školským poradenským zařízením a jejich závažnost a rozsah je důvodem pro zařazení do speciálního vzdělávání.

Mezi **formy speciálního vzdělávání** patří vzdělávání:

- ❖ formou individuální integrace
 - v běžné škole
 - ve speciální škole určené pro žáky s různým druhem zdr. postižení,
- ❖ formou skupinové integrace
 - vzdělávání žáků ve třídě, oddělení nebo studijní skupině pro žáky se zdr. postižením zřízené v běžné škole
 - ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení,
- ❖ ve škole zřízené samostatně pro žáky se zdravotním postižením,
- ❖ kombinací výše uvedených bodů.²⁴

²³ - Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání (školský zákon), §41

²⁴ Sbírka zákonů č. 73/2005, o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

Individuální vzdělávací plán

Pro zajištění vhodného způsobu vzdělávání žáka, ať už individuálně či skupinově integrovaného žáka, nebo žáka s hlubokým mentálním postižením, slouží individuální vzdělávací plán (dále IVP), který se stanovuje na základě speciálně pedagogického vyšetření (popř. vyšetření a doporučení jiných odborníků a institucí), vyjádření zletilého žáka či zákonného zástupce nezletilého žáka a podle školního vzdělávacího programu.

IVP obsahuje, kromě informací o žákovi, i:

- způsob, obsah, rozsah a průběh poskytované péče
- cíle vzdělávání a rozvržení učiva, včetně způsobu hodnocení žáka
- vyjádření o potřebě další osoby podílející se na vzdělávání žáka
- seznam nezbytných pomůcek
- návrh na snížený počet žáků ve třídě
- předpokládané navýšení finančních prostředků, spojených se vzděláváním žáka se speciálními vzdělávacími potřebami

Vzdělávání dospělých s mentálním postižením

Pro potřeby této práce je ovšem důležité zaměřit se na dospělé jedince s mentálním postižením, u kterých lze vzdělávání považovat za důležitou náplň v životě (především u těch, kteří z jakéhokoliv důvodu nepracují). Při vzdělávání bývají uspokojovány základní lidské potřeby, které zobrazuje tzv. Maslowova pyramida lidských potřeb, zahrnující: potřeby fyziologické, jistoty, lásky, ocenění a seberealizace. Ovšem někteří jedinci s postižením si hodnoty jednotlivých potřeb uvědomí až po více letech (délka tohoto uvědomování je závislá na handicapu a vnějším prostředí) ve vzdělávacím procesu, při kterém je nutné vedení a podpora (a to ciloživotní), aby nedošlo ke ztrátě již získaných návyků, dovedností či znalostí.²⁵

²⁵ ČERNÁ, M. et al. *Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: UK, 2009. ISBN 978-80-246-1565-3.

Vzdělávání dospělých lze podle Černé²⁶ rozdělit do dvou kategorií, a to:

- základní vzdělávání pro jedince, kteří ho dosud nezískali
- další vzdělávání.

Základní vzdělávání

Při základním vzdělávání by mělo být dospělému jedinci s mentálním postižením umožněno získat vzdělání v rozsahu, který poskytují ZŠ, ZŠ praktické či speciální. Toto vzdělávání umožňují tři formy aktivit spojených se vzděláváním:

- individuální doučování – pod vedením speciálního pedagoga ze speciálně-pedagogického centra, nebo učitele ze ZŠ speciální
- večerní škola – zřízena nevládní organizací, která spolupracuje se ZŠ speciální
- kurz – pod patronací ZŠ, ZŠ praktické či ZŠ speciální²⁷

Další vzdělávání

Další vzdělávání by mělo navazovat na to, jaké již získal dospělý jedinec s mentálním postižením v předchozím vzdělávacím procesu. Zaměřuje se především na profesní (příprava na povolání) či celoživotní vzdělávání (sem patří především kurzy).²⁸

Přístupy ve vzdělávání

Aby byl proces vzdělávání efektivní, je třeba, aby byly učební plány přizpůsobeny druhu postižení a jeho stupni. Neméně důležitý je pak také individuální přístup, při němž dochází k posilování jedincových slabých stránek a zároveň se využívá stránek silných. Mezi další přístupy při vzdělávání patří přiměřenost a názornost (jedinec

²⁶ ČERNÁ, M. et al. *Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: UK, 2009. ISBN 978-80-246-1565-3.

²⁷ Tamtéž, 2009

²⁸ Tamtéž, 2009

s postižením se lépe naučí to, co může vnímat více smysly – sluchem, zrakem, hmatem, ...).

3. 3 Pohybová aktivizace

Délka života je prokazatelně delší u průměrně zdatných jedinců, než u jedinců málo zdatných. Proto by se i osoby s mentálním postižením měly zapojit do pohybových aktivit, aby přispěly ke zkvalitnění svého života. Sportem, ale také rozvíjením tělesné výchovy a turistiky zdravotně postižených všech věkových kategorií na území České republiky se zabývá Unie zdravotně postižených sportovců České republiky (dále UZPS).

Unie zdravotně postižených sportovců

UZPS vznikla v roce 1993 a jejím posláním je především všestranná podpora a rozvoj sportu zdravotně postižených, ale jak již bylo zmíněno výše, také rozvoj tělesné výchovy a turistiky těchto jedinců. UZPS tvoří 6 sportovních asociací, které jsou řádným nebo přidruženým členem Českého paralympijského výboru (ČPV) a reprezentují jednotlivé druhy trvalého zdravotního postižení. A jsou to:

- ❖ Česká asociace tělesně handicapovaných sportovců (ČATHS)
- ❖ Česká federace Spastic Handicap o. s. (ČFSH)
- ❖ Český svaz neslyšících sportovců (ČSNS)
- ❖ Český svaz vnitřně postižených sportovců o. s. (ČSVPS)
- ❖ Český svaz zrakově postižených sportovců o. s. (ČSZPS)
- ❖ Český svaz mentálně postižených sportovců o. s. (ČSMPS)²⁹

Český svaz mentálně postižených sportovců o. s.

Speciální olympiády (Special Olympics Inc.) byly založeny v 60. letech v USA sestrou J. F. Kennedyho, Eunice Kennedy Shriverovou.

²⁹ Unie zdravotně postižených jedinců [online]. 2011 – 2012 [cit. 2012-01-09]. Dostupné na WWW : <<http://www.uzps.cz>>

Ta tím dala vzniknout dalšímu prostředku pro rozvoj osobnosti mentálně postižených a jejich integraci. Vše za pomoci sportování. Hlavním posláním speciálních olympiád je zapojit co nejvíce osob s mentálním postižením do sportu a umožnit jim účast na soutěžích, kde při zařazování do skupin nezáleží na jejich věku či výše IQ, ale na jejich výkonnosti. Tyto skupiny jsou maximálně osmičlenné a každý sportovec se nakonec dočká uznání a ocenění. Oficiálním akreditovaným programem pod Special Olympics Inc. je v České republice České hnutí speciálních olympiád (ČHSO), které bylo založeno v roce 1990 a klade si za cíl následující:

- umožnit rozvíjet tělesnou zdatnost lidem s mentálním postižením
- podporovat odhodlání a odvahu
- prožívat radost
- rozvíjet dovednosti a schopnosti všech sportovců
- podporovat přátelství³⁰

3.3 Aktivizace prostřednictvím skautské činnosti

Pro pochopení, jak může skautská činnost pomoci aktivizovat jedince s mentálním postižením je důležité seznámit se s historií světového i českého skautingu, posláním a charakteristickými prvky skautingu a kompetencemi vůdců oddílů a rádců družin, kteří na jedince s mentálním postižením působí nejvíce.

Historie skautingu a jeho poslání

Za zrozením skautingu ve světě stojí dvě osobnosti. První z nich je zálesák, malíř a spisovatel z Ameriky, Ernest Thompson Seton, známý též jako Černý vlk. Tento bezesporu velký znalec přírody založil v roce 1902 hnutí Woodcraft Indians zaměřené především na chlapce.

³⁰ České hnutí speciálních olympiád. *Speciální olympiáda Česká republika*. Ústí nad Labem: PrintActive s. r. o., 2004.

V tomto hnutí se všichni jeho členové zabývali životem v přírodě a americkými Indiány, stejně jako rituály, symbolikou a výchovným programem v duchu lesní moudrosti. Druhou osobností, inspirující se prací E. T. Setona, je britský generál Sir Robert Baden-Powell. Tento muž podnikl v roce 1907 pokus o první skautský tábor na ostrově Brownsea, který skončil úspěšně. Během roku 1908 pak dokončil rukopis *Scouting for Boys*, který nabízel chlapcům ve srozumitelně formě skautský program. Ovšem na tuto knihu reagovaly i dívky, a Sir Baden-Powell byl nucen na tuto situaci nějak reagovat. Proto požádal v roce 1910 Agnes, svou sestru, zda by se ujala nového skautského hnutí *Girl Guides Association* (tuto funkci převzala v roce 1912 jeho přesně na den o 32 let mladší manželka Olave). Tím vzniklo ve Velké Británii skautské hnutí nejen pro chlapce, ale i pro dívky. A co výše zmíněné osobnosti skautingu přinesly? Setonovými největšími přínosy jsou láska k přírodě, romantičnost a poetičnost, kdežto Baden-Powellovými kázeň, organizace a pořádek.³¹

Na vzniku českého skautingu má středoškolský profesor tělocviku Antonín Benjamin Svojsík, vlastním jménem Antonín František Svojsík, který byl nadšen z výchovy mládeže v Anglii. Tento muž nejen, že se vydal v roce 1910 do Anglie, aby skautský systém, který se tu zrodil viděl na vlastní oči, ale také se ihned po návratu pustil do překladu knihy *Scouting for Boys*. Profesor Svojsík zůstal ale realista. Uvědomoval si, že co je dobré v Anglii, nemusí být ideální pro poměry naše. Proto zasvětil celý rok 1911 studiím skautského hnutí a na konci tohoto roku již uskutečnil první český skautský tábor u myslivny Vorlovna. Zde byl také vypracován, ve spolupráci s pedagogickými pracovníky systém výchovy Junáků. V roce 1912 se Junáci oficiálně sdružili pod spolek „Junák – český skaut“.³²

³¹ SVOJSÍK, A. B. *Základy junáctví*. 3. nezměněné vydání. Praha: Merkur, 1991. 727 s. ISBN 80-7032-001-x.

³² SVOJSÍK, A. B. *Základy junáctví*. 3. nezměněné vydání. Praha: Merkur, 1991. 727 s. ISBN 80-7032-001-x.

Posláním skautingu je rozvoj osobnosti a upevňování charakteru každého, kdo se přidá ke skautskému hnutí. Především jde o rozvoj sociálních, intelektuálních, mravních, tělesných a jiných schopností a o vytváření hodnotového systému. Aby bylo těchto cílů dosaženo, opírá se skauting o výchovnou metodu, kterou tvoří různé prvky (navzájem provázané), kterými jsou:

- ztotožnění se se skautským slibem a zákonem
- spolupráce mladých lidí s dospělými
- poznávání přírody a její ochrana
- stimulační programy
- služba společnosti
- učení hrou
- týmová spolupráce a odpovědnost za druhé
- zájem a podílení se na osobním rozvoji
- motivace formou symbolického rámce pro různé věkové skupiny³³

Skautská činnost a osoby s mentálním postižením

„Z hlediska zdravotnického má skautská činnost výraznou preventivní náplň, a to ve svém střídavém způsobu života a stravování, v pobytu a činnosti v přírodě, v ekologickém zaměření, v boji proti kouření a alkoholu.“

Br. Jiří Grossmann³⁴

Koncepce skautingu otvírá nejen dětem a mládeži bez handicapu, ale i s ním oblasti, se kterými se pomocí celoročních aktivit seznamují. Těmito oblastmi mohou být např. život v rodině, společnosti, přírodě apod. Přijetím jedince s handicapem do skautského oddílu dochází

³³ Stanovy Junáka – svazu skautů a skautek ČR. Schválené X. Valným sněmem Junáka ve Vsetíně dne 21. 10. 2001

³⁴ Brněnská rada Junáka. *Integrace zdravotně postižených dětí do skautské činnosti (možnosti a hranice z hlediska zdravotníků)*. Brno : Brněnská rada Junáka, 1991. 28 s.

k jeho integraci, která je výhodná pro obě skupiny členů skautského oddílu – děti či mládež s handicapem se cítí důležitá při přijetí mezi své zdravé vrstevníky a zároveň jim to pomáhá k lepšímu psychickému, fyzickému a socializačnímu vývoji. Druhá skupina, bez handicapu, se zase na oplátku naučí žít a vyrůstat společně s handicapovanými. To jim umožní pochopit, že všichni jsou plnohodnotnými členy společnosti, i když někteří potřebují pomoci.

Pro zapojení jedinců s mentálním postižením do skautské činnosti je nejdůležitější uplatňovat rovnoprávný přístup, který musí být zároveň ale citlivý. Vůdce oddílu si musí uvědomit, že jak se bude k těmto členům chovat on sám, tak se budou chovat i další členové oddílu. Jelikož je každý člověk individuální, je nezbytné ho takto posuzovat a přizpůsobovat mu skautský program.³⁵

Poradna pro vůdce oddílů

Jeden z odborů organizace Junák – svaz skautů a skautek ČR, odbor Skauting pro všechny (SpV), zajišťuje podporu vedoucích oddílů při začleňování jedinců se specifickými potřebami, mezi něž se řadí i jedinci s mentálním postižením, a to různou formou. Převážně jde o podporu vůdců formou vzdělávání, získávání potřebných informací, důležitých při práci s jedinci se specifickými potřebami a možností konzultací s odborníky (popř. specializovanými organizacemi). SpV se ale současně snaží o posilování sounáležitosti a respektu mezi členy oddílu, využívání skautské metody a o přijetí inkluzivního přístupu v celém skautském hnutí.³⁶

Pro vedoucí oddílů a další činnovníky, kteří mají mezi členy oddílu jedince se specifickými potřebami, připravil SpV poradnu na e-mailové adrese poradna.spv@gmail.cz, kde po zadání dotazu, problému,

³⁵ TOMÁNEK, R., PÍSKO, J., ŠEBESTOVÁ, V. in Brněnská rada Junáka. *Integrace zdravotně postižených dětí do skautské činnosti (možnosti a hranice z hlediska zdravotníků)*. Brno : Brněnská rada Junáka, 1991. 28 s.

³⁶ *Cíle odboru SPV [online]. 2012 [cit. 2012-01-30]. Dostupný z WWW : <<http://www.krizovatka.skaut.cz/organizace/ustredni-organy/odbory-a-komise/skauting-pro-vsechny/cile-odboru/>>*

navrhnu pověření zaměstnanci odboru konkrétní body pro další práci s těmito členy, zprostředkují kontakt na odborníka, poskytnou zajímavé materiály k dané problematice, popř. zkontaktují oddíly s podobnou zkušeností.³⁷

³⁷ *Pro vedoucí – nabídka odboru [online].* 2012 [cit. 2012-01-30]. Dostupný z WWW : <<http://www.krizovatka.skaut.cz/organizace/ustredni-organy/odbory-a-komise/skauting-pro-vsechny/pro-vedouci-nabidka-odboru/>>

4. Terapeutické přístupy

4.1 Arteterapie

*„Umění není pouze podstatné jméno,
je i slovesem, které se děje
ku pomoci člověku samému.“³⁸*

Arteterapii lze chápat v užším a širším pojetí. V užším znamená používání výtvarných prostředků, aktivit a projevů jedince, a v psychoterapeutickém působení. V širším pak zahrnuje arteterapie do svého působení i další druhy terapií (např. muzikoterapie). Obecně však platí, že arteterapie je léčebný postup, využívající k ovlivnění lidské psychiky, poznání a mezilidských vztahů jako hlavního prostředku výtvarné umění. Arteterapii lze provádět aktivně či pasivně. Při aktivním přístupu zhotovuje jedinec vlastní výtvarné dílo, při pasivním pak dochází k vnímání již zhotovených děl, např. v galeriích.³⁹

Arteterapie využívá mnoho **technik**:

- společná tvorba s arteterapeutem
- kresba oběma rukama
- volná kresba
- malba prsty
- aktivity s hlinou
- portrét / autoportrét
- koláže
- volná malba při hudbě
- malba ve vzduchu

³⁸ ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha : Portál, s.r.o., 2008. S. 14. 176 s. ISBN 978-80-7367-408-3.

³⁹ ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha : Portál, s.r.o., 2008. 176 s. ISBN 978-80-7367-408-3.

- plastiky z přírodních či zbytkových materiálů⁴⁰

U osob s mentálním postižením má arteterapie mnoho cílů, které jsou závislé na typu mentálního postižení. Patří sem např. kompenzace poznávacích funkcí, intelektových deficitů, schopnosti zevšeobecňovat apod. Zároveň pak může arteterapie pomáhat ke zlepšování komunikačních schopností a ztotožnění se se společenskými rolemi. K tomu jsou nejvhodnější behaviorální psychoterapeutické modely.

Velmi vhodnými technikami jsou techniky tělesně orientované, které používají hmat. Tyto techniky zprostředkovávají silný emotivní zážitek. Aby se zjistila úspěšnost terapie, používá se komentování každého výtvarného díla jeho autorem. Tím dochází i k rozvoji komunikačních schopností a fantazie.⁴¹

4.2 Bazální stimulace

„Princip Bazální stimulace je jednou z možných cest k maximální autonomii lidské bytosti při těsném kontaktu s pomáhající osobou. Bazální stimulace dává možnost alespoň trochu poodhalit některá z tajemství lidského života, případně pomáhá některé z nedokonalostí napravit.“
MUDr. Zdeněk Novotný⁴²

Bazální stimulace® usiluje o podporu lidského vnímání a to v základní rovině. Tato metoda práce s klientem si zakládá na individuálním přístupu a je spjata s komunikací, vnímáním, pohybem a

⁴⁰ HLADÍLEK, M. KLÍMA, A. *Příspěvky k problematice speciální výtvarné výchovy – arteterapie mentálně retardovaných*. Pacov : OV SPMP Černovice, 2001. 46 s.

⁴¹ ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha : Portál, s.r.o., 2008. 176 s. ISBN 978-80-7367-408-3.

⁴² NOVOTNÝ, Z. Bazální stimulace pomáhá zvyšovat kvalitu života a bezpečnost poskytované péče. *Odborný časopis Sociální služby*, 2011, roč. 13, č. 2/2012, s. 27. ISSN 1803-7348.

jejich vzájemným propojením. To jsou základní prvky Bazální stimulace®. V podobě cílené stimulace smyslových orgánů dochází k podpoře výše zmíněných oblastí a tím ke zlepšení života stimulovaného jedince. Ovšem bez anamnézy stimulovaného, spolupráce s rodinou a dalšími odborníky by tato stimulace nebyla účinná ani kvalitní.⁴³

Vznik a rozvoj konceptu Bazální stimulace®

Koncept Bazální stimulace® vypracoval ve Spolkové republice Německo speciální pedagog prof. Dr. Andreas Fröhlich během pěti let při svém doktorandském studiu. Základním kamenem pro tento koncept bylo tvrzení o vzdělavatelosti i těch dětí, které mají hlubokou mentální retardaci. Tímto tvrzením pomohl profesor Fröhlich podpořit vývoj i těžce postižených dětí, včetně dosažení zkvalitnění jejich života. Kromě toho, že je vysokoškolským profesorem, je také autorem odborných publikací a zároveň se stále snaží o rozvoj Bazální stimulace®. O přesun konceptu Bazální stimulace® ze speciální pedagogiky do ošetrovatelské péče se v 80. letech 20. století zasloužila zdravotní sestra prof. Christel Bienstein. Ta prokázala, že Bazální stimulaci® lze využít i u klientů v kómatu a v intenzivní medicíně. V současné době spolu tito profesori spolupracují a zabývají se dalším rozvojem Bazální stimulace®. Díky jejich spolupráci vznikl systém, podle kterého se vzdělávají lektori konceptu Bazální stimulace®.⁴⁴

V České republice se zasloužila o rozvoj této terapie PhDr. Karolína Friedlová. Ta se s ní aktivně seznámila v letech 1990 – 2001 při své práci na německých klinikách. Díky postgraduálnímu studiu ve Vídni se z ní stala certifikovaná lektorka konceptu Bazální stimulace® a tento koncept také od roku 2000 prosazuje v ČR. V roce 2003 zorganizovala na olomoucké Univerzitě Palackého první kurz Bazální

⁴³ FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

⁴⁴ FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

stimulace® a v roce 2005 založila INSTITUT Bazální stimulace® pořádající akreditované kurzy (v tomto institutu se také stala ředitelkou). Za svou dlouholetou činnost v oblasti Bazální stimulace® byla odměněna Mezinárodní asociací Bazální stimulace®, která ji při tajném hlasování v květnu 2010 zvolila svou novou prezidentkou.⁴⁵

Techniky stimulace

Koncept Bazální stimulace® využívá různé techniky, mezi něž patří:

- základní
 - somatická
 - vestibulární
 - vibrační
- nástavbové
 - optická (zraková)
 - auditivní (sluchová)
 - taktilně-haptická (hmatová)
 - olfaktorická (čichová)
 - orální (stimulace dutiny ústní)⁴⁶

Vestibulární stimulace

U zdravého mobilního jedince se při každém pohybu stimuluje rovnovážné ústrojí. Proto je vestibulární stimulace nejvhodnější u osob s nízkou možností pohybu, spasticitou, hlubokým mentálním postižením či u osob, které jsou na lůžku více jak 3 dny. K této stimulaci se využívají různé pomůcky (polohovací lůžko, křeslo, houpací vak, trampolína, houpačka aj.), stejně jako pohyby tělem stimulovaného (dopředu, dozadu, do stran, krouživé a otáčivé pohyby apod.). U pohybů tělem je třeba dbát na kinestetiku člověka, aby nedošlo ke zranění. Terapeut by se měl snažit zapojit stimulovaného do procesu

⁴⁵ Karolína Friedlová [online]. 2004-2012 [cit. 2012-01-20]. Dostupný z WWW : <<http://www.bazalni-stimulace.cz/lektor.php>>

⁴⁶ FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. S. 24. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.

stimulace a to v co nejvyšší míře samostatnosti (např. při odrážení se za účelem houpání).⁴⁷

Vibrační stimulace

Vibrační stimulace slouží ke stimulaci receptorů pro vnímání vibrací a proprioreceptorů (receptorů hluboké citlivosti) v kůži. Za cíl si klade zprostředkování intenzivních vjemů, které se odehrávají v těle člověka. To, jak člověk vnímá vibrace, je individuální. Při vibrační stimulaci se využívají jak ruce terapeuta (tzv. manuální stimulace), tak i různé předměty zajišťující vibrace (holicí strojek, vibrující hračky, hudební nástroje, ...). K dosažení kvalitní manuální stimulace je potřebný správný nácvik, kterého lze dosáhnout při absolvování certifikovaných kurzů Bazální stimulace, které v České republice pořádá INSTITUT Bazální stimulace, s. r. o.⁴⁸

Somatická stimulace

Cílem somatické stimulace je především podpora pohybu v prostoru (lokomoce), orientace v čase a prostoru, komunikace s okolím, vnímání sama sebe i okolí. Pokud se tento druh stimulace praktikuje u osob, u kterých by mohlo dojít k velké změně ve vlastním vnímání, je vhodné sepsat individuální plán, který by měl pomoci zamezit nežádoucím následkům, jako např. dezorientace, stráta identity osobnosti, autostimulativní chování apod. Somatická stimulace jde praktikovat v rámci ošetrovatelských činností, kterými jsou:

- dechová gymnastika
 - má za cíl navodit pravidelné, hluboké a klidné dýchání
- polohování
 - důležité je zajistit, aby se polohovaná osoba cítila pohodlně

⁴⁷ FRIEDLOVÁ, K. Vestibulární stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Odborný časopis Sociální služby*, 2010, roč. 12, č. 8-9/2010, s.36-37. ISSN 1803-7348.

⁴⁸ FRIEDLOVÁ, K. Vibrační stimulace a nastavbové prvky v konceptu Bazální stimulace. *Odborný časopis Sociální služby*, 2010, roč. 12, č. 11/2010, s. 28-30. ISSN 1803-7348.

- pomoc při pohybu
 - a to při zachování co nejvyšší míry soběstačnosti
- celková koupel
 - důraz je kladen na respektování autonomie člověka⁴⁹

Desatero bazální stimulace

1. *„ přivítejte se a rozlučte se pokud možno vždy stejnými slovy*
2. *při oslovení se vždy dotkněte stimulovaného na stejném místě (iniciální dotek)*
3. *hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle*
4. *nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem*
5. *dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov*
6. *při rozhovoru používejte takovou formu komunikace, na kterou byl stimulovaný zvyklý*
7. *nepoužívejte v řeči zdrobněliny*
8. *nehovořte s více osobami najednou*
9. *při komunikaci se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí*
10. *umožněte stimulovanému reagovat na vaše slova“⁵⁰*

4.3 Canisterapie

„Pes má krásu bez ješitnosti, sílu bez krutosti a lidské ctnosti bez lidských nectností.“

Lord Byron⁵¹

Canisterapii lze volně přeložit jako léčbu pomocí psů. Při této terapii dochází k získání pozitivního pocitu z kontaktu s vycvičeným

⁴⁹ FRIEDLOVÁ, K. Somatická stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Odborný časopis Sociální služby*, 2010, roč. 12, č. 6-7/2010, s. 30-31. ISSN 1803-7348.

⁵⁰ FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. S. 39. ISBN 978-80-247-1314-4.

⁵¹ BYRON, L. in GALAJDOVÁ, L. GALAJDOVÁ, Z. *Canisterapie: Pes lékařem lidské duše*. Praha : Portál, s.r.o., 2011. 72 s. 168 s. ISBN 978-80-7367-879-1.

psem a z toho, že člověk není sám, zkvalitnění poskytovaných služeb klientům, naučení se soustředit. Před každým zahájením terapie je důležité si uvědomit, kde se bude terapie odehrávat a podle toho se vybere vhodné plemeno psa. Z toho vyplývá, že pokud je plánována terapie u osob upoutaných na lůžko, je nejvhodnější malý, pokojový psík. U osob pohyblivých pak může být využito plemeno dorůstající větších rozměrů. Kromě velikosti psa je však také důležité, aby měl canisterapeutický výcvik, kde se prokáží jeho charakterové vlastnosti a vycvičenost.⁵²

Každá terapie má dána určitá **pravidla**, která zajišťují její efektivní průběh. Za tato pravidla považuje americká organizace Delta Society následující standardy:

1. Účast na terapii je dobrovolná. Nikdo z účastníků nesmí být nucen.
2. Před zahájením programu musí být sepsána písemná pravidla působení psa v zařízení.
3. Pro účast psovoda a jeho psa v programu je požadováno úspěšné absolvování výcviku.
4. Z programu musí být vyčleněni klienti s kontraindikacemi (např. nepředvídatelné chování, alergie, fobie, ...).
5. Nikdo z účastníků by neměl být v přítomnosti psa bez psovoda.
6. Kromě respektování práv účastníků a jejich zajištění, musí být respektována i práva psů (přístup k vodě, slušné cházení, odpočinek, ochrana před stresem, ...).⁵³

Součástí canisterapie je **canisterapeutický tým**, který se podílí na průběhu terapie a bez jehož součinnosti by nemohla proběhnout. Mezi členy tohoto týmu patří psovod, který většinou bývá majitelem psa,

⁵² GALAJDOVÁ, L. GALAJDOVÁ, Z. *Canisterapie: Pes lékařem lidské duše*. Praha : Portál, s.r.o., 2011. 168 s. ISBN 978-80-7367-879-1.

⁵³ Delta Society in GALAJDOVÁ, L. GALAJDOVÁ, Z. *Canisterapie: Pes lékařem lidské duše*. Praha : Portál, s.r.o., 2011. 168 s. ISBN 978-80-7367-879-1.

který se psem absolvoval canisterapeutické zkoušky a psa detailně zná, a zároveň je zodpovědný za přípravu psa a jeho chování (před, při i po terapii); při terapii je vždy přítomen a dává psovi pokyny, povely. Dalším článkem je terapeut, zodpovědný za náplň terapie a komunikaci s klienty (psu dává pokyny přes psovoda) a za vedení dokumentace o průběhu terapie. Nepostradatelným článkem je samozřejmě klient, který je objektem canisterapeutické péče a pes. Pes určený ke canisterapii bývá cvičen již od štěněte a převážně se jedná o feny. U psa je velmi důležitá mírná a vlídná povaha.⁵⁴

Terapie, na které se canisterapeutický tým podílí, různou měrou, se dělí na tři **fáze terapie**. První je přípravná část, která zahrnuje přípravu programu terapie a péči o psa, která zahrnuje např. vyvenčení, umytí (očištění), zajištění odpočinku apod. V další fázi, tentokrát již vlastní terapii, se pod vedením psovoda a pověřeného pracovníka zařízení realizuje program terapie, který je závislý na různých činitelích – aktuálním rozpoložení klientů, podmínkách, situacích, aj. Podle těchto činitelů se dvíjí délka terapie. Poslední fází je ukončení terapie, kdy si terapeut zaznamená průběh terapie spolu s jejími úspěchy, neúspěchy a zvláštnostmi, které terapii provázely. Zapsané skutečnosti poté zkonkultuje s dalšími členy týmu a pověřenými pracovníky zařízení (ti by měli pomoci se součinností s další péčí o klienta). V této fázi by se měl psovod postarat o svého psa, aby se mu dostalo zasloužené relaxace, a to formou hry, procházky, či odpočinku.⁵⁵

Canisterapie bývá zpravidla zaměřena na:

- rozvoj pohybových schopností
- rozvoj citových schopností
- rozvoj rozumových schopností

⁵⁴ VRBOVÁ, J. in MÜLLER, O. et al. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.

⁵⁵ TICHÁ, V. in VELEMÍNSKÝ, M. et al. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice : Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.

➤ relaxaci⁵⁶

Mezi nejčastější **metody canisterapie** se zařazují relaxační metody, polohování, motivační metody a metody pro rozvoj komunikace. Před zahájením terapie se musí klient se psem seznámit a tím navodit příjemnou atmosféru. Poté může dojít k praktikování jednotlivých metod. Relaxační metody slouží k uvolnění napětí klienta (psychické i fyzické). Toho lze dosáhnout při předání malého psa do náruče klienta, který ho hladí, objímá, mazlí se s ním apod.; položením hlavy velkého psa do klína klienta; položení psa vedle klienta na zem; položením některých částí těla klienta na psa apod. Motivační metody napomáhají k relaxaci a zároveň nenásilnou formou podporují klienta k pohybu celého těla. Této motivace lze dosáhnout vedením psa při procházce (klient získá pocit, že psa ovládá a ten ho poslouchá), závodem se psem v plazení, překonáváním překážek (přelézání, podlézání psa), házením míčku či zvedáním pamlsku (slouží k procvičování hybnosti kloubů), česání a kartáčování psa či odšroubování víčka z láhve s pamlsky (slouží k jemné motorice). Při polohování se využívá tepla psiho těla k prohřívání těla klienta a mělo by se spolupracovat s fyzioterapeutem. Polohováním můžeme docílit uvědomění si hranic svého těla (pomocí ohraničením těla psem); správného postavení končetin; zlepšení prokrvení končetin pomocí aktivního či pasivního hlazení psa po srsti, nebo položení m končetin pod nebo na psí tělo. K rozvoji komunikace je důležitá spolupráce s logopedem, aby došlo ke správnému nácviku artikulace. Využívá se mluvení na psa, díky kterému se klient lépe uvolní a snaží se.⁵⁷

⁵⁶ Typy canisterapie [online]. 2009 – 2012 [cit. 2012-23-02]. Dostupné z WWW : <<http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/typy-canisterapie-38.htm>>

⁵⁷ MIČULKOVÁ, O. FEJKUSOVÁ, O. *Canisterapie v praxi*.

Dělení podle cíle, kterého chceme dosáhnout (formy canisterapie):

- AAA (Animal Assisted Activities)
 - zaměření na zkvalitnění života klienta
 - pes je v této formě pouze pasivním činitelem a slouží jako zdroj odpočinku, výchovných momentů a motivace
- AAE (Animal Assisted Education)
 - zaměření na osobní rozvoj, zvýšení motivace a učení
 - pes zde funguje jako součást cíleného nebo přirozeného kontaktu s člověkem a to aktivní formou
- AAT (Animal Assisted Therapy)
 - zaměření na fyzický a psychický stav klienta a jeho zlepšení v těchto oblastech
 - pes slouží jako podpora rehabilitace či léčby; aktivní formou⁵⁸

Dělení podle počtu účastníků:

- individuální
 - canisterapeutický tým se věnuje pouze jednomu jedinému klientovi a díky tomu dochází k intenzivnějšímu kontaktu klienta a psa, který se lépe přizpůsobí individuálním potřebám klienta
 - mezi nevýhody této podoby canisterapie patří větší náročnost na čas a malé množství klientů, kteří se jí účastní
- skupinová
 - canisterapeutický tým se věnuje větší skupině klientů (optimální je 6 – 8) a tito klienti jsou všichni zapojováni do terapie ve stejné frekvenci
 - nevýhodou je, že je mezi účastníky rozdíl ve specifických potřebách a proto se nelze zaměřit na jejich individuální potřeby⁵⁹

⁵⁸ GALAJDOVÁ, L. *Pes lékařem lidské duše aneb canisterapie*. Praha : Grada Publishing, a.s., 1999. 160 s. ISBN 80-7169-789-3.

⁵⁹ TICHÁ, V. in VELEMÍNSKÝ, M. et al. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice : Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.

4.4 Dramaterapie

Dramaterapie umožňuje zmírnit určité asociální a psychologické projevy, mentální onemocnění či postižení, díky možnosti využívání skupinových divadelních či dramatických aktivit. Díky těmto aktivitám dochází také k osobnímu růstu a lepšímu začlenění do společnosti.

V tomto systému je kladen důraz nejen na samotnou činnost, ale také na výsledek finálního představení před obecnstvem. Toto vše přináší další pozitivní výsledky, jako jsou např. sociální začleňování herců do majortiní společnosti, možnost sebehodnocení a sebepojetí v rámci výsledku, sociální rehabilitaci či určení a úpravu životních cílů a jejich směřování.⁶⁰

„Jestliže pak arteterapii v širším pojetí chápeme jako záměrné upravování narušené činnosti organismu uměleckými prostředky, pak z toho lze vyvodit jako další vymezení dramaterapie jako postupu upravujícího narušenou činnost organismu dramatickými (divadelními) prostředky.“⁶¹

Renée Emunahová, významná dramterapeutka z Kalifornie, vytvořila přehled nespécifických cílů dramaterapie, které uvádí Milan Valenta ve své publikaci:

- zvyšování sociální itnerakce a interpersonální inteligence
- změna nekonstruktivního chování
- získání schopnosti uvolnit se
- rozšíření repertoáru rolí pro život
- získání schopnosti poznat a přijmout svoje omezení i možnosti
- získání schopnosti spontánního chování
- posílení sebedůvěry, sebeúcty a zvyšování interpersonální inteligence
- rozvoj představivosti a koncentrace

⁶⁰ VALENTA, M. *Dramaterapie*. 4. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 264 s. ISBN 978-80-247-3851-2.

⁶¹ VALENTA, M. *Dramaterapie*. 4. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. S. 24. 264 s. ISBN 978-80-247-3851-2.

Dramaterapie může být realizována v mnoha formách, např. podle toho, kde je prováděna, nebo kolik je účastníků. **Formy dramaterapie podle místa realizace** zahrnují ambulantní formu, kterou realizují především zařízení ambulantního typu či neziskové organizace, do kterých klient dochází přímo za účelem účasti na dramaterapii. V klinické formě pak funguje jako doplňková terapie, která staví na tom, že aktivita je lepší než pasivita. V třetí formě se pak jedná o dramaterapii realizovanou v denních sanatoriích či stacionářích, kde funguje jako stěžejní psychoterapeutická aktivita.

Další formy pak vychází **podle počtu účastníků**. Individuální dramaterapie se zaměřuje především na jedince s posttraumatickým stresovým syndromem, s pervazivní vývojovou poruchou a na jedince s mentálním postižením. V této formě je vždy jeden klient na jednoho terapeuta. Ve skupinové terapii je nejvíce osvědčené, když je skupina klientů smíšená co se týče pohlaví i typu postižení.⁶²

Dramaterapeutický proces, by měl mít jasnou strukturu, co se týče etap, které na sebe navazují. Již zmiňovaná Renée Emunahová navrhuje v případě dlouhodobé (několik měsíců) dramaterapie pět etap:

1. dramatická hra
 - k navození důvěry mezi účastníky a k vybudování vhodné atmosféry
2. scénická práce
 - hraní rolí, na které není klient zvyklý ze svého života k získání nové zkušenosti
3. hraní rolí
 - hraní rolí ze svého života, kdy tato etapa slouží jako nácvik pro život
4. kulminovaná akce

⁶² VALENTA, M. *Dramaterapie*. 4. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 264 s. ISBN 978-80-247-3851-2.

- dramatinování vlastního příběhu účastníka
5. dramatický rituál
- slouží ke slavnostnímu ukončení dramaterapeutických sezení, zhodnocení, zpětné vazbě⁶³

4.5 Ergoterapie

Název ergoterapie vznikl, jako převážné množství názvů terapií, z řečtiny a to ze slov „*ergon = práce a therapia = léčení, terapie*“.⁶⁴ Z toho vyplývá, že ji lze považovat za pracovní terapii. Tento termín ovšem odborníci neužívají, ale zůstávají u pojmu ergoterapie. Definice této vědy, která čerpá jak ze sociálních, tak i lékařských věd, je veliké množství. H. A. Pattisonová shrnula v roce 1922 ergoterapii jako „*jakoukoliv mentální nebo fyzickou činnost, která je jednoznačně předepsaná a prováděna za účelem přispívat a urychlovat uzdravu z nemoci nebo poranění*“.⁶⁵ K této definici se přiklonil o pouhý rok později také Herbert J. Hal, z jehož definice ergoterapie vyplývá, že tato věda „*využívá práci k rozvoji dovedností potřebných k provádění úkolů*“.⁶⁶ Toto je jen malý zlomek definic, které jsou známé. Nelze říci, že by jedna byla správnější než jiná. Všichni autoři se ovšem shodují na tom, že předpokladem k praktikování ergoterapie je, že prováděné činnosti jsou smyslupné, nebo jsou pro daného jedince důležité.⁶⁷

Jak uvádějí Reedová a Sanderonová, tak hlavním cílem je podporovat pomocí individuálního přístupu zdraví jedince a to pomocí

⁶³ EMUNAHOVÁ, R. in VALENTA, M. *Dramaterapie*. 4. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 264 s. ISBN 978-80-247-3851-2.

⁶⁴ KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. 368 s. s 3. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

⁶⁵ PATTISONOVÁ in KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. s. 14. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

⁶⁶ HALL in KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. s 15. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

⁶⁷ KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

činností, které se vztahují k volnému času, výkonu zaměstnání, jiné produktivní činnosti či hry.⁶⁸ Bostonská ergoterapeutická škola, pak vidí jako cíl „*poskytovat schéma uspořádaných činností, které ke každé svalové skupině nebo nemocné části těla stanoví přesné možnosti a rozsah pohybu a cvičení, které řídí lékař nebo chirurg*“.⁶⁹

Ergoterapeutický proces

Každá léčba by měla probíhat podle předem stanoveného plánu, aby byla zajištěna co nejvyšší úspěšnost. V ergoterapii se jedná o ergoterapeutický proces, který se skládá z několika základních kroků, mezi něž patří „*příjem, vyšetření, hodnocení, plánování léčby, léčba a propuštění*“⁷⁰. Při příjmu a hodnocení by měl ergoterapeut zjistit všechny potřebné informace, podle nichž poté dojde k rozhodnutí o dalších vyšetření – předpokladem je nezvládání některé z oblastí výkonu zaměstnávání (viz. 3.5 Ergoterapie - Model výkonu zaměstnávání v ergoterapii). Poté dojde k základnímu vyšetření a hodnocení, při němž se zjistí problémové oblasti a zjištění možností nápravy. Výsledky vyšetření jsou podkladem další fáze – plánování léčby. Ta kromě jednotlivých přístupů, technik a metod vedoucích k nápravě obsahuje také stanovení cíle léčby, na kterém se podílí terapeut současně s pacientem. Čtvrtou fází ergoterapeutického procesu je samotná terapie – její průběh a pozdější zhodnocení. V této fázi také může dojít k upravení plánu a to podle zjištěných skutečností, které by mohly terapii ovlivnit. Při propuštění, což je poslední fáze, dochází k poslední kontrole a zjištění, zda došlo k naplnění cílů. Ergoterapeut také v této fázi instruuje pacienta i jeho rodinné příslušníky při používání kompenzačních pomůcek a další péče.⁷¹

⁶⁸ Reedová, Sandersonová in KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

⁶⁹ Bostonská ergoterapeutická škola.....1924. úvod do ergoterapie

⁷⁰ KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. s. 267. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

⁷¹ KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011.368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

Model výkonu zaměstnávání v ergoterapii

Model výkonu zaměstnávání se skládá z oblastí, neboli činností jež jsou prostředkem i cílem v ergoterapii, složek a kontextu výkonu. Do oblastí výkonu patří aktivity pro stanovení funkčních schopností a do nich pak tři kategorie činností, odehrávajících se v běžném dni každého jedince:

- pracovní nebo produktivní činnost
 - zaměřuje se na aktivity spojené se zabezpečením domácnosti, rodiny a to po finanční stránce
- všední činnost
 - souvisí s aktivitami všedního dne – oblékání, koupání, chůze, nakupování, telefonování, vaření apod.
- hry, zájmové nebo volnočasové činnosti
 - zaměstnávání jedince v době volna⁷²

Složky, součásti výkonu vyjadřují schopnosti potřebné k výkonu činností, zaměstnávání:

- kognitivní
 - schopnost myšlení, pamatování, řešení problémů, učení, orientace, aj. – využívání vyšších funkcí mozku
- psychosociální / psychologická
 - schopnost sebevyjádření, sociálního chování, zájmů, apod. – emoční zpracování, sociální interakce
- senzomotorická
 - schopnost motorické kontroly, reflexních reakcí, výdrže, sensorického vnímání, laterality aj.⁷³

Kontext výkonu se skládá ze dvou aspektů, které ovlivňují úspěšnost prováděných činností, zaměstnávání:

⁷² JELÍNKOVÁ, J. KRIVOŠÍKOVÁ, M. ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Praha: Portál, s.r.o., 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

⁷³ Tamtéž, 2009

- aspekt časový
 - zdravotní stav jedince, jeho věk vývojová fáze či životní cyklus, kterým jedinec prochází
- aspekt prostředí
 - sociální, kulturní nebo fyzické, které může zaměstnávání přijmout, odmítnout, podpořit či omezit a to v různé míře⁷⁴

4.6 Muzikoterapie

Muzikoterapie má mnoho definic. Akceptovaná definice v mezinárodním měřítku je od Světové federace muzikoterapie, která ji chápe jako terapii, snažící se pod vedením kvalifikovaného muzikoterapeuta o usnadnění a rozvinutí komunikace, sebevyjádření a jiných terapeutických záměrů a to vše pomocí hudby či hudebních elementů, mezi něž patří melodie, zvuk, rytmus a harmonie. Tyto elementy mají napomoci k naplnění emocionálních, sociálních, tělesných, kognitivních a mentálních potřeb.⁷⁵

Podle Bruscia je muzikoterapie interdisciplinárním oborem s nejasnými a měnícími se hranicemi s dalšími obory, kterými jsou obory: hudební, psychoterapeutické, lingvistické, pedagogické, sociologické, medicínské, psychologické či expresivní.⁷⁶ Expresivní obory využívají při své činnosti umělecké prostředky, které mohou být literární, pohybové, dramatické aj. V případě muzikoterapie se však jedná o prostředky hudební.⁷⁷

Jako mnoho dalších terapií, i muzikoterapii lze chápat ve dvou pojetí, a to v užším a širším. Walther Simon popisuje muzikoterapii

⁷⁴ Tamtéž, 2009

⁷⁵ Světová federace muzikoterapie in KANTOR, J. LIPSKÝ, M. WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009. S. 21. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.

⁷⁶ BRUSCIA, K. in KANTOR, J. LIPSKÝ, M. WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009. S. 21. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.

⁷⁷ KANTOR, J. LIPSKÝ, M. WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.

v užším pojetí „jako specifickou léčebnou psychoterapeutickou metodu, která – podle psychopatologických zákonitostí – užívá specifického hudebně-komunikativního média receptivního i aktivního, aby docílila terapeutických efektů při léčení onemocnění.“⁷⁸ V širším pojetí pak využívá především zkušenosti z oborů pomáhajících profesí, jako jsou speciální pedagogika, neurologie, fyzioterapie aj. Při tomto pojetí je nejvýstižnější překlad muzikoterapie „pomoc hudbou člověku se zdravotními nebo edukačními problémy.“⁷⁹

Muzikoterapeutický program – lekce

Před zahájením muzikoterapeutického programu je důležité, aby měl kvalifikovaný terapeut představu o tom, pro jakou klientelu (jedince či skupinu) bude muzikoterapie probíhat. Tyto informace může získat díky doporučení, které mu poskytne některý odborník, rodinní příslušníci či přátelé klienta/klientů. Doporučení slouží k tomu, aby se mohla zvážit možná kontraindikace a indikace a zaměření muzikoterapie, závislé na specifických potřebách klienta/klientů.⁸⁰

Aby byl terapeutický program úspěšný, je mimo doporučení důležitá i příprava jednotlivých lekcí, která zajistí hladký průběh terapie. Terapeut by měl být ale schopen improvizace, protože ne vždy se lze stanoveného plánu držet. Šimanovský uvádí, že jednou z možných variant rozlečení muzikoterapeutické lekce je:

- rozehřívací část
 - pozdrav a vzájemné seznámení účastníků, seznámení se s muzikoterapeutickým programem, zjištění nálady, několik aktivizačních her

⁷⁸ SIMON, W. in KANTOR, J. LIPSKÝ, M. WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.

⁷⁹ Americká muzikoterapeutická společnost in KANTOR, J. LIPSKÝ, M. WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009. S. 23. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.

⁸⁰ KANTOR, J. LIPSKÝ, M. WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009. S. 21. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.

- uvolnění, koncentrace
 - dechová cvičení, prvky jógy či tai-chi
- hlavní činnost
 - hry zaměřené na určité téma (viz. níže)
- reflexe
 - uvolnění klientů, vyjádření pocitů, dojmů (co se líbilo, co naopak ne), shrnutí lekce (zda bylo dosaženo cíle)⁸¹

Muzikoterapie slouží k rozvinutí potenciálu člověka. Aby toho bylo dosaženo, měly by být muzikoterapeutické lekce tématicky zaměřeny. Možnými tématickými okruhy se zabývá ve své publikaci muzikoterapeutka Jaroslava Zeleilová. Podle ní sem patří okruhy zaměřené na:

- orientace, motivace, pravidla a plánování
- dominance, submisivita a dominance
- dávání a přijímání, důvěra, vztahy, aktivita a pasivita
- uvolnění, odpočinek a koncentrace
- kontakt se sebou samým a ostatními, mezilidské hranice
- integrace, sebezpřijetí, sebevnímání a identita
- představivost, symbolizace, synestézie, vnímání⁸²

4.7 Snoezelen

Snoezelen je alternativní speciálně pedagogická terapie, která se zakládá na multismyslové stimulaci. Předpokladem je vytvoření speciálního prostředí, které se odlišuje od prostředí, kde žijeme každodenním životem. Za speciální prostředí se považuje nestresové prostředí, které jedinci umožňuje stimulovat všechny smysly.

Snoezelen se snaží o komplexní rozvoj klienta (jeho motorických a kognitivních funkcí), získání autonomie a kontroly, rozvoj

⁸¹ ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha . Portál, s.r.o., 1998. 248 s. ISBN 80-7178-264-5.

⁸² ZELEILOVÁ, J. *Muzikoterapie. Východiska, koncepty, principy a praxe*. Praha : Portál, s.r.o., 2007. 256 s. ISBN 978-80-7367-237-9.

komunikačních schopností, zklidnění agrese a využívání všech smyslů ke vnímání okolí.⁸³

Snoezelen lze chápat jako terapeutický prostředek, ale také často jako relaxační metodu (obzvláště v pobytových zařízeních). Osoby s mentálním, ale i jiným postižením, jsou často vystaveni stresu a napětí, kterého se potřebují zbavit, a tato metoda jim to umožňuje. Stejně tak pomáhá rozvíjet seberealizaci, jelikož si klient sám řekne, co mu je příjemné a co ne.⁸⁴

Tato metoda působí na všechny smysly a pomocí následujících pomůcek:

- sluch
 - hudební nástroje, zvukové hračky, audio a stereo, zvonkohry, vodopád, ...
- zrak
 - světélkující tubusy, pohybující se reflektory, barevné osvětlení, bublifuky, ...
- hmat
 - koberec, vodní lůžka, haptické chodby, sedáky, polštáře, houpací křesla, ale také bouchací pytle
- čich
 - aromalampy, vonné tyčinky, skořice, ...
- chuť
 - většinou slouží jako odměna – např. čokoláda⁸⁵

⁸³ HULSEGG, J. VERHEUL, A. *Snoezelen – jeden jiný svět. Kniha pro praxi.* Martburg/Lahn : Band 21, 1989. ISBN 3-88617-091-8.

⁸⁴ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace. Vzdělávání, výchova, sociální práce.* 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. s. 29. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.

⁸⁵ VITÁSKOVÁ, K. Snoezelen včera, dnes a zítra. *Speciální pedagogika, 2004, roč. 14, č. 1, s. 68-70.* ISSN 1211-2720.

5. Komunikační přístupy

„Cílem našeho výchovně vzdělávacího snažení nesmí být nejvyšší míra abstrakce (řeč), ale nejvyšší míra porozumění a nezávislosti postiženého.“⁸⁶

Existuje několik druhů komunikace, z nichž nejznámějšími jsou komunikace verbální a neverbální, ale také alternativní a augmentativní.

Verbální komunikace využívá artikulovanou řeč a hlavním předpokladem pro její správné použití je fyziologické vybavení člověka (např. správné umístění hlasivek, schopnost ovládat rty a jazyk, apod.). Oproti komunikaci neverbální zde lze vyjádřit i čas minulý či budoucí.⁸⁷

Neverbální komunikace se vyznačuje vědomím či nevědomím mimoslovním sdělením, které se předává z člověka na jinou osobu nebo osoby. Neverbální komunikace probíhá pomocí mimiky (výraz tváře), haptiky (dotykem), očního kontaktu, chronemiky (dochvilností), paralingvistiky (zvukem), proxemiky (vzdáleností od jiné osoby), posturologie (postojem) a kineziky (pohybem).⁸⁸

Augmentativní komunikace je zaměřena na „podporu již existujících komunikačních možností a schopností, jejichž cílem je zvýšit kvalitu porozumění řeči a usnadnit vyjadřování. A do **alternativní komunikace** spadají ty, které se používají jako náhrada mluvené řeči.“⁸⁹ Hlavním cílem těchto forem komunikace je usnadnit, popřípadě

⁸⁶ JELÍNKOVÁ, M. in KNAPCOVÁ, M. Metodika - Výměnný obrázkový komunikační systém VOKS. S. 5. 85 s.

⁸⁷ *Verbální komunikace [online].* 2011 [cit. 2012-02-23]. Dostupný z WWW : <http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Verb%C3%A1ln%C3%AD_komunikace&oldid=6395316>

⁸⁸ Neverbální komunikace [online]. 2011 [cit. 2012-02-23]. Dostupný z WWW : <http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Neverb%C3%A1ln%C3%AD_komunikace&oldid=8182052>

⁸⁹ JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace.* S. 16. Brno : Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3204-9.

umožnit jedincům s poruchami komunikačních dovedností dorozumívání, které jim brání v sociální interakci a dalším vývoji.⁹⁰

Výběr formy komunikace je závislý na mnoha činitelých, mezi které patří věk, fyzické a verbální dovednosti, potřebě motivace, dobu práce, kognitivních schopností, interakci, rodině a dalších příslušníky podílejících se na rozvoji člověka se sníženými komunikačními schopnostmi, stavu smyslových orgánů aj.⁹¹

5.1 Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS

Cílem systému VOKS je získání komunikačních dovedností, které povedou k nezávislosti klientů a jejich samostatné komunikaci. Výhodou tohoto systému je to, že s ním lze začít v jakémkoliv věku. Jedním z předpokladů pro jeho zvládnutí však je, že klient zvládá diferenciaci reálných předmětů.

Výuka VOKS je rozdělena do dvou částí, z nichž první, přípravná práce, zahrnuje přípravu učitelů a vhodného prostředí pro výuku, kdežto druhá část, výukové a doplňkové lekce, se zaměřuje na samotný nácvik VOKS. Nácvik by se měl z počátku konat v prostředí, které klient zná a kde se cítí dobře. Teprve po nějaké době je vhodné přesunout nácvik na jiné místo. Nejlepší je porvádět VOKS v přirozeném prostředí klienta při běžných denních činnostech.

Ke komunikaci systémem VOKS je potřeba vyrobit si pomůcky, které se budou používat. Základem jsou **komunikační symboly** v podobě piktogramů, černobílých obrázků či fotografií (záleží na klientovi, která podoba se mu bude nejlépe používat. I velikost obrázků se řídí podle klienta a jeho zraku.

Další pomůckou jsou nosiče obrázků, neboli tzv. zásobníky. Ty mohou mít více podob. Na počátku nácviku se využívá **komunikační tabulka** (kartonový papír s nalepenými páskami suchého zipu, na které

⁹⁰ JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno : Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3204-9.

⁹¹ JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno : Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3204-9.

se přidělávají komunikační symboly. Když je klient v používání tabulky zběhlý a potřebují více symbolů, pak je pro něho **vhodná komunikační kniha** (ta je z kroužkového bloku, do kterého se vkládají komunikační tabulky). Další pomůckou je **větný proužek**, sloužící k vlastní komunikaci klienta s okolím. **Komunikační taška** slouží stejně jako komunikační kniha k používání více symbolů, ale díky tašce je klient u sebe může mít i ve venkovním prostředí.⁹²

5.2 Piktogramy

Pomocí piktogramů se předávají jinému jedinci instrukce, varování či příkazy, ale také se díky nim usnadňuje orientace v neznámém prostředí. **Piktogramy** patří mezi nejjednodušší formu alternativní a augmentativní komunikace. Obrázky, které se používají jsou jednoduchých tvarů a lze je nahradit i fotografiemi.

Nácvik používání piktogramů je rozdělen na přípravnou fázi, kdy se jedinci s obtížemi v komunikaci seznamují s co nejvíce obrázky (fotografiemi). Při nácviku poznávání obrázků je více než vhodné vždy obrázek pojmenovat. Tím dochází k rozšiřování slovní zásoby. Druhou fází je samotný nácvik používání piktogramů.

Aby se daly piktogramy přenášet, a tím používat v jakémkoliv prostředí, je třeba sestavit **komunikační deník**, **tabulky** a zároveň i **obrázky pojmů**, se kterými se jedinec využívající piktogramy během dne setkává. V případě, že tento jedinec dokáže některé pojmy vyjádřit např. gestem, tak je do tabulky nepřidáváme (nebyly by efektivně využívány). Pro snadnější orientaci v piktogramech a tím i jejich vyhledávání slouží barvy. Nové piktogramy by se měly zavádět postupně, aby měl jedinec využívající tento systém šanci se je naučit.⁹³

⁹² KNAPCOVÁ, M. *Metodika - Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS*. 85 s.

⁹³ JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno : Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3204-9.

Barevné označení piktoqramů (dle jednotlivých kategorií):

Modrá	-	zvířata
Bílá	-	číslice, roční období
Oranžová	-	podstatná jména
Zelená	-	slovesa
Růžová	-	specifické funkce
Žlutá	-	lidi + zájmena
Mnohobarevná	-	piktogramy patřící do více kategorií ⁹⁴

5.3 Znak do řeči

Tělem vyjadřujeme až 80 % našich přání, pocitů, sdělení. **Znak do řeči** využívá ke komunikaci tělo (gesta, mimiku), ale tyto pohyby zároveň provází řečová komunikace, která by neměla být potlačována. Mnozí si myslí, že znak do řeči je znakovou řečí, ale tak tomu není. Znak do řeči je kompenzačním prostředkem, který má za úkol rozšířit komunikaci jedince s narušenou komunikační schopností.

Tento druh komunikace se uvidí jako velmi vhodný pro jedince s mentálním postižením. Při praktikování znaku do řeči není důležitá preciznost pohybového vyjádření. Kroě rozvíjení komunikace slouží také k rozvoji jemné motoriky a ideomotoriky.

Při této formě komunikace je velmi důležité podporovat snahu o napodobování a tu chválit. Ze začátku by se mělo komunikovat, stejně jako u malých dětí, pomalu a využívat kratší věty, aby si je mohl jedinec osvojit. Nejvhodnějšími znaky jsou znaky vyjadřující denní činnosti, zvířata, rodinu a vše, o co jeví jedinec zájem. Návčik by měl být prováděn cílevědomě.⁹⁵

⁹⁴ JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno : Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3204-9.

⁹⁵ JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno : Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3204-9.

Vater a Bouzio uvádějí **pravidla pro používání posunků**, která lze aplikovat ve větší či menší míře téměř u všech vizuálně motorických forem komunikace:

- *„Dospělý provází svoji řeč gestem. Slovo i posunek probíhají současně.*
- *Dospělý mluví a gestikuluje až se na něj dítě podívá.*
- *Vzdálenost mezi dítětem a dospělým nemá být menší než 50 cm a větší než 2 m.*
- *Obsah posunku je podpořen mimikou.*
- *Dospělý povzbuzuje dítě k napodobení gesta.*
- *Pokud dítě gesto nenapodobuje, vede mu dospělý ruku.*
- *Dítě i dospělý zpočátku gestikulují jen v určitých situacích.*
- *Na každé gesto, které dítě provede, dospělý přiměřeně reaguje.*
- *Při výběru posunků má být brán zřetel na schopnost vnímání a motorické vybavení dítěte.*
- *Dospělý neustále pozoruje, kdy je gesto nahrazeno řečí.“⁹⁶*

5.4 Makaton

Systém **Makaton** vytvořila logopedka Margaret Walker spolu s psychiatrickými kontultanty z Velké Británie. Cílem tohoto systému je umožnit komunikovat i osobám neslyšícím nebo osobám, které špatně rozumí mluvené řeči a verbálně nekomunikují.

Makaton obsahuje manuální znaky a symboly (celkem 350 slov), které jsou sestaveny do osmi stuňů (od základních slov po obecné). Další stupeň, devátý, je pak tvořen podle osobního seznamu slov, který je založen na individuálních potřebách jedinců, kteří tento systém využívají.

Při zahájení výuky Makaton je více než vhodné používat v součinnosti mluvenou řeč, symboly a znaky. Postupem času

⁹⁶ VATER a BOUZIO in JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno : Masarykova univerzita, 2004. S. 25. ISBN 80-210-3204-9.

z praxe vyplyne, která podoba je pro jedince nejlepší (jestli používání pouze symbolů, nebo kombinace všech apod.).

Aby bylo dosaženo maximálního úspěchu, měly by se s Makatonem seznámit i osoby, které s jedincem používající Makaton přicházejí do styku. Jen tak dojde k jeho aplikaci v běžném životě.⁹⁷

⁹⁷ JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno : Masarykova univerzita, 2004. 47 s. ISBN 80-210-3204-9.

PRAKTICKÁ ČÁST

6. Cíl šetření

Cílem tohoto šetření bylo zjistit využívání aktivizačních činností, terapií a forem komunikace v zařízeních poskytující ambulantní, pobytové či terénní služby osobám s mentálním postižením v Královéhradeckém kraji.

Šetření bylo provedeno prostřednictvím dotazníků, které byly všem respondentům odeslány elektronicky (e-mailem). Dotazníky byly anonymní s otázkami uzavřenými (respondent označí některou z nabízených variant) a polouzavřenými (respondent označí některou z nabízených variant a má možnost odpověď doplnit o variantu vlastní).⁹⁸

6.1 Cílová skupina

Respondenty dotazníkového šetření byla zařízení poskytující ambulantní, pobytové či terénní služby osobám s mentálním postižením v podobě sociální i zdravotnické péče.

Na základě souhrnného přehledu na internetových stránkách Krajského úřadu Královéhradeckého kraje⁹⁹ bylo osloveno 50 zařízení poskytujících celkem 93 sociálních či zdravotnických služeb pro osoby s mentálním postižením.

Počet vyplněných dotazníků a návratnost

Celkem se ke zpracování vrátilo 17 vyplněných dotazníků, z čehož vyplývá pouhá necelá 16% návratnost. Z tohoto důvodu nelze zjištěné údaje považovat v Královéhradeckém kraji za obecně platné.

⁹⁸ GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 208 s. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

⁹⁹ *Královéhradecký kraj* [online]. Hradec Králové : Královéhradecký kraj, 2008 [cit. 2012-03-12]. Dostupné na WWW : <http://socialnisluzby.kr-kralovehradecky.cz/php/mentalne-postizeni.php?current_page=5>

6.2 Analýza dat

Pro lepší představu o získaných údajích je důležité si každou odpověď rozdělit a zpracovat podle formy poskytované služby, jelikož každá forma má jiná specifika a proto vykazuje i jiné údaje.

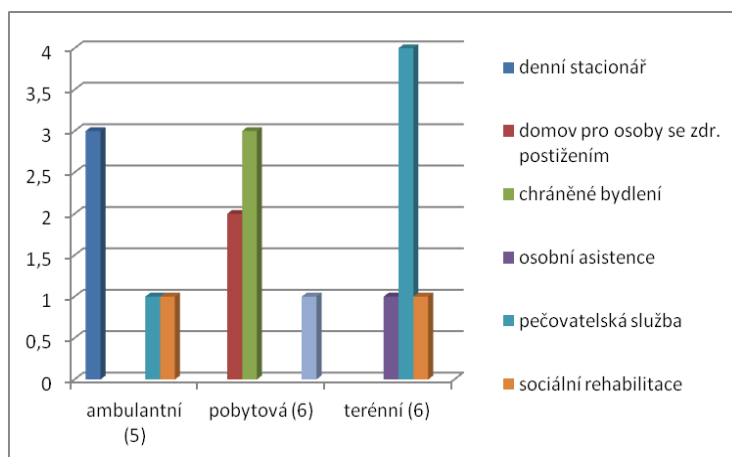
Otázka č. 1 a 2

Forma poskytované služby:

Typ poskytované služby (dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách):

Odpovědi respondentů:

Graf č. 1: Formy a typy poskytovaných služeb



Rozbor a závěr:

Ze získaných odpovědí vyplývá, že z celkového počtu 17 vrácených dotazníků se bude další šetření týkat:

3 denních stacionářů, 2 domovů pro osoby se zdravotním postižením

3 chráněných bydlení, 1 osobní asistence

5 pečovatelských služeb a 2 sociálních rehabilitací.

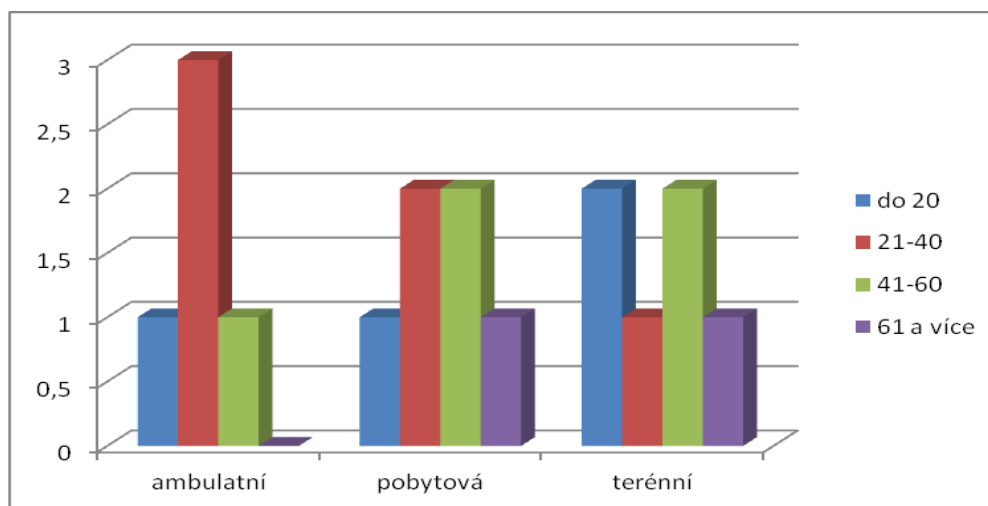
Tyto služby jsou poskytovány v 5 případech formou ambulantní, v 6 pobytovou a 6 terénní.

Otázka č. 3

Počet klientů:

Odpovědi respondentů:

Graf č. 2: Počet klientů v zařízeních



Rozbor a závěr:

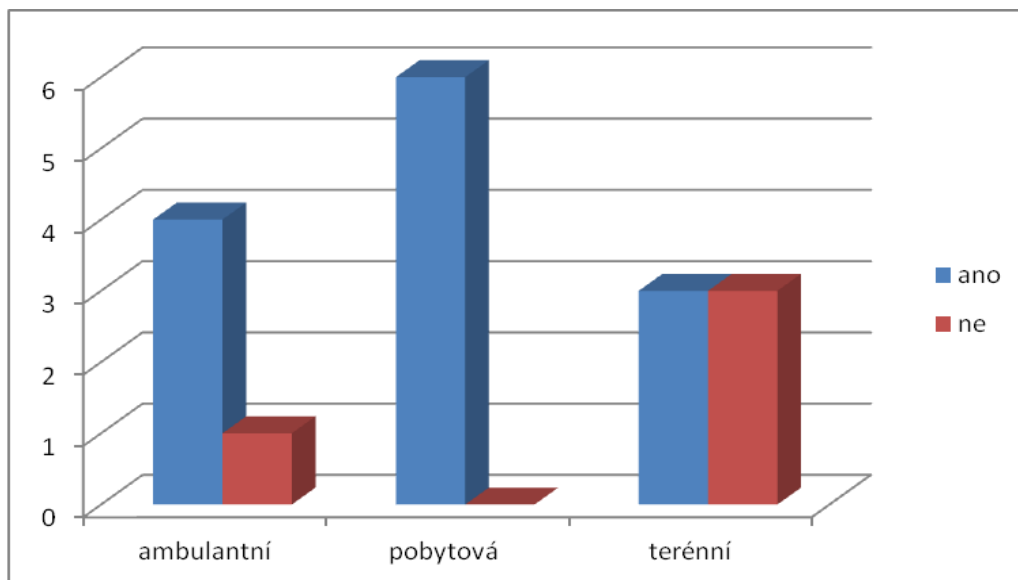
Získaný počet klientů je pouze orientační, jelikož se stále může měnit (stěhování, úmrtí, ...).

Otázka č. 4

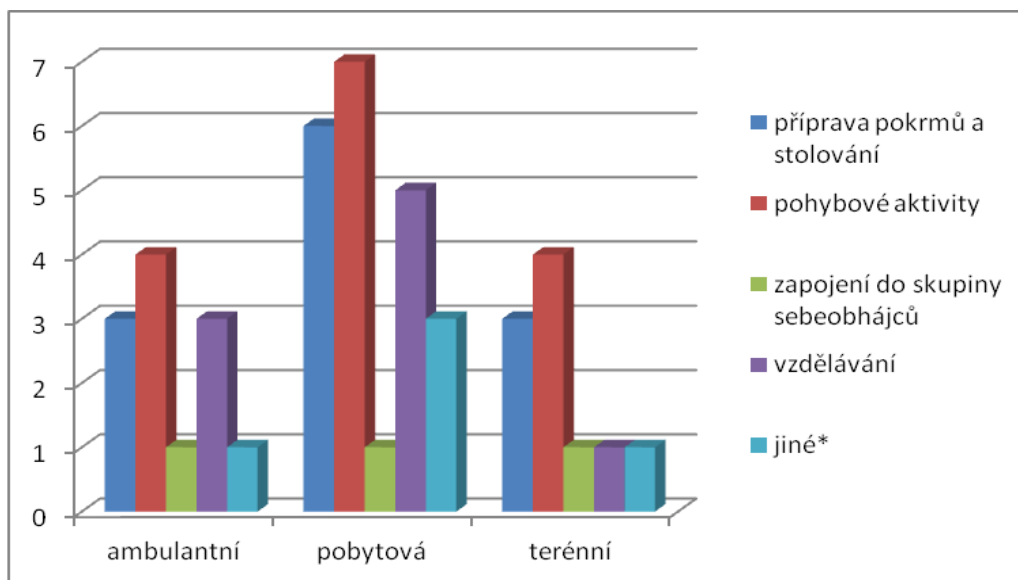
Nabízíte svým klientům aktivizační činnosti? Pokud ano, jaké?

Odpovědi respondentů:

Graf č. 3: Nabízení aktivizačních činností klientům



Graf č. 4: Přehled aktivizačních činností



Mezi jiné* aktivizační činnosti uvedli respondenti např. účast na kulturních akcích, výletech, zájmových kroužcích, ale také hraní společenských her, popř. šití.

Rozbor a závěr:

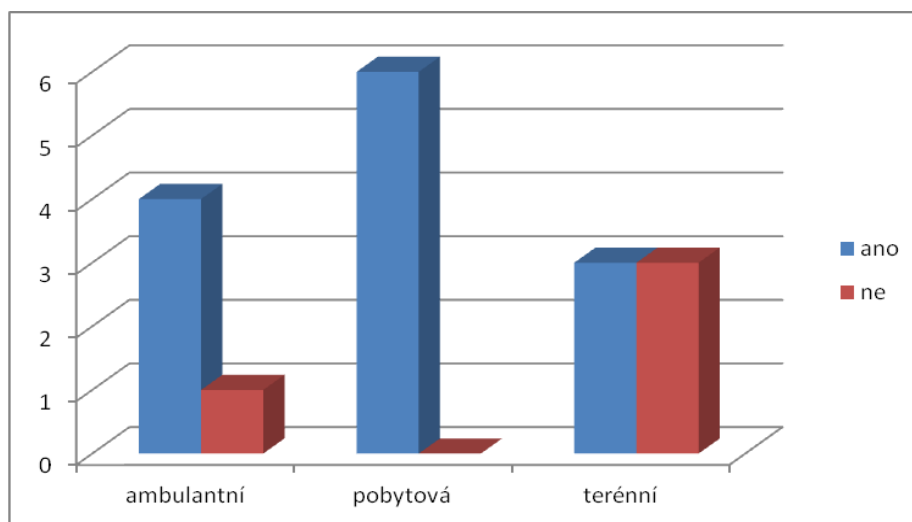
Nejvíce aktivizačních činností se praktikuje v pobytových službách, kde je na ně nejvíce času a poté ve službách ambulantních a terénních. Jak vyplývá z grafu, nejvíce se využívá pohybových aktivit, které jsou velmi prospěšné lidskému tělu (u zdravých i handicapovaných jedinců). Druhou nejoblíbenější aktivitou je pak, opět u všech forem poskytované služby nastejno, příprava pokrmů a stolování. U ambulantních a pobytových službách má velkou váhu i vzdělávání klientů a u druhé zmiňované i jiné aktivizační činnosti (na těchto činnostech se všichni respondenti shodli, že sem patří účast na kulturních akcích, výletech, zájmových kroužcích, hraní společenských her, šití apod.). Bohužel se klienti stále ještě moc neangažují ve skupinách sebeobhájců (podle grafu) a tak za sebe nechávají jednat sociální pracovníky.

Otázka č. 5

Mají o tyto aktivity Vaši klienti zájem? Vyhledávají je?

Odpovědi respondentů:

Graf č. 5: Zájem o aktivizační činnosti



Rozbor a závěr:

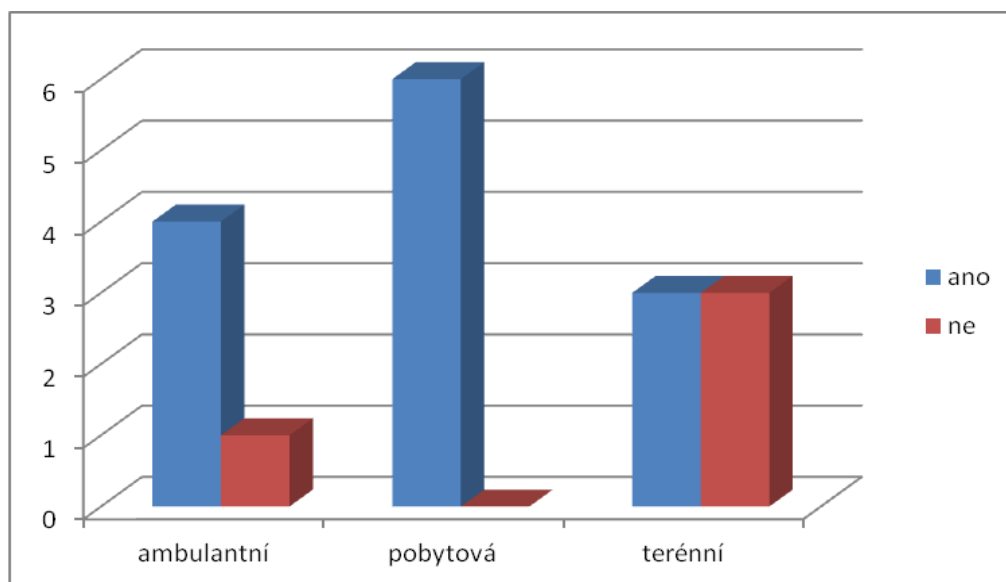
Z grafu vyplývá, že největší zájem o aktivizační činnosti je v pobytových zařízeních. Nejspíše je to z důvodu, že zde jsou klienti „na trvalo“ a proto mají větší zájem o sdružování se při nejrůznějších aktivitách.

Otázka č. 6

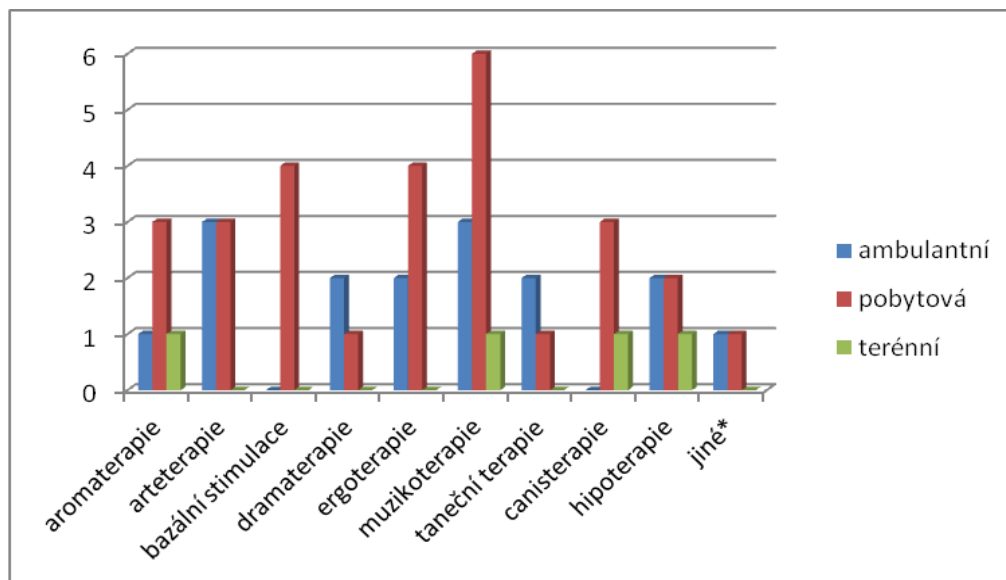
Mají Vaši klienti možnost využívat terapie? Pokud ano, jaké?

Odpovědi respondentů:

Graf č. 6: Možnosti využití terapií



Graf č. 7: Přehled terapií



Mezi jiné* terapie uváděli respondenti shodně fyzioterapii.

Rozbor a závěr:

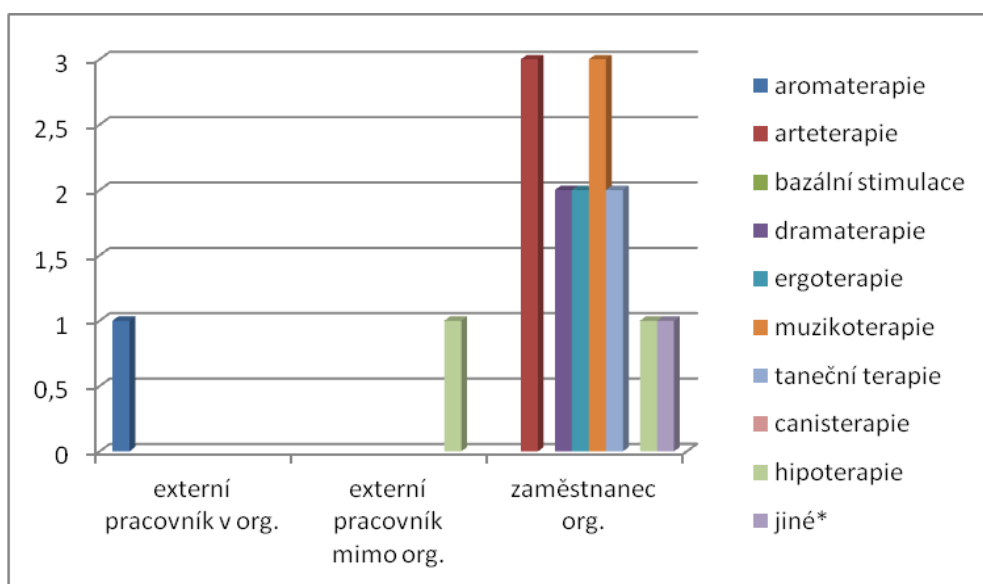
Z výše uvedených grafů vyplývá, že většina služeb terapie nabízí. Nejvíce jich je v pobytových zařízeních (z vrácených dotazníků to je 100 %). U těchto klientů pak slouží k vyplnění volného času. V ambulantních službách ještě lze terapie dobře zahrnout do programu daného dne. V terénních službách je jejich praktikování již o něco náročnější z důvodu hledání vhodné osoby k provedení terapie.

Otázka č. 7

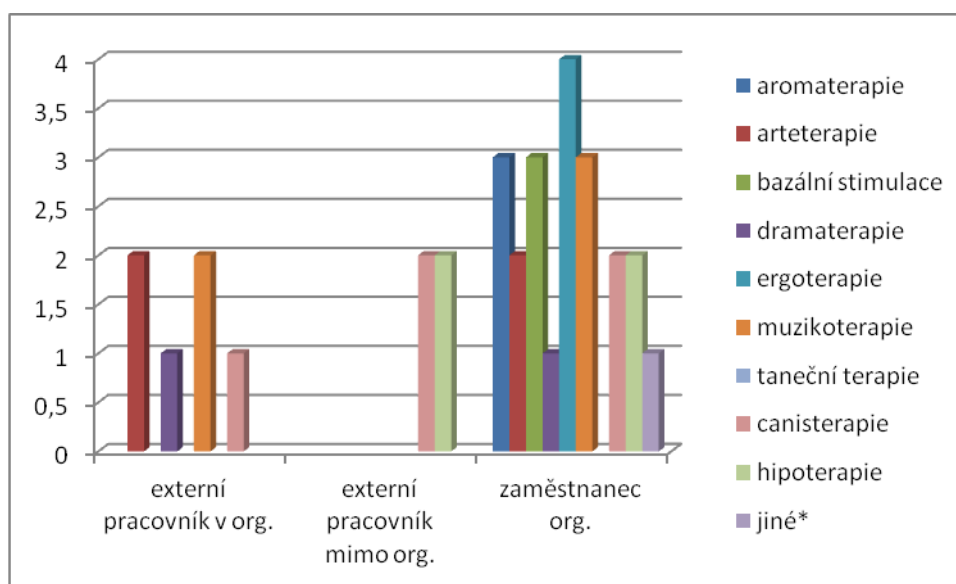
Pokud jste na předchozí otázku odpověděli kladně: Kdo terapii ve Vaší organizaci provozuje?

Odpovědi respondentů:

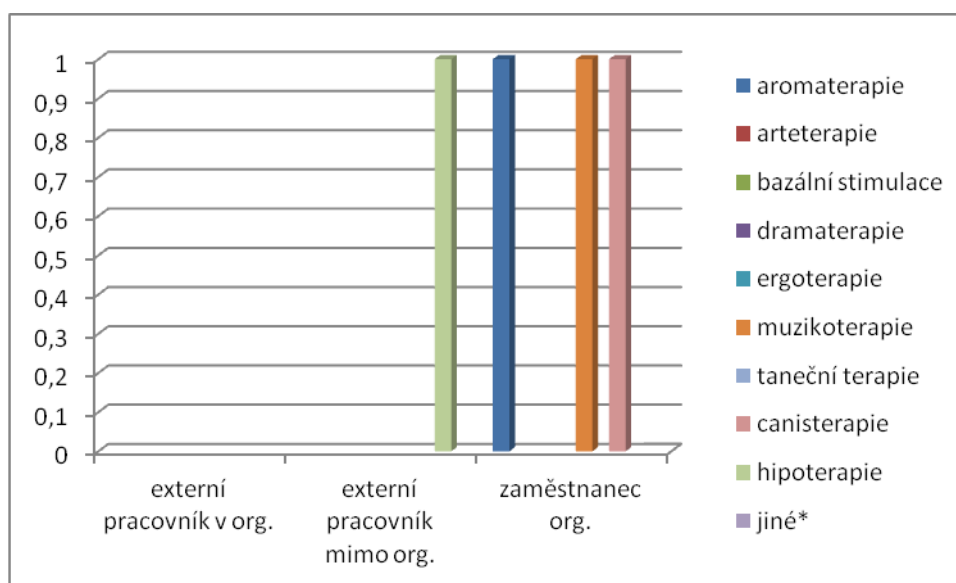
Graf č. 8: Kdo provádí terapie v ambulantních službách?



Graf č. 9: Kdo provádí terapie v pobytových službách?



Graf č. 10: Kdo provádí terapie v terénních službách?



Rozbor a závěr:

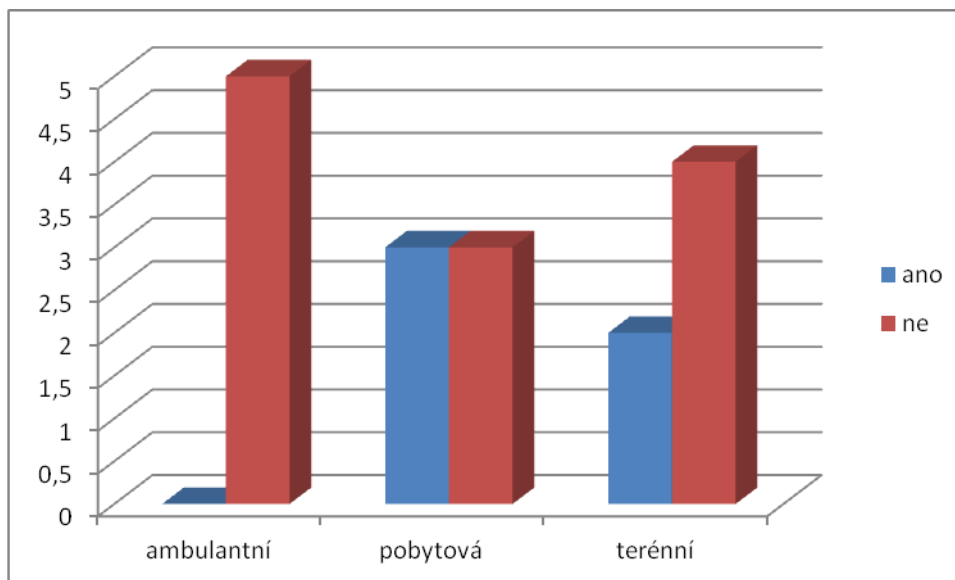
Nejvíce terapií je vedeno přímo zaměstnancem organizace, který prošel požadovaným kurzem, školením apod.. Tento zaměstnanec bývá z řad pracovníků v sociálních službách, pouze při fyzioterapii, jak uvádějí respondenti, se o klienty stará přímo fyzioterapeut. Na terapie také dochází mnoho externích pracovníků a pouze na hipoterapii a canisterapii dochází klienti mimo organizaci k externímu terapeutovi.

Otázka č. 8

Plánujete do budoucna zavedení nové terapie?

Odpovědi respondentů:

Graf č. 11: Zavedení nové terapie?



Rozbor a závěr:

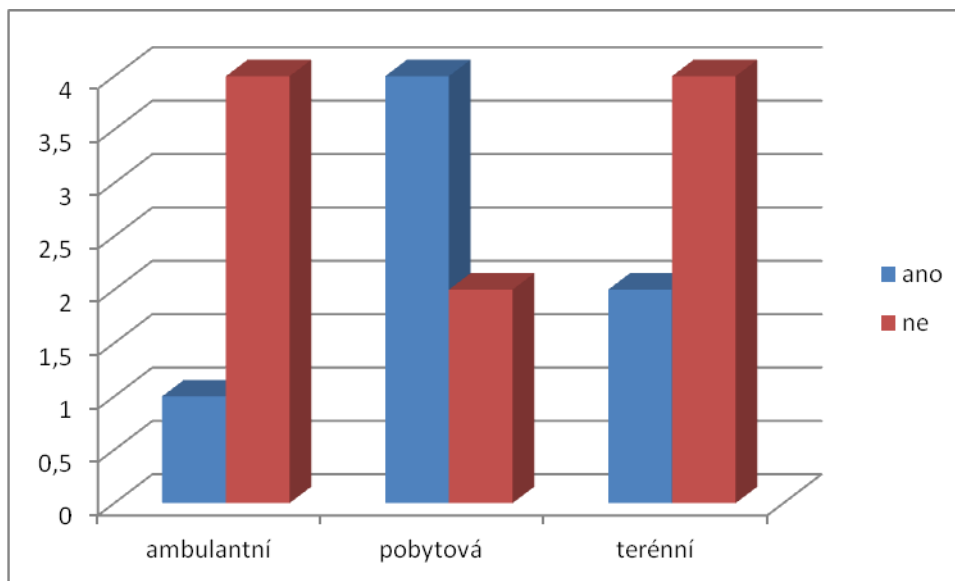
Zavedení nových terapií je velmi nákladné jak finančně, tak i personálně, proto jsou v převaze záporné odpovědi. V případě, že se některé zařízení rozmýšlí o nové terapii, uvedli respondenti, že by se jednalo o canisterapii.

Otázka č. 9

Máte ve své organizaci klienty vyžadující alternativní či augmentativní formu komunikování?

Odpovědi respondentů:

Graf č. 12: Využívání alternativních a augmentativních forem komunikace



Rozbor a závěr:

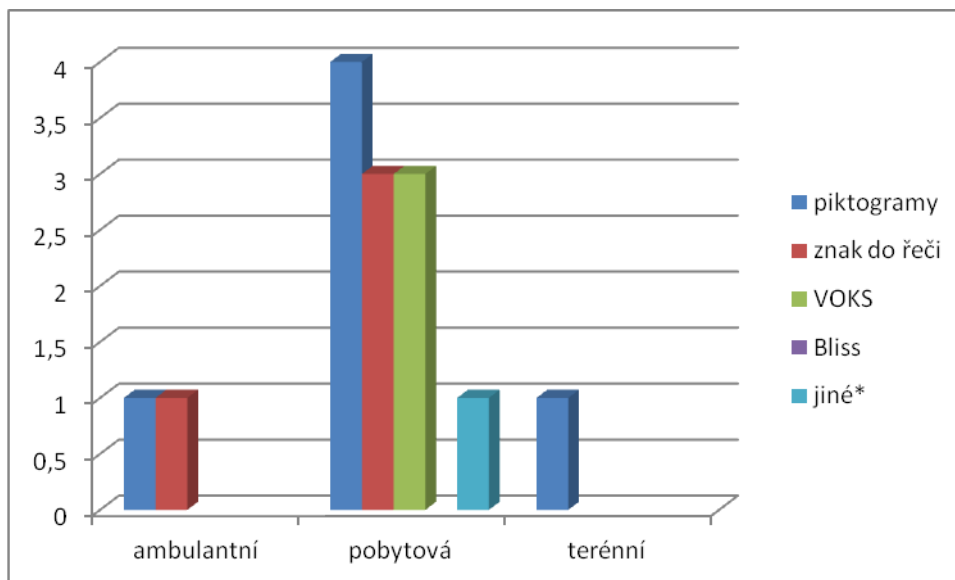
Klienti s narušenou komunikační schopností, a tím pádem potřebující využít některou z alternativní či augmentativní formy komunikace, jsou většinou umístováni do pobytových zařízení, jelikož mají k této narušené komunikační schopnosti přidružen ještě jiný handicap. Z tohoto důvodu se s nimi pracovníci ambulantních a terénních služeb setkávají zřídka (podle vrácených dotazníků), a proto tyto formy komunikace nevyužívají.

Otázka č. 10

Pokud ano, jakou formu využíváte?

Odpovědi respondentů:

Graf č. 13: Využívané formy komunikace



Jako jinou formu komunikace uvedla terénní služba znakovou řeč.

Rozbor a závěr:

Z grafu vyplývá, že nejrozšířenější formou komunikace po verbální a neverbální, jsou piktogramy, jelikož jsou nejméně náročné pro denní praxi a jsou nejjednodušší na naučení. V návaznosti na otázku č. 9 se zde ukazuje, že nejvíce druhů komunikace využívají v pobytových zařízeních.

6.2 Závěr šetření

Pomocí dotazníkového šetření bylo osloveno 50 zařízení poskytujících celkem 93 sociálních či zdravotnických služeb pro osoby s mentálním postižením. Vyplněných dotazníků se vrátilo 17, z čehož vyplývá necelá 17% návratnost. Z celkového počtu 17 dotazníků se jednalo o 5 ambulantních, 6 pobytových a 6 terénních služeb.

Ve 13 z těchto zařízení nabízejí svým klientům možnost zúčastnit se aktivizačních činností, z nichž nejoblíbenějšími jsou pohybové aktivity a aktivity spojené s přípravou pokrmů a stolováním.

Stejný počet respondentů i uvedl, že nabízejí možnost terapie. Nejvíce terapií se provozuje v pobytových zařízeních a nejméně v terénních (to spočívá v typu služeb, které organizace poskytují). Mezi nejvyužívanějšími terapiemi je muzikoterapie a arteterapie s ergoterpií. Z následujících šetření vyplynulo, že většinu terapií provádí zaměstnanci organizace, kteří pro ně mají částečnou či plnou kvalifikaci, a minimálně se využívá externích zaměstnanců mimo organizaci. Z důvodu finanční a personální náročnosti nepočítá 12 zařízení se zařazením nové terapie do svých služeb. Mezi zbývajících však uvažují o canisterapii a dramaterapii.

Většina zařízení nemá klienty s narušenou komunikační schopností, a proto nevyužívají alternativní a augmentativní formy komunikace. Pokud ale tyto klienty mají, nejvyužívanějšími jsou piktogramy a znak do řeči.

ZÁVĚR

Diplomová práce obsahuje poznatky z oblasti psychopedie, dospělosti, aktivizačních, terapeutických a komunikačních přístupů. K těmto problematikám existuje v současné době velké množství tištěných i elektronických zdrojů (ať už českých nebo zahraničních).

Ať už se jedná o aktivizaci, terapii či komunikaci s osobou s mentálním postižením, tak je důležité, aby byla uzpůsobena jeho individuálním potřebám. Podle dostupných materiálů by se dalo říci, že všechny výše zmíněné činnosti jsou pro osoby s mentálním postižením více či méně vhodné. Mělo by se ale přihlížet k typu a stupni postižení, stejně jako k jedincově osobnosti. Základem pro úspěch je i znát zájmy osoby, na kterou se snažíme působit. Proto je vhodné, aby terapeut, lektor či učitel spolupracoval s jedincovou rodinou, blízkými osobami, v případě pobytového zařízení i s nejbližšími pracovníky, aby mohlo dojít i k návaznosti služeb a činností.

Tato práce nabízí nejen poskytovatelům sociálních služeb osobám s mentálním postižením a jejich pracovníkům, ale také všem těm, kteří se o tuto problematiku zajímají vzor činností, které mohou praktikovat, stejně jako informace o tom, čemu se vyvarovat.

SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY

BRNĚNSKÁ RADA JUNÁKA. *Integrace zdravotně postižených dětí do skautské činnosti (možnosti a hranice z hlediska zdravotníků)*. Brno : Brněnská rada Junáka, 1991. 28 s.

ČERNÁ, M. et al. *Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: UK, 2009. ISBN 978-80-246-1565-3.

ČESKÉ HNUTÍ SPECIÁLNÍCH OLYMPIÁD. *Speciální olympiáda Česká republika*. Ústí nad Labem: PrintActive s. r. o., 2004.

EVROPSKÁ PLATFORMA SEBEOBHÁJCU. *Pravidla správné podpory*. Brusel: Inclusion Europe, 2005. ISBN 2-87460-060-1.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ, K. Somatická stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Odborný časopis Sociální služby*, 2010, roč. 12, č. 6-7/2010, s. 30-31. ISSN 1803-7348.

FRIEDLOVÁ, K. Vestibulární stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Odborný časopis Sociální služby*, 2010, roč. 12, č. 8-9/2010, s.36-37. ISSN 1803-7348.

FRIEDLOVÁ, K. Vibrační stimulace a nastavbové prvky v konceptu Bazální stimulace. *Odborný časopis Sociální služby*, 2010, roč. 12, č. 11/2010, s. 28-30. ISSN 1803-7348.

GALAJDOVÁ, L. *Pes lékařem lidské duše aneb canisterapie*. Praha : Grada Publishing, a.s., 1999. 160 s. ISBN 80-7169-789-3.

GALAJDOVÁ, L. GALAJDOVÁ, Z. *Canisterapie: Pes lékařem lidské duše*. Praha : Portál, s.r.o., 2011. 168 s. ISBN 978-80-7367-879-1.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 208 s. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

HLADÍLEK, M. KLÍMA, A. *Příspěvky k problematice speciální výtvarné výchovy – arteterapie mentálně retardovaných*. Pacov : OV SPMP Černovice, 2001. 46 s.

JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. 1. Vyd. Brno : Masarykova univerzita v Brně, 2003. 47 s. ISBN 80-210-3204-9.

JELÍNKOVÁ, J. KRIVOŠÍKOVÁ, M. ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. 272 s. Praha: Portál, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

KANTOR, J. LIPSKÝ, M. WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. 296 s. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009. ISBN 978-80-247-2846-9.

KLUGEROVÁ, J. PRÁZOVÁ, J. VACÍNOVÁ, T. *Jak vypracovat bakalářskou, diplomovou, rigorózní a disertační práci*. Praha : Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2010. ISBN 978-80-7452-004-4.

KOLEKTIV AUTORU. *Speciální pedagogika*. 2. Vyd. Olomouc : Univerzita palackého, 2004. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.

KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. 368 s. Praha: Grada Publishing, s. s., 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

MIČULKOVÁ, O. FEJKUSOVÁ, O. *Canisterapie v praxi*.

MÜLLER, O. et al. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.

NOVOTNÝ, Z. Bazální stimulace pomáhá zvyšovat kvalitu života a bezpečnost poskytované péče. *Odborný časopis Sociální služby*, 2011, roč. 13, č. 2/2012, s. 27. ISSN 1803-7348.

PSYCHIATRICKÉ CENTRUM PRAHA. *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Vyd. 2. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. s. 236 – 237. 306 s. ISBN 80-85121-44-1.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. 2. Vyd. ISBN 978-80-904259-0-3.

SVOJSÍK, A. B. *Základy junáctví*. 3. nezměněné vydání. Praha: Merkur, 1991. 727 s. ISBN 80-7032-001-x.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, s. r. o. 2008. Vyd. 2., s. 176. ISBN 978-80-7367-408-3.

ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha . Portál, s.r.o., 1998. 248 s. ISBN 80-7178-264-5.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace. Vzdělávání, výchova, sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. s. 29. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.

ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2003. 107 s. ISBN 80-7083-696-2.

ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do teorie a praxe psychopedie. I. díl*. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2006. s. 25. 138 s. ISBN 80-7372-042-6.

VALENTA, M. *Dramaterapie*. 4. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 264 s. ISBN 978-80-247-3851-2.

VALENTA, M. MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. 1. vyd. Praha: Nakladatelsví Parta, s. r. o., 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. Vyd. Praha : Portál, s.r.o., 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

VELEMÍNSKÝ, M.et al. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice : Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.

VITÁSKOVÁ, K. *Snoezelen včera, dnes a zítra. Speciální pedagogika, 2004, roč. 14, č. 1, s. 68-70. ISSN 1211-2720.*

ZELEILOVÁ, J. *Muzikoterapie. Východiska, koncepty, principy a praxe*. Praha : Portál, s.r.o., 2007. 256 s. ISBN 978-80-7367-237-9.

ZGOLA, J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. Vyd. Grada : Publishing, a.s., 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

Stanovy Junáka – svazu skautů a skautek ČR. Schválené X. Valným sněmem Junáka ve Vsetíně dne 21. 10. 2001

Vyhláška č. 73/2005, o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

Cíle odboru SPV [online]. 2012 [cit. 2012-01-30]. Dostupný z WWW : <<http://www.krizovatka.skaut.cz/organizace/ustredni-organy/odbory-a-komise/skauting-pro-vsechny/cile-odboru/>>

Karolína Friedlová [online]. 2004-2012 [cit. 2012-01-20]. Dostupný z WWW : <<http://www.bazalni-stimulace.cz/lektor.php>>

Královéhradecký kraj [online]. Hradec Králové : Královéhradecký kraj, 2008 [cit. 2012-03-12]. Dostupné na WWW : <http://socialnisluzby.kr-kralovehradecky.cz/php/mentalne-postizeni.php?current_page=5>

Pro vedoucí – nabídka odboru [online]. 2012 [cit. 2012-01-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.krizovatka.skaut.cz/organizace/ustredni-organy/odbory-a-komise/skauting-pro-vsechny/pro-vedouci-nabidka-odboru/>>

Typy canisterapie [online]. 2009 – 2012 [cit. 2012-23-02]. Dostupné z WWW: <<http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/typy-canisterapie-38.htm>>

Unie zdravotně postižených jedinců [online]. 2011 – 2012 [cit. 2012-01-09]. Dostupné na WWW : <http://www.uzps.cz>

SEZNAM POUŽITÉ ZAHRANIČNÍ LITERATURY

BAJO, I. VAŠEK, Š. *Pedagogika mentálne postihnutých (Psychopédia)*.

1. vyd. Bratislava: Sapiaientia, 1994. 251 s. ISBN 80-967180-1-0.

HULSEGGE, J. VERHEUL, A. *Snoezelen – jeden jiný svět. Kniha pro praxi*. Martburg/Lahn : Band 21, 1989. ISBN 3-88617-091-8.

KOLEKTÍV AUTOROV. *Výchova a vzdelávanie dospelých. Andragogika. Terminologický a výkladový slovník*. 1. vyd. Bratislava: Svornosť, a. s., 2000. 547 s. ISBN 80-08-02814-9. ISSN 1335-3403.

MIŠOVÁ, Z. *Zakládáme skupinu sebeobhajcov. Sprievodca (nielen) pre ľudí s mentálnym postihnutím*. Bratislava: ZPMP v SR, 2007. ISBN 978-80-969077-9-3.

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ

Seznam tabulek

Tab. 1	Průvodní jevy mentální retardace	15
--------	--	----

Seznam grafů

Graf č. 1	Formy a typy poskytovných služeb	58
Graf č. 2	Počet klientů v zařízeních	59
Graf č. 3	Nabízení aktivizačních činností klientům	60
Graf č. 4	Přehled aktivizačních činností	60
Graf č. 5	Zájem o aktivizační činnosti	62
Graf č. 6	Možnosti využití terapií	63
Graf č. 7	Přehled terapií	63
Graf č. 8	Kdo provádí terapii v ambulantních službách.	64
Graf č. 9	Kdo provádí terapii v pobytových službách	65
Graf č. 10	Kdo provádí terapii v terénních službách	65
Graf č. 11	Zavedneí nové terapie?	66
Graf č. 12	Využívání AAK	67
Graf č. 13	Využívané formy komunikace	68

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Bc. Petra Punnerová

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Aktivizační, terapeutické a komunikační přístupy v péči
o osoby s mentálním postižením

Rok: 2012

Počet stran bez příloh: 77

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 39

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 6

Počet internetových zdrojů: 4

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kotvová