Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

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

Metody a techniky práce se skupinou osob se zdravotním postižením

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Blanka Němcová

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Benešová, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Metody a techniky práce se skupinou osob se zdravotním postižením“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne *2. června 2020* ……

Blanka Němcová

Poděkování

Touto formou bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Veronice Benešové PhD. za odborné vedení, metodickou pomoc, cenné připomínky a vstřícný přístup. Mé poděkování patří také informantům za možnost spolupráce. Nakonec bych chtěla poděkovat rodině, která mě po dobu mého studia velice podporovala.

Metody a techniky práce se skupinou osob se zdravotním postižením

Abstrakt

Cílem bakalářské práce je popsat využití expresivní metody v Centru pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch. Teoretická část zahrnuje výrazy jako sociální práce ve skupině, lidí s postižením a výraz techniky sociální práce. Dále se konkrétně seznámíte s tímto centrem v teoretické části. Výzkum byl proveden také v průběhu hlavní výzkumné otázky, která byla zodpovězena v hlavní části. Pokusili jsme se zjistit přínos sociální skupiny při muzikoterapii podle dílčích cílů. Nakonec jsme zjistili, jak muzikoterapie může pomoci zdravotně postiženým.

Výzkum byl proveden jako kvalitativní výzkum, metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor obsahoval klienty a pracovníky pohybového a výcvikového střediska Zbůch. První výzkumný soubor tvořilo 7 klientů muzikoterapie, a druhý soubor 4 sociální pracovnice, které se na muzikoterapii podílí.

Výsledkem výzkumu je, že muzikoterapie je velmi přínosná pro klienty Centra pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch. Zlepšuje celkový zdravotní stav a také tato terapie pomáhá klientům s lepší socializací v jejich prostředí. Všichni klienti se shodli na tom, že skupinová terapie je lepší než individuální z několika hledisek. Jedná se o komunikaci s ostatními klienty, navazování kontaktů a pocit pochopení ostatních klientů v rámci svého zdravotního omezení. V souhrnu je třeba říct, že toto centrum používá pouze muzikoterapii z expresních technik. To lze považovat za patrný nedostatek použití této techniky během jiné techniky než během muzikoterapie.
Bakalářská práce bude sloužit jako zpětná vazba pro pracovní tým v Centru pobytových a terénních služeb Zbůch.

Klíčová slova

zdravotně postižení; skupina; techniky; muzikoterapie; sociální práce; expresivní techniky; přínos

Methods and techniques of working with group of people with disabilities

Abstract

The aim of the bachelor thesis is to describe the use of the expersive method in the movement and training center Zbuch. The theoretical part includes expression as a group of social work, people with disabilities and expression techniques in social work. Further, you will be specifically acquainted the movement and training center Zbuch in theoretical part. The research was also conducted during the main research question, which was answered in the main part. We tried to find out the contribution of the social group in music therapy according to partiol goals. Finally, We found out how music therapy can help the disabled.

The research was carried out as a qualitative research, method of questioning, technique of semi-structured interview. The research group included clients and employees of moving and trening services center of Zbuch. The first research group contained seven clients of music therapy and second group of four social employers, who participate in music therapy.

The result of the research is that music therapy is very beneficial for clients of the movement and training center Zbuch. Improves overall health and also this therapy helps clients with better socialization in their environment. In summary, it must be said that the Zbuch movement and training center uses music therapy only for express technique. All clients agree, that music therapy n a group is better then an individual in terms of several aspects. For example: communication with other clients, establishing contacts and a sense of understanding from the perspectiove of other clients within the disability. In summary, it must be said, that the center uses only music therapy from expressive technique. This can be considered as a noticeable lack of use of this technique during a technique other than music therapy.

The bachelor‘s thesis will be used as feedback for employees of the moving and trening services center of Zbuch.

Key words

disabled; group; techniques; music therapy; social work; express techniques; benef

Obsah

1 Teoretická část 11
1.1 Sociální práce se skupinou 11
1.1.1 Vymezení pojmu 11
1.1.2 Historie sociální práce se skupinou 12
1.1.3 Klasifikace skupin 13
1.1.4 Role ve skupině 15
1.1.5 Stádia vývoje skupiny 16
1.1.6 Metody sociální práce 16
1.1.7 Techniky sociální práce 17
1.2 Zdravotně postižení v sociálním systému 20
1.2.1 Definice zdravotního postižení 20
1.2.2 Rozdělení zdravotně postižených osob do skupin 20
1.2.3 Koordinovaná rehabilitace 25
1.2.4 Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu 26
1.2.5 Expresivní techniky v sociální práci 26
1.3 Centrum pobytových a terénních služeb Zbůch 29
1.3.1 Seznámení s institucí 29
1.3.2 Nabízené služby podle zákona č. 108/2006 29
2 Praktická část 33
2.1 Cíle práce 33
2.1.1 Výzkumné otázky 33
2.1.2 Operacionalizace pojmů 33
3 Metodika 34
3.1 Metodický přístup 34
3.2 Výzkumný soubor 35
3.3 Realizace výzkumu 35
3.4 Etická pravidla výzkumu 35
4 Výsledky 37
4.1 Výsledky – rozhovory s klienty CPS 37
4.1.1 Sociodemografické údaje 37
4.1.2 Účast na muzikoterapii 37
4.1.3 Přínos terapie hudbou 38

4.1.4 Skupinová terapie a její přínos 39
4.1.5 Forma muzikoterapie 41
4.1.6 Vliv muzikoterapie pro člověka....42
4.1.7 Pocity po skončení muzikoterapie 43
4.1.8 výsledky-rozhovory se zaměstnanci CPS....44
5 Diskuse výsledků 48
6 Závěr....51
7 Seznam literatury 53
8 Přílohy....59

Úvod

Péče o zdravotně postižené klienty je specifická činnost vyžadující maximálně možné úsilí dosáhnout cílů, které jsme si předem vytyčili. Ať už se jedná o cíle ohledně zlepšení zdravotního stavu, psychického či například sociálního. Zdravotně postižený jedinec může být v určité situaci velmi znevýhodněn oproti ostatním, zdravým jedincům, avšak s včasnou pomocí okolí nemusí pro něj jeho zdravotní omezení moc znamenat. Touto pomocí myslím ucelenou rehabilitaci, která se snaží co nejrychleji zapojit osoby se zdravotním postižením do všech společenských aktivit. Zdravotně postiženou osobou se může stát kdokoli, ať už se s nějakou vadou narodí či ji získá. I chvíle nepozornosti či nezodpovědnost okolí nás může stát mnoho. Podívejme se například na naše silnice. Nemusíte riskovat a jedete bezpečně, avšak i v tomto případě nemusíte vždy dorazit v pořádku domů. Lidé, kteří se se zdravotním poškozením narodí mají bohužel v životě „smůlu“, avšak věřím, že u nich platí pořekadlo: „Co tě nezabije, to Tě posílí.“ Tito lidé mají obrovskou vnitřní sílu, neboť k nim život nebyl spravedlivý, a i přesto dokázali se s nepřízní osudu poprat.

Jedním ze zařízení, kteří se pomocí lidem se zdravotním postižením zabývají, je právě Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch, a právě proto jsem si vybrala jako cíl svého výzkumu. Poskytují služby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jednou ze služeb, o kterou jsem se zajímala, byla terapie hudbou neboli muzikoterapie. Vy výzkumné části jsem se zabývala využitím a přínosem této terapie pro zdravotně postižené klienty. Mojí volbou pro toto zařízení bylo i to, že jsem zde mohla uskutečnit odborné praxe v rámci svého studia.

1 Teoretická část

1.1 Sociální práce se skupinou

Pod pojmem sociální práce si představujeme takovou pomoc lidem, kteří to v té chvíli potřebují. Jedná se o vztah sociálního pracovníka s klientem, kteří spolu úzce spolupracují a snaží se o dosažení stanovených cílů. Dle starší definice je sociální práce to, co dělají sociální pracovníci. Dále může být vysvětlena jako odborná disciplína zajišťující péči o potřebné. Mezi cíle sociální práce řadíme reflexi, zmírnění a řešení sociálních problémů (Gulová, 2011). Dle Mašáta (2012) se sociální práce rozděluje na tři úrovně. Rozlišujeme mikroúroveň, mezopraxi a makropraxi. Pod mikroúrovní se skrývá případová práce, konkrétně sociální práce s jednotlivcem. Mezi hlavní náplň sociálního pracovníka je poradenství a podpora klienta. Do mezopraxe zařazujeme sociální práci se skupinou nebo s rodinou. Náplň práce sociálního pracovníka obsahuje skupinová terapie a různé aktivity. V makroúrovni najdeme sociální práci s komunitou. Zde sociální pracovník zajišťuje naplnění cílů společenství a řešení jejich problémů (Mašát, 2012). Sociální práce se skupinou je jedna z metod, která se v současné době využívá v humanitních oborech, konkrétně v sociální práci. Když si to člověk neuvědomuje, tak je celý život zapojen do nějakých skupin kolem sebe, ať už je to například rodina, spolužáci ve škole, kolegové v práci, rekreační či terapeutické skupiny. Taková skupina jedince ovlivňuje, i když si to dotyčný jedinec nemusí uvědomovat. Sociální pracovník takovou skupinu vede a pomáhá jí dosáhnout cíle, který si vytyčila (Gulová, 2011). Sociální pracovník zastává roli terapeuta, facilitátora, konzultanta a případového manažera (Matoušek et al., 2013).

1.1.1 Vymezení pojmu

Skupinová sociální práce je proces, který vede k posílení členů skupiny a skupiny samotné (Mahrová et al., 2008). Skupinová terapie je pojem vymezený mnoha definicemi od různých autorů. Dle Matouška et al. (2013) můžeme skupinovou terapii pojmenovat jako náhled, katarze a trénink. Až nastane doba, kdy klient dosáhne těchto tří bodů, korigují se minulé zkušenosti a dochází k přetvoření těch zkušeností. Sociální pracovník, který pracuje se skupinou, nese myšlenky i mimo skupinu a usnadňuje život. Pomáhá v individuálních otázkách každého člena skupiny i mimo ni. Pro skupinu je důležitý i vývoj samotné skupiny (Garvin et al., 2017).

1.1.2 Historie sociální práce se skupinou

Sociální práce se skupinou se postupně utvářela přibližně od 19. století. Zajišťovali ji různé náboženské spolky a svépomocná hnutí. Zakládaly se různé spolky, které řešily sociální problémy lidí té doby. Sociální práce se zaměřovala hlavně na lidi bez přístřeší. Jednalo se hlavně o přistěhovalce, kteří koncem 19. století osídlili nejvíce USA a Velkou Británii (Zastrow, 2008). Jednalo se hlavně o lidi s nízkým vzděláním a bez znalosti jazyk, a tak neměli velkou šanci na integraci. Vytvářeli různá ghetta, která byla známá pro velkou kriminalitu. V těchto zemích se také zvyšovala chudoba, prostituce a objevily se i různé nemoci mezi lidmi. Sociální status tudíž klesl s přívaly přistěhovalců. Oficiální zařazení skupinové sociální práce se uskutečnilo v roce 1935, kdy byly při Národní konferenci přijaty cíle sociální práce se skupinou (Garvin et al., 2017).
Mezi tyto cíle Levická řadí (2002) řadí:

- p*omáhat členům skupin,, aby se učili aktivní účasti na životě skupiny a prostřednictvím ní rozvíjeli své chápání problémové situace svého společenského postavení (aby se naučili fungovat a skrz skupinu získávat sociální dovednosti),*
- *prostřednictvím rozvoje skupin přispívat k rozvoji individuálních potenciálů jednotlivých členů skupiny a obohacovat její život,*
- *zabezpečit přirozený růst a rozvoj sociálního fungování členů skupiny,*
- *zabraňovat sociální dysfunkci u členů skupiny,*
- *poskytování pomoci a podpory jednotlivcům, kteří žijí v dysfunkčních sociálních vztazích anebo těm, kteří to potřebují vzhledem ke své sociální situaci (Levická, 2002, s. 107).*

Následně v roce 1936 vznikla Národní asociace pro studium skupinové práce a rok poté vznikla Americká asociace vzdělávání ve skupinové práci (Hejlová, 2015).

1.1.2.1 Historie sociální práce se skupinou v Anglii

Historie sociální práce se skupinou v Anglii sahá až do 19. století. Byla založena církevní organizace, konkrétně v roce 1844 Young Men's Christian Association.
Tuto organizaci založil George Williams a organizaci můžeme doposud registrovat. Za cíl má pomáhat mladým mužům s integrací. Další organizace vznikla v roce 1855.

Jmenuje se Young Women's Christian Association a vznikla v roce 1855. Mezi její cíle najdeme převážně výchovu mladých žen. V Londýně v roce 1884 byla založena vikářem Barnetem univerzita Toynbee Hall, kde kromě bohatých studentů našli útočiště i sociálně slabí občané. Mnoho studentů, konkrétně dívky, pocházely z vyšších a středních vrstev. Jednalo se hlavně o dcery ministrů, které chtěly bydlet ve čtvrtích svírající chudobu, aby se sžily s lidmi a pomohly jim se sociálními problémy (Zastrow, 2008).

1.1.2.2 Historie sociální práce se skupinou v USA

Sociální problematika v USA byla hlavně způsobena přistěhovalci, kteří neměli kde bydlet, neznali jazyk, tudíž se nemohli plně začlenit. O pomoc právě těmto novým občanům se nejvíce postarala Jane Addamsová, přezdívaná „matka sociální práce“. V roce 1889 založila na okraji Chicaga Hull House, centrum pro přistěhovalce (Gitterman, 2008).

První settlementy v USA vznikaly v roce 1886 V New Yorku. Byly organizovány úzce spletené se samovládou klubů. Stali se společným jmenovatelem v mnoha hnutích (Zastrow, 2008).

1.1.2.3 Historie sociální práce se skupinou v Čechách

U nás se za nejznámější protagonisty a průkopníky skupinové psychoterapie řadíme Knoblocha, Rubeše, Skálu a Urbana. Sociální práce se zde dělila na sociální práci ve zdravotnictví a sociální práci mimo zdravotnictví. Sociální práce ve zdravotnictví se zabývala především léčbou neuróz, psychóz a závislostí. Sociální práci mimo zdravotnictví můžeme nalézat například v manželských a předmanželských poradnách (Horská et al., 2007).

1.1.3 Klasifikace skupin

Pod pojmem skupina se skrývá jakékoli uskupení lidí. O sociální skupině hovoříme tehdy, pokud je uskupení lidí spolu vnitřně propojeno. Musíme ale rozlišovat mezi sociálními skupinami a agregáty. Za agregáty jsou považovány skupiny lidí spojující shodná činnost, jako například divák v kině. Rozdělení skupin dělíme do 2 kategorií, a to jsou **skupinová struktura** a **skupinová dynamika** (Výrost, 2008). Dle Mašáta (2012) se skupina dělí dle

velikosti, a to na malou skupinu (2-15 členů), střední (15-40) a velkou skupinu (nad 40 členů). Dle vztahů se skupina dělí na formální a neformální. Formální skupina je úkolově zaměřená a vytvořená k dosažení stanovených cílů. Neformální skupina nemá formální cíl (Bußmann,2014). Dle potřeb se malá skupina dělí na primární a sekundární. V primární skupině se schází malý počet členů, kteří spolu komunikují delší dobu. Jako hlavní malou primární skupinou považujeme rodinu, kde jsou velmi úzké vztahy mezi lidmi. Do sekundární skupiny zařazujeme další skupiny s formálnějšími vazbami ve skupině, například pracovní a zájmové skupiny (Novotná, 2010). *Dle existence můžeme skupinu dělit na trvalou a dočasnou*. (Mašát, 2012 str. 15) V současné době existuje mnoho způsobů, jak v sociální práci dělit skupiny. Do základního dělení dle Matouška et al. (2013) skupin patří:

Terapeutické skupiny slouží pro klienty s různými druhy onemocnění. Skupina se shromažďuje pravidelně, kde klienti sdílí své potíže. Při sezení je skupina vedena dvěma terapeuty, jedná se o podpůrné prostředí pro klienty.

Ve skupině úkolově zaměřené se skupina zaměřuje na problém, který právě tu skupinu svírá.

Psychoterapeutické skupiny zahrnují velkou část sociální práce. Z hlediska teorie sem zařazujeme například transakční teorii, gestalt terapii a psychodynamickou terapii. Skupinová psychoterapie je také určena pro širokou škálu klientely. Jde hlavně o neurotiky, chronické psychotiky a závislé klienty.

Svépomocné skupiny jsou skupiny pomáhající se díky podobné zkušenosti. Klienti si mezi sebou předávají informace a vyjadřují pochopení mezi sebou. (Truhlářová, 2014).

Encounterové skupiny jsou skupiny setkávací. Řeší se zde emoce a konflikty klientů. Jsou to skupiny, které pomáhají s výcvikem lidských vztahů. Dřívější náplní této skupiny byl výcvik pracovníků, aby se zlepšili v konverzaci s lidmi.

Skupiny zaměřené na dosažení sociálních cílů se zabývají hlavně na práci s mládeží nebo s komunitou.

Horská et al. (2007, str. 28) dále uvádí dělení skupin podle obsahového zaměření a metod práce. Jsou to skupiny:

- **Biografické -** zaměřují se na anamnézu každého člena
- **Interakční -** zkoumají vztahy ve skupině
- **Tematické -** účel skupiny je téma, které se ve skupině projednává
- **Tréninkové -** slouží k tréninku řešení problémů
- **Samořídící -** není pevně stanovené vedení a jedná se o samosprávný klientský orgán.

Dle Urbanovské a Škobrtala (2012) se může skupina dělit na vlastní a nevlastní. Dle vztahu jedince ke skupině dělíme skupinu na členské a referenční. V členské skupině se klient považuje za člena skupiny. V referenční skupině se klient se skupinou ztotožňuje, respektuje normy skupiny, ale upíná se na jinou skupinu a sdílí s ní její cíle.

1.1.4 Role ve skupině

Každý člen ve skupině zaujímá určitou roli, která je pro něj charakteristická a měla by odpovídat roli ve skutečném životě. Jeden z úkolů skupiny je sledování jedince, jak přiřazenou roli přijme. Nejznámější rozdělení rolí je dle Jakoba Levy Morena (Matoušek et al., 2013). Rakousko-americký lékař založil psychodrama a Morenovskou sociometrii. Dle Morenovo dělení rolí existují dvě vůdcovské role. Role **„vůdce“** se ztotožňuje s inteligentním a velice schopným jedincem, který svoji skupinu vede. Jedná se o nekonfliktní a velice schopnou osobu. Další role dle tohoto dělení je role **„hvězda“.** Jedná se o velmi oblíbenou osobu pro ostatní členy skupiny, která nevyhledává konflikty, je veselá a společenská. Jako další důležitá role ve skupině je role **„černá ovce“.** Je to opak předešlých rolí, jedná se o roli nespolečenskou, nesympatickou a odmítavou (Truhlářová, 2014). Role **„monopolista“** je osoba strhávající na sebe pozornost. Role **„trpitele“** je osoba, která na sebe upozorňuje tak, že požaduje od ostatních pomoc, ale když ji ostatní nabízejí, trpitel ji odmítá. **„Moralista“** je ten, kdo má vždy pravdu. Role **„kvazi terapeuta“** přebírá osoba, která vždy všem radí. Role **„miláčka“** je přiřazena osobě, která ochraňuje a vyjadřuje city. **„Obětní beránek“** je cílem agrese, kterou ostatní ventilují na slabší osobu. Role **„šaška“** zaujímá nejzábavnější osoba, která si dokáže udělat legraci ze sebe. Ostatní členové skupiny můžeme řadit do role agresora, provokatéra, opozičníka, ochránce, chudáka a svůdce (Kalina, 2013).

Matoušek et al. (2013) ve své knize poukazuje na další dělení rolí ve skupině, a to konkrétně podle Schindlera. Ten v 60. letech 20. století popsal čtyři pozice ve skupině.

Roli vůdce ztvárňuje pozice **alfa**. Jako expert, poradce a pravá ruka alfy, ztvárňuje role **beta.** Pasivního člena skupiny označujeme **gama.** Jedná se o nepřizpůsobivého člena skupiny. Člen **omega** je vyčleněný na okraj společnosti.

1.1.5 Stádia vývoje skupiny

Každá skupina se vytváří. Na začátku skupinové aktivity se chová jinak než v průběhu a na konci terapie. Bruce Tuckman ve 20. století pojmenoval pět stádií, které vznikají v průběhu formování skupiny. Jedná se o fáze formování, bouření, normalizace, uskutečňování (fungování) a zakončení (Navrátil, 2001). Ve fázi formování je důležité setkání členů skupiny a řešení hlavního důvodu, proč tato skupina vznikla. Ve fázi bouření se objevuje nesouhlas s určitými úkoly skupiny a vznikají konflikty ve skupině. Zde hrozí i riziko zániku skupiny, pokud se problémy ve skupině nevyřeší. Fáze normalizace je typická pro uvědomění členů jejich skupinové kultury. Ve fázi uskutečňování dochází ke spolupráci členů při plnění úkolů daných ve skupině. Ve fázi ukončení dochází ke splnění úkolů skupiny (Hartlová, 2010).

1.1.6 Metody sociální práce

Matoušek (2016, s. 107) definoval jako „specifické postupy sociálních pracovníků definované cílem nebo cílovou skupinou“. Cíle sociální práce jsou především poskytnutí materiální pomoci, poradenství, úřední výkon, komplexní pomoc a výzkum. Sociální práce může probíhat ve třech úrovních, a to v mikroúrovni, střední úrovni a makroúrovni (Mašát, 2012). Catherine Popelová a Beulah Rothmanová vymezily tři základní modely sociální práce se skupinou. Jedná se o model sociálně orientovaný, nápravný a interakční (Gabrielová, 2017, s. 30). Mahrová (2008) ve své knize popsala tři základní metody sociální práce. Jedná se o individuální sociální práci, skupinovou sociální práci a komunitní sociální práci.

Individuální sociální práce se stará jen o samotného klienta a o jeho problémy. Základním kamenem pro úspěšnou intervenci je motivace klienta ke spolupráci a změnám v jeho životě (Řezníček, 2000). Individuální sociální práce má kořeny v USA a za její zrod je považována Mary Richmondová (Mahrová, 2008). Komunitní sociální práce se postupně utváří celé století (Mahrová,2008). Matoušek (2013) ve své knize definuje komunitu jako lidé žijící v geograficky definované oblasti a mezi nimiž existují vzájemné sociální vazby.

Komunitu vymezují hranice, které mohou být například politické, ekonomické, geografické nebo sociální. Sdílí své zájmy či společné problémy a udržují strukturu, formální či neformální. V komunitní sociální práci sociální pracovník pracuje uvnitř komunity, kde naslouchá klientům a pomáhá jim zapojit se zpět do sociálního života. Pro začátek činnosti komunity musí sepsat projekt, kterého se budou účastníci řídit. Dále ukončuje činnost a předává výsledky (Gulová, 2011).

1.1.7 Techniky sociální práce

V sociální práci využíváme mnoho technik, které napomáhají ve skupinové terapii. Pomáhají zvládnout nepříznivé životní situace. Techniku považujeme za nástroj metody, která má za cíl dosáhnout cíl, který si nastavíme. Jedná se o postup, který nás má dovést k cíli (Mašát, 2012). Truhlářová (2014) ve své knize popisuje tři velké techniky práce se skupinou, a to verbální techniky, neverbální techniky a speciální techniky.

1.1.7.1 Verbální techniky práce se skupinou

Do verbální techniky práce se skupinou zahrnujeme psychodrama, sociodrama, sociálně psychologické hry, deníky, elaboráty a encounterové techniky. O založení psychodramatu se ve 20. století zapříčinil Rakouský terapeut J. L. Moreno (Matoušek, 2016). Tato metoda se využívá pro terapeutický účinek. Jedná se o hru, kdy zúčastněné osoby přehrávají scénky podobající se divadlu. Pro klienta je tato metoda dobrá pro pochopení jeho problémů, nebo pro jiný pohled na onen problém. Do hry jsou zapojeni členové skupiny a ti hrají v psychodramatu určitou roli (Vymětal, 2010). V psychodramatu se setkáváme s realitou života. Díky psychodramatu klient lépe chápe situaci či konflikt, do kterého se dostal (Müller, 2014). V Pro uskutečnění psychodramatu je zapotřebí jeviště či prostor, protagonista, režisér, pomocní herci a publikum. Protagonista v úvodu vylíčí osobní svět na jevišti. Je na něm, jak se s rolí vžije, on sám je pro sebe velkou autoritou. Režisér vystupuje ve hře jako konzultant a analytik. Jeho hlavní náplní je vedení této hry. Může také přerušovat scénku, nechat ji opakovat. Pomocní herci se aktivně zapojují a ztvárňují problémové situace. Publikum tvoří pasivní členové této hry. Mohou být nápomocni protagonistovi nebo sami vystupují na jevišti (Urbanová, 2008). **Při psychodramatu se využívá mnoho technik. Jedná se například o hraní vlastní role. Zde klient poukazuje na vlastní názor řešeného problému. Vyjadřuje vnější reakce. Mezi další techniku řadíme monolog. V této technice klient projevuje vnitřní rozpoložení.**

Při hraní "alter ega" se zapojuje pomocný herec a vyjadřuje "druhé já" klienta. Pokud dojde na výměnu rolí, klient hraje osobu, se kterou má konflikt. Zrcadlo slouží k portrétování klienta, kdy ho pomocní herci napodobují (Müller, 2014)

Sociálně psychologické hry

Sociálně psychologické hry zařazujeme do skupinové terapie pravidelně. Přispívají především k rozvoji komunikace mezi přítomnými klienty (Truhlářová, 2014).

Deník využíváme převážně u psychiatrických pacientů, dále v sociální práci s drogově i alkoholově závislými pacienty. Deníky jsou zápisy z terapií, kde si klient uchovává své myšlenky (Truhlářová, 2014).

Encounterové skupiny

Tyto skupiny jsou spojené s datem vzniku kolem 50. let 20.století a mezi zakladatele řadíme Carla Rogerse (Nykl, 2012). Jedná se o skupinu vedenou na emočním základě. Vyjadřuje se zde prožitek a emoce. Mezi důležitou stránku encouterovýych sezení zahrnujeme dotek a tělesný kontakt (Truhlářová, 2014). Motschnig (2011) charakterizuje encounterovou skupinu jako skupinu tvořenou 8-18 účastníky, kteří se zaměřují na prožívání situací. Vedoucí skupiny má na starost kontakt mezi klienty, odpovídá za chod skupiny. Dle Nykla (2012) mají tyto skupiny volný průběh, klienti vyjadřují empatii a snaží se lidsky rozvíjet. Neměli by mít mezi sebou vzájemné vazby, setkávají se poprvé.

Neverbální techniky práce se skupinou

Na rozdíl od verbální techniky, neverbální technika nepoužívá žádná slova. Mezi neverbální techniky řadíme danceterapii, muzikoterapii, voinceterapii, arteterapii a psychogymnastiku (Truhlářová, 2014).

Arteterapie definujeme jako expresivní terapii, která využívá v terapii s klientem uměleckou formu. Můžeme ji také definovat jako psychoterapeutickou a psychodiagnostickou disciplínu, která využívá uměleckou formu pro léčebné prostředky (Müller, 2014). Mezi cíle arteterapie patří sebeprožívání, uvolnění, sebevnímání, růst motivace, navázání kontaktů, zapojení do skupiny a rozvoj osobnosti (Holczerová, 2013). Dosedlová (2012) uvádí, že se arteterapie rozvíjí od roku 1991 a na starost ji má společnost ECArTE (European Consortium for Arts Therapies Education).

Psychogymnastika využívá nejvíce pantomimu pro vyjadřování vztahů a situací (Valenta, 2011). Valenta (2011) dále uvádí, že psychogymnastiku můžeme označovat jako psychopantomimu. Klienti pomocí pantomimy zpracovávají témata, které jim zadá terapeut (Vymětal, 2007). Dle Kulky (2008) klienti nejdříve cvičí správné držení těla, poté přechází do výrazové části, kdy si klienti uvědomují vlastní tělo a pomocí těla vyjadřují pocity a myšlenky. Truhlářová (2014) ve své knize uvádí dělení psychogymnastiky na fázi přípravnou, pantomimickou a fázi uklidňující.

Danceterapie (taneční terapie) je terapie zaměřená na vnímání hudby a je vhodná pro všechny typy klientel, ať už se jedná o pacienty s roztroušenou sklerózou, s různými rozsahy poškození či zdravé jedince (Dosedlová, 2012). Hudba klientovi přináší radost z pohybu, pozitivní emoce, autonomii a sebedůvěru (Müller et al., 2014).

Muzikoterapie představuje terapeutický obor využívající hudbu a její prvky (Gerlichová, 2014 s 15). Gerlichová (2014) dále uvádí definici muzikoterapii dle Světové federace muzikoterapie (WFMT) jako *„Profesionální použití hudby a jejích prvků jako intervence ve zdravotnictví, vzdělávání a každodenním prostředí s jedincem, skupinou, rodinou nebo komunitou, která usiluje o optimalizaci kvality jejich života a zlepšení jejich psychického, sociálního, komunikačního, emocionálního a duševního zdraví a pohody. Výzkum, praxe, vzdělání a školení v klinické muzikoterapii vycházejí z profesionálních standardů v souladu s kulturním, společenským a politickým kontextem“*. Muzikoterapii můžeme rozdělit na individuální, skupinovou nebo párovou (Beníčková, 2011).

Voinceterapie nabízí terapii pomocí hlasu. Rozvíjí se jak extralingvistická (například mručení, jé složka, tak i paralingvistická (například ticho, dynamika, intonace) složka řeči (Kantor, 2009).

Zooterapie

Další terapie, která pomáhá v komunikaci s lidmi v sociální práci, je zooterapie. Jedná se o terapii mezi pacientem a zvířetem, kdy právě zvíře odbourává napětí v terapii a nahrazuje kontaktní terapii mezi pacientem a dalšími lidmi (Nechlebová, 2013).

Dle Müllera (2014, s 452) se zooterapie dělí dle tří kritérií, a to:

1. ***dle zvířecího druhu*** *například hipoterapie (využití koně), canisterapie (využití psa), felinoterapie (využití kočky), delfinoterapie (využití delfína), lamaterapie (využití lamy), insektoterapie (využití lamy), ornitoterapie (využití ptactva)*
2. ***dle metody zooterapie-****aktivity za pomoci zvířat (AAA), terapie za pomoci zvířat (AAT), vzdělávání za pomoci zvířat (AAE), krizová intervence za pomoci zvířat (AACR)*
3. ***dle formy zooterapie****-návštěvní program, jednorázové aktivity, pobytový program, zásah krizové intervence*

1.2 Zdravotně postižení v sociálním systému

1.2.1 Definice zdravotního postižení

V Úmluvě právech osob se zdravotním postižením, které se datuje rokem 2016, se osoba se zdravotním postižením bere jako jedinec s dlouhodobým fyzickým, duševním, mentálním nebo smyslovým postižením (Šámalová, 2016).

Práva pro osoby se zdravotní postižením zajišťuje Úmluva Organizace spojených národů o právech osob se zdravotním postižením (dále ÚPOZP, č. 10/2010), která v České republice a byla účinnosti v roce 2009 (Čermák, 2012). Čermák (2012) dále ve své knize uvádí 4 základní důvody vzniku ÚPOZP:

- zviditelnění problematiky lidských práv osob se zdravotním postižením
- značná specifika lidských práv osob se zdravotním postižením
- snaha o jednotnou právní úpravu práv osob se zdravotním postižením
- snaha o získání údaj o problematice osob se zdravotním postižením

Světová zdravotnická organizace v roce 1980 schválila manuál Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů (Klimentová, 2018). V dokumentu byly vymezeny tři základní pojmy, konkrétně porucha, postižení a handicap (Nováková, 2011).

1.2.2 Rozdělení zdravotně postižených osob do skupin

Základní dělení zdravotně postižených do skupin je následující:

- **Zrakové postižení**

Dle Slowíka (2016) se za zdravotně postiženého považuje jedinec, který má zrakové problémy i po optimální korekci, která může být ve formě brýlí, chirurgického zákroku a

medikamentózní léčbě. Dle doby vzniku dále dělíme zdravotní postižení na vrozené a získané, dle stupně na lehké, středně těžké, těžké, velmi těžké.

Pomocí oftalmologického vyšetření se zrakové postižení dělí do pěti kategorií, a to:

1. střední slabozrakost
2. silná slabozrakost
3. těžce slabý zrak
4. praktická nevidomost
5. úplná nevidomost

Zrakové postižení se dále dělí na vrozené či získané postižení (Mlýnková, 2011). Mlýnková (2011) dále uvádí, že při zrakovém postižení jsou postiženy i funkce, jako například snížení zrakové ostrosti, omezené zorné pole, je snížená schopnost fixovat předměty, je omezena schopnost rozlišovat barvy a dochází ke světloplachosti a šerosleposti. O zrakově postižené se zajímají obory tyflologie, tyflopedie a organizace SONS (Slezáková, 2014).

- **Sluchové postižení**

Sluchové postižení představují následky organické či funkční vady, které mohou být ve sluchovém analyzátoru, ve sluchové dráze a sluchových korových centrech (Slowík, 2016). Poškození sluchu lze dělit na dočasné a trvalé (Muknšnáblová, 2014). Muknšnáblová (2014) dále uvádí a vysvětluje pojmy poruchy sluchu a vady sluchu. Porucha sluchu je dočasný stav a lze ji odstranit. Vada sluchu je trvalý stav.

Arnoldová (2015) ve své knize uvádí, že se sluchová vada měří od nedoslýchavostí až k úplné hluchotě. U těžkých vad se můžeme setkat s narušením verbální komunikace (Bendová, 2011). Mezi příčiny sluchového postižení vrozeného patří vývojové vady dítěte. U získaného sluchového postižení se můžeme setkat se záněty středouší, onemocnění sluchového orgánu, přirozený proces stárnutí či příčiny, které nazýváme vnější. Mezi tyto příčiny patří hluk, vibrace, úraz, toxiny a léky (Nováková, 2011). Poruchy sluchu se dále dělí dle toho, kdy vznikly. Jedná se o poruchy prenatální, perinatální a postnatální. Z hlediska lokalizace se dělí poruchy na periferní (v periferní části analyzátoru) a centrální, kdy je postižena sluchová dráha (Zvoníková, 2010). Lidé se sluchovým postižením využívají k dorozumívání znakový a znakovaný jazyk.

Znakový jazyk je přirozený komunikační systém a jedná se o právoplatný jazyk se svou

gramatikou a slovní zásobou (Kejklíčková, 2016). Ve znakovém jazyce se využívají pohyby rukou, mimika, pozice hlavy a horní části trupu (Nováková, 2011). Znakovaný jazyk je naopak uměle vytvořený jazyk a je odvozený od mluveného jazyka (Kroupová, 2016). Využívá se v komunikaci mezi neslyšícími a slyšícími. Mluvený jazyk je přeložen do znaků. Dále se tiše artikuluje český jazyk (Bendová, 2011).

- **Tělesné postižení**

Tělesné postižení je definováno jako postižení vedoucí k omezení či ztrátě hybnosti. Tělesné postižení může být pohybové, nosné či onemocnění nervové soustavy (Klimentová, 2018). Plevová (2010) ve své knize definuje tělesné postižení jako postižení bránící mobilitě a pracovní činnosti. Dle Slowíka (2016) se tělesné postižení může dělit dle typu, doby vzniku a dle etiologie. Podle typu dělíme tělesné postižení na postižení hybnosti, dlouhodobá onemocnění a zdravotní oslabení. Dle doby vzniku na vrozená (rozštěpy, dětská mozková obrna, nevyvinutí končetin) a získaná (úrazy, deformity páteře, revmatismus).

Podle etiologie Slowík (2016) dělí tělesné postižení na:

- tělesné odchylky a oslabení (vady páteře, luxace kloubů)
- tělesné vývojové vady (rozštěpy, vady končetin)
- úrazy (paraplegie, kvadruplegie)
- následky nemoci (žloutenka, TBC, lymská borelióza)
- dětská mozková obrna
- dlouhodobá onemocnění a zdravotní oslabení (alergie, ekzémy, astma)

Plevová (2010) dále rozděluje postižení dle místa, a to na obrny, deformace, malformace a amputace. Obrna postihuje centrální i periferní nervovou soustavu a projevuje se poruchou hybnosti. Deformace mohou být vrozené či získané. Mezi nejčastější tělesné postižení patří dětská mozková obrna, kde je primárně poškozena hybnost dítěte již od narození (Zikl, 2011). Autor Zikl (2011) dále k dětské mozkové obrně přidružuje další nemoci, jako například epilepsie, mentální postižení, vady zraku a sluchu.

- **Mentální postižení**

WHO definuje mentální postižení jako „Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností projevujícím se během vývojového období postihujícím všechny složky inteligence - poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Postižení se může vyskytnout bez, nebo současně s

jinými somatickými nebo duševními poruchami“. Bendová (2011) definovala mentální postižení jako duševní vývojovou poruchu, kdy je snížená inteligence.

Mentální retardace vyjadřuje podprůměrnou mentální funkci, kdy je IQ menší než 70 (Plevová,2010). Bendová (2011) popisuje ve své knize dělení mentální retardace dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) do šesti skupin:

F70: lehká mentální retardace (IQ 69-50)
F71: středně těžká mentální retardace (IQ 49-35)
F72: těžká mentální retardace (IQ 34-20)
F73: hluboká mentální retardace (IQ 19 a nižší)
F78: jiná mentální retardace
F79: nespecifikovaná mentální retardace

Lehká mentální retardace

Tento stupeň mentální retardace není stále překážka k životu (Šiška, © 2020). Inteligentní kvocient u lehké mentální retardace je 50-69 a v dospělosti dosahují mentálnímu věku přibližně 9.-12. rokům věku dítěte (Plevová, 2010). Pacienti s touto diagnózou mohou mít opožděný vývoj řeči, avšak při dobré rehabilitaci jsou samostatní v hygieně, oblékání, přípravě jídla a vyprazdňování (Petr, 2010).

Středně těžká mentální retardace

Středně těžká mentální retardace se vyznačuje inteligenčním kvocientem 35-49 a odpovídá u dospělých věku 6-9 let (Plevová, 2010). Pacienti s touto diagnózou mají problémy s chápáním a užíváním řeči a komunikují pomocí gestikulace (Pavlovský, 2012). Nemají problém s pohybem nebo navázáním sociálních kontaktů a jsou vzdělavatelní ve speciálních školách. V dospělosti jsou někteří pacienti schopni lehké manuální práce s dohledem (Petr, 2010).

Těžká mentální retardace

Pacienti s těžkou mentální retardací jsou osoby plně závislé na pomoci okolí. Jejich inteligenční kvocient dosahuje v dospělosti 20-34 let. Jedná se o vychovatelné jedince, vzdělatelné nikoli (Plevová, 2010). Většina jedinců mají kombinované postižení. Může

se jednat o postižení pohybové, rozumových schopností, zrakové či sluchové (Pavlovský, 2012).

Hluboká mentální retardace

Hluboká mentální retardace se vyznačuje inteligenčním kvocientem pod 20 a tito jedinci mají jsou těžce motoricky omezeni, mají neurologické poruchy a můžeme u tohoto postižení nalézt i postižení zraku či sluchu (Pavlovský,2012). Komunikují jen neverbálně, pomocí mimiky. Patří mezi nevzdělatelné a nevychovatelné jedince (Petr, 2010).

- **Vnitřní postižení**

Vnitřní nemoci zahrnujeme do velké skupiny tělesně postižených. Do vnitřních nemocí řadíme například cukrovku, astma a roztroušenou sklerózu (Kuzniková et al.,2011).

- **Duševní nemoci**

Duševní nemoci představují poruchy duševních funkcí. Může se jednat o hyperfunkci, hypofunkci, dysfunkci nebo afunkci (Klimentová, 2018). Do této skupiny nemocí řadíme například demenci, Alzheimerovu nemoc, Creutzfeldt-Jakobovu nemoc a delirium (Hosák et al., 2015).

Mahrová a Venglářová (2008) ve své knize uvádí základní rozdělení poruch a poruch chování

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

1.2.3 Koordinovaná rehabilitace

Koordinovaná rehabilitace představuje komplexní využití všech rehabilitačních prostředků, které by měli co nejvíce zmírnit nepříznivý stav jedince. Pomáhá pacientům udržet si fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a sociální úroveň (Švestková et al., 2017). Čeledová et al. (2018) ve své knize uvádí definici koordinované rehabilitace dle WHO jako *soubor opatření směřujících k co nejrychlejší resocializaci jedince s postižením zdraví, nemocí, úrazem a vrozenou vadou.* Pokud se budeme bavit o dětech a mladistvých, jedná se o habitaci, v případě seniorů či dospělých jedinců mluvíme o rehabilitaci (Krhutová, 2017). Krhutová (2017) ve své knize objasňuje složky koordinované rehabilitace. Jedná se o včasnost, komplexnost, návaznost, koordinovanost, dostupnost, individuální přístup a multidisciplinární posouzení.

Koordinovaná rehabilitace dělíme do čtyř oblastí (Švestková et al., 2017):

- léčebná rehabilitace
- sociální rehabilitace
- pracovní rehabilitace
- pedagogická rehabilitace

Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace patří do zdravotní péče a zahrnuje opatření rehabilitačním diagnostické, terapeutické a organizační. Všechny tyto oddíly pomáhají k maximální funkčnosti jedince (Pykalová, 2016). Pro maximální funkčnost využíváme fyzioterapii, fyzikální terapii, ergoterapii a protetiku (Dungl et al.,2014).

Sociální rehabilitace

Poskytování sociální rehabilitace upravuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a vyhláška č. 505/2006 Sb. (Čeledová et al., 2018). Sociální rehabilitace pomáhá z hlediska rehabilitace jedinci znovu dosáhnout samostatnosti a soběstačnosti v co největší možné míře (Švestková et al., 2017).

Švestková et al. (2017, s 21) ve své knize dále uvádí výstupy sociální rehabilitace:

- *podpora inkluze osoby s disabilitou*
- *podpora nezávislostí osoby s disabilitou*
- *ochrana zranitelných skupin obyvatel*

- *vyrovnávání příležitostí osob s disabilitou*

Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace zahrnuje činnosti, které jsou zaměřené na získání a udržení vhodného zaměstnání osob se zdravotním postižením (Čeledová et al., 2018). Dle portálu Ministerstva práce a sociálních věcí pracovní rehabilitace obsahuje poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání, přípravu na zaměstnání, zprostředkování zaměstnání, udržení a změnu zaměstnání (Nováčková, 2019).

Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace se nejvíce využívá ve školách, konkrétně pomocí učitelů při vzdělávání žáků s tělesným postižením (Zikl, 2011). Švestková et al. (2017) uvádí definici pedagogické rehabilitace jako proces dosahující u jedinců co nevyššího stupně vzdělání, podporu samostatnosti a zapojení do běžných aktivit. Se školou můžou spolupracovat pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra (Knotová et. al., 2014).

1.2.4 Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu

Sociální pracovník je součást týmu odborníků, kteří napomáhají klientům v komplexní péči (Mahrová et al., 2008). Sociální pracovník zaujímá roli poradce, zprostředkovatel služeb, případový manager a činitel sociálních změn (Řezníček, 1994; Kuzníková et al., 2011). Tento tým se může skládat z lékařů, sociálního pracovníka, psychologa, psychiatra, logopeda, speciálního pedagoga, fyzioterapeuta, ergoterapeuta a ostatních odborníků (Marková, 2010).

1.2.5 Expresivní techniky v sociální práci

Expresivní techniky chápeme jako techniku využívající umělecké prostředky. Jedná se o prostředky výtvarné, hudební, dramatické, literární nebo pohybové (Mužíková, 2015).

Müller et al. (2014) uvádí expresi jako nástroj individuality a povznáší jedinečnost a fantazii jedince. Za cíl expresivní terapie patří uvolnění napětí uvnitř těla a omezení úzkosti. Pojem exprese má kořeny v latinské mluvnici a znamená vytlačování nebo také výraz (Jedlička et al., 2015).

- **typy expresivních technik**

Do skupiny expresivních technik řadíme arteterapii, muzikoterapii, dramaterapii, psychodrama, teatroterapii, taneční a pohybovou terapii, biblioterapii a poetoterapii (Macková, 2012).

- **Arteterapie**

Arteterapie využívá k terapii uměleckou formu, kterou se uplatňuje při práci s klientem. Prostřednictvím uměleckých projevů dochází u klienta k vyjádření pocitů, názorů a emocí (Müller et al., 2014). Pomocí této terapie můžeme získat informace o psychomotorické a kognitivní úrovni klienta. Klientela pro arteterapie je široká, je vhodná pro všechny věkové kategorie a nejvíce se arteterapie využívá u emočně labilních jedinců (Stehlíková, 2015). Müller et. al. (2014) dále uvádí pojem arteterapie v širším a užším pojetí. V širším pojetí je arteterapie pojem zahrnující všechny složky expresivní terapie. V užší pojetí využívá arteterapie výtvarných uměleckých forem.

- **Dramaterapie**

Dramaterapie patří do léčebně-výchovné terapie, při níž využíváme divadelní a dramatické prostředky. Jedná se převážně o skupinovou terapii, která pracuje se znaky a metaforami (Valenta, 2011). Jednotlivci zde není upřena taková pozornost jako v psychodramatu, zde si jedinec své „drama“ prožívá sám (Vymětal, 2007).

- **Muzikoterapie**

Muzikoterapie patří mezi terapeutické obory. Jedná se o profesionální využití hudby k léčebným cílům (Gerlichová, 2014). K rozvoji této terapie přispívá Světová federace hudební terapie (WFMT), která vznikla v Itálii v roce 1985. WFMT definuje muzikoterapii jako *„profesionální využití hudby a jejich prvků jako intervence ve zdravotnictví, vzděláván a každodenním prostředí s jedincem, skupinou, rodinou nebo komunitou, která usiluje o optimalizaci kvality jejich života a zlepšení jejich psychického, sociálního, komunikačního, emocionálního a duševního zdraví a pohody. Výzkum, praxe,*

vzdělání a školení v klinické muzikoterapii vycházejí z profesionálních standardů v souladu s kulturním, společenským, a politickým kontextem (WFMT, 2017).“

- **Psychodrama**

Psychodrama je spojeno se jménem Jacob Levy Morena. Tento rakousko-americký psychiatr je zakladatelem psychodramatické školy. Tato terapii popisuje jako zkoumání pravdy dramatickými metodami (Vymětal, 2007). Při této terapii jsou využívány prožitky, přání, postoje a fantazie klientů (Valenta, 2007). Valenta (2007) dále ve své knize popisuje 5 základních prostředků:

- Jeviště, vymezený a bezpečný prostor
- Protagonista (hlavní aktér psychodramatu)
- Režisér a terapeut v jedné osobě
- Pomocní herci zastupující vnitřní prožitky protagonisty
- Diváci, členové skupiny

- **Teatroterapie**

Valenta (2011) popisuje ve své knize dramaterapii jako záměrné použití dramatických/ divadelních postupů pro dosažení terapeutického cíle symptomatické úlevy, duševní i fyzické integrace a osobního růstu. Mezi cíle teatroterapie patří rozvoj komunikace verbální i neverbální, snížení izolace, zmírnění sociálních fobií, zlepšení sebekritiky a sebereflexe, rozvoj kreativity a zdokonalení sebekázně (Müller et al., 2014)

- **Taneční a pohybová terapie**

Asociace TANTER definuje taneční terapii jako *psychoterapeutický přístup* využívající tanec a pohyb jako hlavní nástroj k prohloubení emocionální, kognitivní, fyzické, duchovní a sociální integrace jedince (Asociace tanečně pohybové terapie ČR, 2019).

- **Biblioterapie**

Biblioterapie je terapie využívající psaný text. Tato terapie využívá tři literární formy: Narativní (povídka, balada, pohádka, novela), lyrickou (sonet, óda, žalozpěv) a dramatickou (komedie, tragédie, veselohra). Biblioterapie využívá nejčastěji formu

narativní (Müller et al., 2014).

- **Poetoterapie**

Poetoterapie je spjata s další terapií, biblioterapií. Jedná se o léčbu pomocí veršů, poezie (Šauerová et al., 2013). Při této terapii jsou dodržovány doporučené postupy. Dle Müllera (2014) se jedná o:

- percepci
- emoční prožívání, oživování problému
- výpověď o sobě prostřednictvím myšlenek
- uvolnění napětí
- hledání východisek

1.3 Centrum pobytových a terénních služeb Zbůch

1.3.1 Seznámení s institucí

Jedná se o příspěvkovou organizaci, která je zřizována Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR od roku 1991. Datum vzniku sahá až do roku 1969, kdy centru vzniklo jako samostatná rozpočtová organizace. Toto centrum poskytuje komplexní sociální služby klientům, kteří mají sníženou soběstačnost, a to z důvodu zdravotního postižení. Pobytové a terénní centrum obsahuje a nabízí klientům odlehčovací službu, sociální rehabilitaci, rehabilitační kurzy a semináře pro pracovníky sociálních služeb. Cílem organizace pobytové a terénní služby je nabízet klientům služby, které jsou potřebné ke splnění jejich individuálních potřeb, aby dokázali přizpůsobit klienta požadavkům okolí a pomohli mu k samostatnosti a nezávislosti. Organizace podporuje klienty v samostatném rozhodování v jejich životě a přibližuje klienty k návratu do života, který před zdravotním omezením vedli. Dále tato organizace podporuje vzdělání uživatelů a profesní přípravu na budoucí povolání. Do cílové skupiny tohoto centra řadíme klienty s kombinovaným, tělesným a zdravotním postižením od 16. roku do 50 let. Centrum klientům zajišťuje péči a podporu, o kterou nemohou požádat svou rodinu či blízké osoby. Mezi klienty sem řadíme například žáky základní školy se speciálním programem. Důležité je zamezit tomu, aby klienti nebyli sociálně vyloučeni ze společnosti.

1.3.2 Nabízené služby podle zákona č. 108/2006

Služby nabízené v tomto centru se řídí zákonem č. 108/2006 Sb. zákon o sociálních

službách, konkrétně část třetí. V části třetí sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Služby se v tomto zařízení nabízejí pobytovou, ambulantní a terénní službu.

Centrum pobytových a terénních služeb zajišťuje klientům odlehčovací službu, sociální rehabilitaci, domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení a fakultativní služby.
Služby nabízené v centru napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné víře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.
V CPTS je jednou ze služeb pro klienty **odlehčovací služba**. Služby je poskytována podle § 44 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a dle § 10 vyhlášky č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Cílem odlehčovací služby je zajištění pomoci a podporu osobám na přechodnou dobu, které kvůli nějakému důvodu trpí sníženou soběstačností, a to z důvodu zdravotního postižení. Kapacita pro službu v tomto zařízení je 10 lůžek pro klienty, o které se příslušní pracovníci nepřetržitě starají.

Služba zabezpečuje tyto činnosti:

- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- poskytnutí ubytování
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

Další poskytovanou službou v tomto centru je **sociální rehabilitace**. Tato služba je poskytována dle §70 zákona č. 1018/2006 Sb., o sociálních službách a § 35 vyhlášky č. 505/2006 Sb. Ve znění pozdějších předpisů. Služba je poskytována ambulantně, terénně a v pobytové formě.

Centrum při poskytování služby ambulantní či terénní formou zajišťuje a poskytuje služba jako například nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti. Také zprostředkovávají kontakty s okolním prostředím, zajišťují aktivizační a vzdělávací činnost a další potřebné služby.

Při pobytové formě je zajištěno ubytování, strava a pomoc při osobní hygieně. Pracovní rehabilitace zajišťuje pracovní přípravu klienta, jsou poskytovány různé kurzy profesní kvalifikace. Kurzy nabízené v tomto centru jsou například kurzy zahradnictví, kurz šití, příprava pro práci v prádelně, kurz pro práci v keramické a košíkářské dílně. Díky podpoře města Plzně byla zřízena autobusová doprava, která klienty doveze z Plzně do CPS. Ambulantní a terénní forma poskytované služby je omezena časově, a to od pondělí do pátku v hodinách mezi 7. až 17. hodinou.
Pobytová forma je samozřejmě nepřetržitá dle toho, jak si klient nasmlouvá poskytované služby. V ambulantní formě je kapacita 24 uživatelů, v terénní 12 uživatelů a při pobytové formě jsou služby poskytované maximálně 4 uživatelům. Služba bohužel není možno poskytnout osobám se zdravotním postižením.

Centrum pobytových služeb obsahuje také **domov pro osoby se zdravotním postižením**. Tato služba je poskytována dle § 48 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a dle § 14 vyhlášky č. 505/ 2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Tato forma služby poskytuje klientům ubytování, stravu, pomoc při zvládání běžných denních úkonů, pomoc při osobní hygieně, výchovné a vzdělávací činnosti a zprostředkovává kontakt se společným prostředím. Cílovou skupinou této služby jsou osoby se zdravotním postižením, ať už s tělesným, zdravotním či kombinovaným postižením. Kapacita této služby je 120 klientů, o které se nepřetržitě stará personál tohoto Domova. V pracovním týmu zde nalezneme například zubního lékaře, kožního lékaře, gynekologa, logopeda, psychiatra, ortopeda a například neurologa. Věkově je tato služba ohraničena na 11 až 64 rokům klienta.

Poslední poskytovanou službou je **chráněné bydlení.** Tato služba je poskytována dle § 51 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a dle § 17 vyhlášky č. 505/ 2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Služba je formou skupinového a individuálního bydlení. Pobočky chráněného bydlení můžeme nalézt ve Zbůchu, Chotěšově a v Plzni. Jedná se o

podporu osobám v nepříznivé sociální situaci, která je způsobena zdravotním postižením klientů. Kapacita pro tuto službu je 60 míst.

2 Praktická část

2.1 Cíle práce

Cílem bakalářské práce je popsat využití expresivních technik v Centru pobytových a terénních služeb Zbůch.

Dílčí cíl: Zjistit, zda muzikoterapie vede ke zlepšení celkového zdravotního stavu klienta.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda klient vnímá lépe skupinovou muzikoterapii nebo individuální terapii.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda skupinová terapie vede ke snadnější socializaci klientů.

Dílčí cíl 4: Zjistit, jaké další možnosti expresivních technik jsou umožněny v Centru pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch.

2.1.1 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka byla stanovena na základě cílů bakalářské práce.

HVO: Je přínos pro klienta využití expresivních technik v rámci sociální práce?

2.1.2 Operacionalizace pojmů

expresivní techniky-terapeutické postupy, které mohou být verbální či neverbální a klient se vyjadřuje prostřednictvím média, uměleckého nebo pohybového (Vymětal, 2007).
přínos-získání či přinesení něčeho nového, prvku či hodnoty (Havránek a kol., 2011).
skupinová sociální práce-metoda využívající skupinový proces k posílení sociálního fungování členů skupiny i skupiny samé (Mahrová, 2008).
osoby se zdravotní postižením-osoby, jejichž postižení spočívá v orgánovém nebo funkčním postižení nosného a hybného ústrojí, nervového systému nebo vnitřních orgánů takového rozsahu, že dochází k poruchám fyziologických a psychických funkcí i k tělesnému a zdravotnímu postižení (Arnoldová, 2015, s.117)

3 Metodika

3.1 Metodický přístup

V rámci bakalářské práce byl použit kvalitativní výzkum. Dle Šubrta a kol. (2010) se jedná o výzkum nevyužívající statistických metod. Dále Šubrt (2010) uvádí, že v tomto přístupu lze využít mnoho nástrojů ke sběru dat. Jedná se například o případovou studii, osobní zkušenosti, životní příběhy, introspekci, rozhovory, umělecká díla nebo kulturní produkci. Kvalitativní přístup vychází z poznatků, co lidé píšou a říkají. Díky tomu může osoba provádějící tento výzkum více ovlivňovat lidi, se kterými uvedenou studii sdílí (Walker, 2013). Mišovič (2019) ve své knize uvádí rozdíly mezi kvalitativním a kvantitativním výzkumem. Při využití kvalitativního výzkumu operujeme s mnoho daty, které se ale týkají omezeného počtu jedinců, kdežto u kvantitativního výzkumu operujeme s málo dat u velkého počtu jedinců. Dále u kvalitativního výzkumu můžeme získané informace srovnat jen v omezené míře, u kvantitativního přístupu můžeme srovnat ve více směrech. Neméně podstatný rozdíl je i to, že u kvalitativního přístupu směřuje výzkum k pochopení studovaného jevu, u kvantitativního výzkumu jsou vysvětlovány souvislosti a chování klientů.

Ke sběru dat byla vybrána metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru. Metodu dotazování dělíme na přímou a nepřímou. Metoda přímá obsahuje přímé otázky o konkrétních názorech a chování (Kotler, 2007). Nepřímé dotazování použijeme v případě, pokud chceme znát názor sledované skupiny. Nepřímé dotazování využíváme prostřednictvím individuálních rozhovorů (Šindler, 2003). Dle Mišoviče (2019) v polostrukturovaném rozhovoru pracujeme s konkrétními daty humanitního, společenskovědního a sociologického charakteru. Výzkumný pracovník má předem stanovený plán a řídí se předem domluveným postupem. Při vyhodnocení má ale formulační volnost, kdy si individuálně vyhodnotí získaní informace (Jedlička a kol., 2018).

V rámci výzkumu byly sestaveny dva typy záznamových archů, které byly následně rozděleny mezi respondenty. První záznamový arch byl určen mezi klienty tohoto centra a druhý arch byl určen zaměstnancům centra.

3.2 Výzkumný soubor

Pro kvalitativní techniku sběru dat byla využita metoda dotazování formou polostrukturovaného rozhovoru, která se skládala z předem stanovených otázek. Dle Jedličky a kol. (2018) tazatel postupuje podle předem stanoveného plánu, který umožňuje udržení určitého řádu. Dle Miovského (2006) by měli být osloveni pouze jedinci, kteří splňují stanovené kritérium a dali souhlas s podílením se na výzkumu.

Výzkumný soubor byl vytvořen pomocí záměrného výběru. Dle Miovského (2006) se jedná o nejčastější metodu výběru v kvalitativním výzkumu, kdy se cíleně vybírají respondenti dle specifických vlastností. Do výzkumu byli zapojeni osoby se zdravotním postižením. Pro výzkum bylo vybráno 7 klientů z Centra pobytových a terénních služeb Zbůch. Byli vybráni podle předem stanovených kritérií, a to navštěvující centrum více než 1 rok, docházející na muzikoterapii a klienti předem souhlasili s výzkumem. Dalším výzkumným souborem byly 4 pracovníci centra, kteří jsou nějakým způsobem spjaty s muzikoterapií vedenou v tomto centru. I oni projevili zájem o účast v tomto výzkumu a byli mně nápomocni při jeho realizaci.

3.3 Realizace výzkumu

Jak už jsem zmínila výše, výzkum se uskutečnil v Centru pobytových a terénních služeb Zbůch v Plzeňském kraji, kde jsem měla možnost absolvovat i odborné praxe během studia na ZSF JU a vedení organizace ústně souhlasilo s realizací výzkumu v zařízení. Účastníci byli předem osloveni a nikdo neprojevil negativní zájem o výzkum spojený s jeho osobou. Účastníkům bylo sděleno, že nemusí odpovídat na otázky, na které odpovídat nechtějí. Všichni z oslovených neměli problém se zapojit do výzkumu a byli milí při odpovídání na otázky. Dotazník však bylo nutné ve většině případů zaznamenat za klienty. Rozhovor byl vedený v klidné atmosféře a proběhl s každým respondentem přibližně 30 minut. Scénář polostrukturovaného rozhovoru pro klienty je přílohou č. 2 a pro zaměstnance příloha č. 3.

3.4 Etická pravidla výzkumu

Účastníci byli seznámeni s podrobnostmi výzkumu, byla jim slíbena anonymita. Dle Kajanové (2017) je velmi důležité zachování anonymity, a proto mezi nejvhodnější ochranu řadí připisování fiktivních jmen. Ve výzkumu byli místo jmen použity zkratky.

Pro klienty centra byla použita zkratka K (dále K1, K2, K3, K4, K5, K6 a K7), pro zaměstnance byla použita zkratka Z (dále Z1, Z2, Z3 a Z4). Dále bylo účastníkům sdělena časová náročnost výzkumu. Dotazující osoba se musí řídit dle etických pravidel. Před výzkumem potvrdili souhlas s výzkumem, který byl zaznamenán do informovaného souhlasu, jenž je přílohou č.2 pro klienty, a příloha č. 3 pro zaměstnance centra. Výzkum proběhl v klidné místnosti.

4 Výsledky

V této kapitole jsou uvedeny výsledky výzkumu podle jednotlivých dílčích otázek, které byly položeny dvěma výzkumným oddílům. Jedná se o skupinu klientů využívající služby muzikoterapie v Centru pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch. Otázky jsou směřovány tak, aby se respondenti zamysleli nad přínosem expresivních technik.

4.1 Výsledky – rozhovory s klienty CPS

4.1.1 Sociodemografické údaje

V úvodní části svého výzkumu jsem se zaměřila na složení terapeutické skupiny. Zaměřila jsem se na věkové složení klientů, dále na pohlaví a využívání služeb v Centru pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch.
Pro přehlednost dat jsem získané informace roztřídila do tabulky č.1

Tabulka 1: Sociodemografické údaje

Klient	Pohlaví	Věk	Délka využívání služeb centra
1	Žena	41-50	6 let
2	Muž	18-30	1 rok
3	Žena	31-40	5 let
4	Žena	18-30	2 roky
5	Žena	18-30	3 roky
6	Muž	31-40	5 let
7	Muž	31-40	7 let

Zdroj: vlastní výzkum

Jak z uvedené tabulky č. 1 vyplývá, skupina klientů využívající terapii hudbou jsou spíše mladší populace České republiky, 6 klientů patří do skupiny do čtyřiceti let věku, 3 z nich do třiceti let věku. V této skupině převažují ženy nad muži, a to přesně 4:3. Klienti využívají služeb centra různě dlouho, a to od 1 roku až po 7 let.

4.1.2 Účast na muzikoterapii

Všichni dotazovaní respondenti potvrdili v dotazníku účast muzikoterapie v tomto centru. Mezi dotazovanými se našel jediný respondent, který zatím nenašel cestu k hudbě.

Tabulka č.2 prezentuje výsledky průzkumu účasti a spokojenosti této služby v CPS.

Tabulka 2: aktivita při muzikoterapii

Klient	Účast na muzikoterapii Ano/Ne	Spokojenost
1	Ano	Ano
2	Ano	Ano
3	ano	Ano
4	Ano	Ano
5	Ano	Ano
6	Ano	Ano
7	Ano	spíše ne

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.3 Přínos terapie hudbou

Přínos terapie u klientů je spíše pozitivní. U dotazovaných respondentů jsme mohli nalézt v odpovědích v mnoha případech relaxaci, zbavení stresu, odpočinek. V tabulce č.3 je vyjádřen přínos muzikoterapie pro dotázané klienty.

Tabulka 3: Přínos terapie

Klient	Přínos terapie hudbou
1	odreagování, relaxace, vybití stresu, energii, dostat se mezi lidi, přátele
2	zbavení stresu, uklidnění
3	relaxace, pocit pohody
4	zábavu, radost, kamarády
5	relaxace, odpočinek, přátele
6	podle hudby
7	Volnost

Zdroj: vlastní výzkum

Většina klientů dále uvádí, že se s hudbou setkávají i mimo společné terapie. Na otázku, jakou hudbu preferují můžeme nalézt různé odpovědi dle toho, co klientovi přináší pozitivní naladění. Jedná se buď o konkrétní radiové stanice nebo muzikanty či hudební žánry. Tabulka č.4 obsahuje konkrétní odpovědi za oblíbenou hudbu respondentů.

Tabulka 4: typy poslouchané hudby

Klient	Typy poslouchané muziky
1	FM Plus, Youtube-Chinaski
2	Pop, Rock, Metal
3	Pop
4	Michal David
5	Jakub Děkan, Pavel Calta
6	Rádio
7	Techno, Hard Rock

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.4 Skupinová terapie a její přínos

Následující bod výzkumu obsahuje myšlenku a otázku, zda má skupinová terapie přínos pro samotné klienty. Právě na tuto otázku jsem se zeptala klientů, kteří na otázku odpovídali pozitivně. V tabulce č.5 jsou zaznamenány odpovědi klientů.

Tabulka 5: názor na skupinovou terapii

Klient	názor na skupinovou terapii a její výhody
1	výhodná, nové tváře
2	Přátelé
3	rozptýlení s kamarády, zábava, pomoc
4	lepší skupina než samota, svěřování se skupině
5	potřebná, navázání kontaktů, pocit důvěry a sebevědomí.
6	Skupinová terapie je dobrá
7	hudba ve skupině fajn

Zdroj: vlastní výzkum

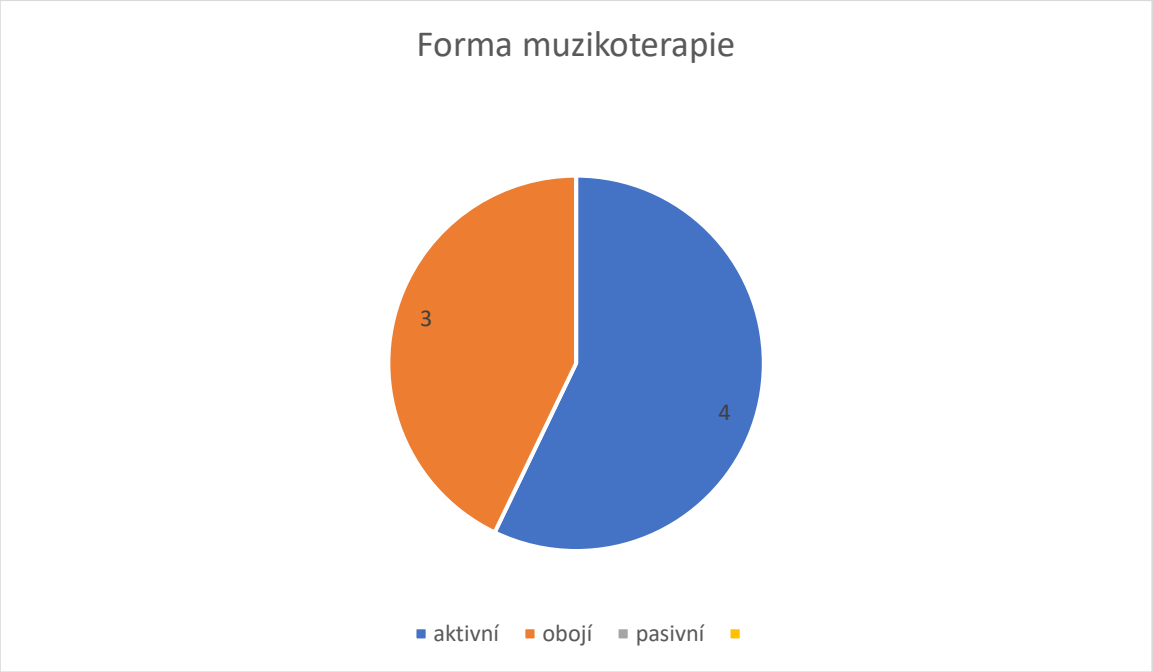
Na otázku ohledně názoru na skupinovou terapii klienti odpovídali velmi pozitivně. Klientka č.1 uvádí: „*Skupinová terapie je pro mě výhodná, protože na ní vidím, že nemám problémy jenom já a nikdo mě tam neodsuzuje a jsem ráda, že něco takového existuje, našla jsem si tam i nové známé.“*

Klient č.2 rád chodí na terapii kvůli přátelům a uvádí*: „Skupina je pro mě dobrá volba, jak strávit čas. Nerad jsem sám, rád sem docházím a povídám si s kamarády. Také poradí, tak je to super.“* Klientka č.3 vidí pozitiva skupiny v zábavě a rozptýlení. Doplňuje*: „Skupina mi pomáhá moc. Nikdy se nenudíme, pomáháme si, vždy je zábava a je to super.“* Klientka č.4 mimo jiné uvádí výhodu sdělování informací. *Dodává: „Je nás víc a můžeme si mezi sebou říct spoustu věcí. Pro mě je výborná skupina v tom, že mám ráda lidi víc než samotu.“* Klientka č.5 uvádí*: „Na skupinové terapii jsem si našla přátele, kteří mi nenadávají za mé problémy a jsem ráda, že se můžu svěřit lidem, můžu před nimi i brečet a nemusím skrývat emoce a uvědomuji si, že nejsem jediná, kdo má problémy.“* Klient č.6 vidí ve skupině důvěru a dodává: „*Skupinová terapie je dobrá. Nejste v problému sám, máte se komu svěřit.“* Klient č.7 hodnotí kvalitu hudby. Říká: „*Hudba ve skupině fajn, pokud se dá poslouchat.“*

4.1.5 Forma muzikoterapie

V Centru pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch se klienti setkávají se dvěma formami muzikoterapie, aktivní a pasivní. Mezi aktivní formu muzikoterapie řadíme hraní na hudební nástroje, jako pasivní formu muzikoterapie využívají poslech hudby. Z řady respondentů bylo zjištěno, že klienti mají rádi aktivní formu muzikoterapie. Formu aktivní i pasivní označil v dotazníku K1, K2 a K3. Aktivní pojetí muzikoterapie uvedl K4, K5, K6 a K7. Získané informace o využívané formě muzikoterapie jsou zpracovány v následujícím obrázku č.1.

Obrázek č.1: Forma muzikoterapie využívaná v CPS Zbůch.



Zdroj: vlastní výzkum

Mezi aktivní formy muzikoterapie sociální pracovníci zařazují mnoho hudebních nástrojů, avšak na otázku nejoblíbenějšího hudebního nástroje si všichni respondenti zvolili buben. Jako doplňující otázka byla, zda někdo z respondentů má nějaké zkušenosti s hraním na hudební nástroj v minulosti. Pouze 2 z dotazovaných respondentů potvrdili, že dříve hráli na nějaký hudební nástroj. Pro přehlednost odpovědí je sestavena tabulka č.6 pod tímto textem.

Tabulka 6: Oblíbená forma zapojení při terapii a předešlé zkušenosti s hudebními nástroji

Klient	Oblíbený hudební nástroj při terapii	Zkušenost s hudebními nástroji
1	Bubny	Ne
2	Bubny	Ne
3	buben	Ne
4	bubínek	Ne
5	Bubny	ano, na kytaru
6	Bubny	Ne
7	bubny	ano, bubny

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.6 Vliv muzikoterapie pro člověka

Hlavní výzkumná otázka pro můj výzkum je, jaký je přínos pro klienta, který využívá expresivních technik v rámci sociální práce. Právě tato otázka byla dalším bodem v mém výzkumu. Většina z dotazovaných respondentů uvádí, že hudba pro ně znamená uklidnění, zbavení stresu. Pro přehledné výsledky je zde uvedena tabulka č.7.

Tabulka 7: vliv hudby na chování

Klient	Vliv hudby na chování
1	usměrňuje mé emoce
2	uklidňuje, zbavuje stresu
3	Zklidňuje, uvolňuje napětí
4	pozitivně-mám radost, jsem při poslechu šťastná
5	hodně moc, hudba mi pomůže uklidnit se
6	náladu mi nezlepší, takže si nemyslím, že nějak ovlivňuje
7	správná hudba mě dokáže navnadit

Zdroj: vlastní výzkum

Klient č. 6 uvádí: „*Náladu mi nezlepší, takže si nemyslím, že nějak ovlivňuje*“ Naopak klient č.8 uvádí: „*Správná hudba mě dokáže navnadit*“. Hudba také ve většině případů pomáhá na chvíli zapomenout na zdravotní omezení, které respondenty trápí a omezuje je. Klient č.1 uvádí: „*Díky hudbě se zařazuji do nějakého kolektivu. Mám tu přátele a těším se z každé terapie*“. Klient č.5 uvádí, že v některých případech se na postižené kouká jinak a hudba jim pomáhá se uklidnit. „*Pomáhá mi se uklidnit, protože mi někdy přijde, že se na nás kouká trošku jinak*“.

4.1.7 Pocity po skončení muzikoterapie

Posledním bodem výzkumu s klienty jsem se zaměřila na pocity po skončení muzikoterapie. Z výzkumu vyplynulo, že všichni dotázaní klienti uvedli, že díky muzikoterapii mají spíše pozitivní pocity. Klient č.1 uvádí: „*Pocity mám lepší jak před poslechem*“ To také uvádí K7. Klient č.2 uvádí, že cítí volnost a je spokojený. Volnost dále můžeme najít u K3. Ten dále dodává, že k volnosti cítí ještě pohodu. Dobré pocity sdílí K4 a K6. Klient č.5 uvádí, že hudba je super a díky ní má dobré pocity.

4.1.8 výsledky-rozhovory se zaměstnanci CPS

4.1.8.1 Sociodemografické údaje

Ve výzkumné části se zaměstnanci (dále Z) jsem se nejdříve zaměřila na věkové složení zaměstnanců, pohlaví, vzdělání a praxi v tomto oboru. V tomto případě se jedná o zaměstnance ženského pohlaví, do padesáti let. Zaměstnankyně tohoto centra mají vystudovanou vysokou školu a mají většinou dlouholetou praxi v oboru. Pro přehlednost jsem vytvořila tabulku č.8, která obsahuje kompletní data na první otázky ve výzkumu.

Tabulka č. 8: Sociodemografické údaje

zaměstnanec	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání
1	Žena	31-40	vysokoškolské
2	Žena	18-30	vysokoškolské
3	Žena	31-40	Vysokoškolské
4	Žena	41-50	Vysokoškolské

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.8.2 Vliv muzikoterapie na klienty

Dalším bodem mého výzkumu bylo zjistit, zda má muzikoterapie pozitivní vliv na klienty. Skoro všechny dotázané respondentky uvedly, že muzikoterapie má kladný vliv na klienty. Jedna z respondentek uvedla, že má muzikoterapie kladný vliv ve většině případech. Jako další otázka na zaměstnance byla, zda by zařadily muzikoterapii do výchovně vzdělávacího procesu a jak často by zařadily muzikoterapii do terapeutického procesu klientů. Pro přehlednost dat jsem vytvořila tabulku č.9, která poukazuje na pozitivní vliv této terapie.

Tabulka 9: hudba a terapie

zaměstnanec	muzikoterapie a kladný vliv na klienty	Zařazení muzikoterapie do výchovně vzdělávacího procesu	Zařazení muzikoterapie do terapeutického procesu klientů
1	Ano	Ano	2x týdně
2	Ano	Ano	1x týdně
3	Ano	Ano	ideálně každý den krátkou pasáž a jednou týdně delší
4	Ano	ano	2x týdně, formou pasivního i aktivního zapojení

Zdroj: vlastní výzkum

Dotázaný zaměstnanec č.4 uvedl, že ve většině případech má muzikoterapie pozitivní vliv na klienty. Respondenti Z1 a Z4 by rádi zařadili muzikoterapii do terapeutického procesu 2x týdně, Z2 1x týdně a Z3 ideálně každý den formou krátké pasáže a delší pasáž 1x týdně. Dále Z4 uvádí, aby byla zapojena jak aktivní, tak pasivní část muzikoterapie.

4.1.8.3 Využití expresivních technik v CPS

Předmětem dalšího výzkumu bylo zjistit využití expresivních technik v Centru pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch. V tomto centru je využívaná jen muzikoterapie, ale dle výzkumu by si zaměstnanci přáli využít i jiné formy expresivních technik. V tabulce č.10 jsou uvedeny zjištěné informace.

Tabulka 10: formy expresivní terapie v CPTS

zaměstnanec	Jiné formy expresivní terapie v CPTS	Zařazení jiných forem expresivní terapie v CPTS
1	Ne	ano, například arteterapii nebo teatroterapii
2	Ne	ano, například taneční terapii i s klienty na invalidním vozíku
3	Ne	ano, potenciál vidím v arteterapii a dramaterapii
4	Ne	ano, dramaterapii a arteterapii

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni dotázaní zaměstnanci uvedli, že kromě muzikoterapie není možnost využití jiných expresivních technik v CPS. Z3 uvádí: „*Cíleně neprovozujeme, občas zařadíme prvky arteterapie nebo dramaterapie.“* Z4 má stejný názor a uvádí: *„Bylo by dobré doplnit nabídku terapií o arteterapii a dramaterapii.“* Z2 vidí potenciál v taneční terapii i například s klienty na invalidním vozíku. Z1 by rád zařadil do nabízených služeb arteterapii nebo teatroterapii.

4.1.8.4 Přínos muzikoterapie pro pacienty

Zaměstnanci zhodnotili přínos muzikoterapie pro klienty centra. Zaměstnanci poukázali na to, že hudba nejvíce pomáhá klientům s uvolněním, rozvolněním emocí, socializací a zlepšení komunikace. V tabulce níže jsou zaznamenány odpovědi všech dotázaných zaměstnanců. Dále jsem se zeptala respondentů na to, zda pomáhá muzikoterapie ke zlepšení jejich zdravotního stavu. Zaměstnanec č.1 uvádí, že klienti docházející na muzikoterapii se lépe vypořádají se zdravotním omezením. Podobný názor sdílí i respondent č.4, který uvádí: „*Někdy zapomenou na své zdravotní postižení*.“

Tabulka 11: Přínos muzikoterapie pro pacienty

Zaměstnanec	Způsob pomoci muzikoterapie klientům ke zlepšení zdravotního stavu	Hlavní přínos muzikoterapie pro pacienty
1	zklidnění, lépe se vypořádají se zdravotním omezením	uvolnění, spolupráce ve skupině, komunikace se skupinou, pohyblivost jedince, motorický rozvoj, energie získaná z hudby
2	klientům pomáhá pozitivně projevovat a ovlivňovat emoce, dále forma relaxace	dokáže klienta zklidnit, umí lépe a kvalitněji projevovat emoce
3	zklidnění, navození klidnější atmosféry: prostor a čas k event. Vyventilování emocí	zklidnění, rozvoj zájmu a hudební činnosti, možnost jinak (možná i lépe) komunikovat, zbavit se studu a ostychu
4	zklidnění, rozvolnění emocí, větší kontrola, někdy zapomenou na své zdravotní postižení	klid, socializace, lepší komunikace s okolím

Zdroj: vlastní výzkum

5 Diskuse výsledků

Záměrem bakalářské práce a hlavní výzkumnou otázkou bylo zjistit přínos klientům ve využití expresivních technik v rámci sociální práce. *Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zda muzikoterapie vede ke zlepšení celkového zdravotního stavu klienta. Druhým dílčím cílem bylo* zjistit, zda klient vnímá lépe skupinovou muzikoterapii nebo individuální terapii. Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zda skupinová terapie vede ke snadnější socializaci klientů. Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, jaké další možnosti expresivních technik jsou umožněny v Centru pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch.

Byly realizovány dvě formy výzkumných dotazníků-pro zaměstnance a pro klienty. Pro výzkum byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, formou dotazníku. Vzhledem ke zdravotnímu omezení jednotlivých klientů byla nutná dopomoc při jeho vyplňování. Výzkumného šetření se zúčastnilo 7 klientů a 4 zaměstnanci tamějšího centra. U dotazovaných klientů byla zachována anonymita. Na výzkumné otázky odpovídali obě dotazované skupiny dobrovolně.

U hlavní výzkumné otázky výzkum ukázal, že přínos využití expresivních technik klientovi v sociálních službách je velmi pozitivní. Klienti uvádí, že díky muzikoterapii, ať aktivní či pasivní, u nich dochází ke zklidnění, navození dobré nálady, pocitům štěstí, usměrňování emocí, uvolnění napětí a zbavení se stresu. Velmi si cení toho, že pracují ve skupině, navozují nové známosti, přátelské vztahy, mají s kým řešit své problémy. Ve skupině lidí se stejným zdravotním omezením se v rámci hudby cítí dobře. Avšak se ve výzkumné skupině našel jeden klient, který nesdílí stejný názor s ostatními, a i když má hudbu rád, jeho žánr je odlišný od ostatních. Vymětal (2007) ve své knize popisuje význam expresivních technik. Dle autora expresivní techniky umožňují pacientům uvolnit vnitřní napětí a redukovat úzkost, která je provází jak psychickým, tak somatickým onemocněním. Bohužel však v tomto centru pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch využívají z nabídky expresivních technik pouze hudební terapii-muzikoterapii. Přesto však všichni dotazující zaměstnanci uvádí, že velkým přínosem pro klienty by byla i jiná forma expresivních technik, například arteterapie, dramaterapie a taneční terapii.

První dílčí cíl bylo zjistit, zda muzikoterapie vede ke zlepšení celkového zdravotního stavu klienta. V odpovědích klientů se objevuje, že vliv muzikoterapie má převážně pozitivní dopad spíše na psychický stav klienta, ale i po fyzické stránce. Pomáhá

muzikoterapie ke zlepšení hrubé i jemné motoriky. Jedná se tedy o terapii, která zlepšuje celkový zdravotní stav klienta. Gerlichová (2014) ve své knize uvádí přínos a velký vliv na rozvoj síly a funkce díky hraní na hudební nástroj. Gerlichová (2014) dále uvádí, že hudba může snižovat nepříjemné a bolestivé pocity při cvičení, udávat rytmus a tempo pro pohyb končetin. Kantor a kol. (2009) ve své knize uvádí důležitost doporučení pro muzikoterapii od jiných odborníků, kteří klienty na tuto terapii odesílají. Odborníci dbají na vhodnou indikaci terapií a hlídají, zda není tato terapie kontraindikována. Vy výzkumu vyplynulo, že doporučení u většiny (6 pacientů ze 7) bylo v hodné, pouze u jednoho bylo prokázáno nevhodné doporučení a zvolení terapie vhodné pro jeho osobnost. Kantor a kol. (2009) dále uvádí, že jedna z kontraindikací pro muzikoterapii je negativní vztah k hudbě, což se prokázalo u zmíněného pacienta. Dle mého názoru není lehké sestavit skupinu klientů, kteří mají stejný nebo podobný vztah k hudbě, poslouchají stejný žánr, a tím pádem není možné se každému zavděčit. Ve skupině jde o toleranci každého člena skupiny. Skupina má zásady a pro svou funkčnost je nutné je dodržovat. Každé terapie by se měl klient účastnit dobrovolně a pokud nenalezne určitou homogennost, není tato terapie pro něj přínosná.

Druhý dílčí cíl měl Zjistit, zda klient vnímá lépe skupinovou muzikoterapii nebo individuální terapii. Všichni klienti se shodli na tom, že skupinová terapie je lepší než individuální z několika hledisek. Jedná se o komunikaci s ostatními klienty, navazování kontaktů a pocit pochopení ostatních klientů v rámci svého zdravotního omezení. Kantor a kol. (2009) uvádí, že skupinová terapie využívá skupinovou dynamiku, která je definovaná jako skupinové dění a skupinová interakce. Autoři (2009) dále uvádí, že skupina pomáhá stimulovat jedince a zvýšit jeho výkon. Klienti dále ve výzkumu uvádí, jako nejoblíbenější hudební nástroj buben, na kterém se shodli všichni respondenti. Dále také uvádí předešlou zkušenost s hraním na jakýkoli hudební nástroj. Pugnerová a kol. (2019) uvádí, že mezi vhodné hudební nástroje pro terapii patří tzv. neladěné perkusní nástroje, kam patří například buben, tamburína, chrastítka či zvonky. Tyto hudební nástroje nemusí umet klient předem ovládat, neboť znějí dobře i bez předchozí zkušenosti klienta, který na nástroj hraje. V tomto případě zaměstnanci využívají vhodné hudební nástroje pro aktivaci klienta. Dva dotazovaní klienti přiznali v minulosti aktivní účast při hře na hudební nástroj. Zaměstnanci ve výzkumu vyslovili jednohlasné potvrzení toho, že muzikoterapii je dobré zařadit do výchovně vzdělávacího procesu. Dále respondenti uvádí, že by bylo dobré zařadit muzikoterapii nejméně jednou týdně, ideálně dvakrát.

Kantor a kol. (2009) pro vysokou efektivitu terapie uvádí počet sezení stanovit na 2 až 3 jednotky za týden, v maximální délce až 60 minut. Zaměstnanci uvedli četnost terapie na dvě sezení týdně, avšak autor poukazuje i na zavedení třetí terapie pro lepší výsledky u klientů. Klient má však i prostor mimo muzikoterapeutickou skupinu využívat formy muzikoterapie, například pasivní při poslechu hudby například z rádia. Tudíž je otázka, jak moc ovlivní klienta třetí terapie týdně, pokud využívá muzikoterapii jinou formou.

Třetí dílčí cíl bylo zjistit, zda skupinová terapie vede ke snadnější socializaci klientů. Jak už jsem uvedla v předchozím odstavci, klienti rádi navazují nové kontakty a lépe se socializují i díky zdravotnímu omezení, které všechny zúčastněné nějakým způsobem spojuje. Klienti se cítí v této skupině lépe, snadněji komunikují, nemají zábrany se s nějakou informací svěřit svému okolí. Ve skupině se cítí více sebevědomě, a díky tomu mají i větší důvěru v ostatní. Klienti si dokážou navodit pozitivní atmosféru a díky tomu je ve skupinové terapii zábava. Zaměstnanci tohoto centra uvedli, že klienti muzikoterapie se lépe vypořádají se zdravotním postižením, a i na nějakou dobu zapomínají na své zdravotní omezení. Výrost (2008) ve své knize udává, že činiteli socializace jsou sociální skupiny, do kterých je jedinec relativně trvale a pevně začleněný.

Čtvrtý dílčí cíl bylo zjistit, jaké další možnosti expresivních technik jsou umožněny v Centru pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch. Z výzkumu bylo zjištěno, že toto centrum nabízí jedinou formu expresivních technik, konkrétně muzikoterapii. Všichni dotázaní zaměstnanci uvedli, že by bylo dobré připojit další formy expresivních technik, například arteterapii, dramaterapii, teatroterapii a taneční terapii. Někteří zaměstnanci uvádí, že s muzikoterapií někdy spojují i prvky arteterapie nebo dramaterapie. Gerlichová (2014) připisuje kladný přínos muzikoterapie ve fyzioterapii. Díky ní dochází ke zlepšení koordinaci pohybů, zapojení svalových skupin a celého motorického projevu. Pro zlepšení celkové rehabilitace klientů je vhodné maximální zapojení všech možných dostupných terapeutických prvků. Fyzioterapie patří mezi ucelenou rehabilitaci, a tudíž je nezbytnou součást rehabilitačního procesu.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala využití expresivních technik, konkrétně muzikoterapie, ve skupině zdravotně postižených jedinců v Centru pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch. Teoretická část byla věnována seznámení se skupinovou terapií a její historií. Dále se mohli čtenáři seznámit s rolemi ve skupině, stádii vývoje skupiny a klasifikací skupin. Pro lepší orientaci čtenářů je v teoretické části věnovaná kapitola zdravotně postiženým jedincům a vymezení pojmu expresivní techniky v sociální práci. Poslední kapitola byla věnována seznámení čtenářů s Centrem pobytových a terénních služeb Zbůch, kde výzkum probíhal.

V úvodu empirické části byla výzkumná otázka stanovena takto: Je přínos pro klienta využití expresivních technik v rámci sociální práce? V rámci hlavní výzkumné otázky byla zformovány dílčí výzkumné otázky, se kterými byli seznámeny dva typy respondentů, klienti muzikoterapie a zaměstnanci centra, kteří se nějakým způsobem zapojují do muzikoterapie. Otázky byly cíleně mířené na zjištění dílčích cílů, které byly předem vytyčeny.

Výzkum poukázal na to, že využití expresivních technik v rámci sociální práce je velmi přínosné. Vlivem skupinové terapie dochází k snadnější socializaci jedinců, neboť skupina dokáže na něj vyvinout pozitivní vliv. U klientů docházelo ke zlepšení celkového zdravotního stavu. Mezi hlavní přínosy této terapie klienti uvedli ke zklidnění, navození dobré nálady, pocitům štěstí, usměrňování emocí, uvolnění napětí a zbavení se stresu. Dotazovaní zaměstnanci potvrdili velký přínos muzikoterapie v terapeutickém procesu a dále by uvítali zavedení i jiných forem expresivních technik, jako například arteterapie, dramaterapie a taneční terapie. Uvádí, že součinnost více terapií by mohla vést ke zlepšení terapeutického procesu a tím i zlepšení celkového stavu klienta.

Výsledek výzkumu může pomoci pracovníkům Centra pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch. Pracovníci mohou využít tento výzkum a pokusit se o zkvalitnění jejich služeb, které by pomohli při jejich práci s klienty. Jak výzkum ukázal, v tomto centru chybí přidružené terapie k muzikoterapii, kterou by mohly zaměstnanci zařadit do terapeutického procesu a tím zlepšit celkový stav u klientů. Dle výzkumu by bylo dobré zařadit v rámci efektivnosti další terapie, které by zlepšily celkový zdravotní stav klienta. Jako příklad uvedu arteterapii, dramaterapii nebo taneční terapii. Kromě expresivních technik lze dále v centru využít terapie se zvířaty (zooterapie), konkrétně canisterapii a hipoterapii. Dle mého názoru je dobré zařadit zooterapii spolu muzikoterapií do

terapeutického procesu, neboť zvířata dokážou vyvolat u jedince silné emoce, které vedou k uvolnění komunikace u klienta a podporuje psychický stav klienta tak jako u muzikoterapie. Může se stát, že ne každý klient se dokáže maximálně uvolnit a využít terapeutického účinku u jedné z těchto dvou terapií tak jako u té druhé.

7 Seznam literatury

1. ARNOLDOVÁ, A., 2015. *Sociální péče 1. díl.* Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-5147-4.
2. Asociace tanečně pohybové terapie ČR, 2019. [online]. Etický kodex [2020-04-05]. Dostupné z: *http://www.tanter.cz/o-nas/eticky-kodex/*
3. BENDOVÁ, P., 2011. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-3853-6.
4. BENDOVÁ, P., ZIKL, P., 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-3854-3.
5. BENÍČKOVÁ, M., 2011. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. Grada. 155 s. ISBN 978-80-247-3520-7.
6. BUßMANN, 2014. *Group dynamics.* Anchor Academic. 52 p. ISBN 978-3-954-89-119-1.
7. ČELEDOVÁ, L. et al., 2018. N*ové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví.* Karolinum. 204 s. ISBN 978-80-2463-809-6.
8. ČELEDOVÁ, L. et al., 2018. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví.* Karolinum. 204 s. ISBN 978-80-2463-809-6.
9. Definition of music therapy, 2017. [online]. WFMT [2019-06-01]. Dostupné z: https://www.wfmt.info/
10. DOSEDLOVÁ, J., 2012. *Terapie tancem*. Grada 184 s. 978-80-247-3711-9.
11. DUNGL, P.et al., 2014. *Ortopedie*. Grada. 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
12. Etický kodex České Asociace taneční pohybové terapie, [online]. TANTER [2019-06]. Dostupné z: http://www.tanter.cz/o-nas/eticky-kodex/
13. GABRIELOVÁ, J., 2017. *Metody a techniky sociální práce*. Jihlava. Kvalifikační práce VŠ Polytechnická Jihlava.
14. GARVIN, Ch. et. al., 2017. *Handbook of social work with groups*. The Guilford Press. 642 p. ISBN 9781462530588.
15. GERLICHOVÁ, M., 2014. *Muzikoterapie v praxi*. Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-4581-7.
16. GITTERMAN, A., 2008. *Encyclopedia of Social Work with Group.* Routledge. 352 p. ISBN 978-0789036360.
17. GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce.* Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-

3379-1.

18. HARTLOVÁ, H., 2010. Taktika transakční analýzy. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-2915-2.
19. HAVRÁNEK, B. Et al., 2011. Slovník spisovného jazyka [online]. [cit. 2020-01-16]. Dostupné z: https://ssjc.ujc.cas.cz/search.php?hledej=Hledat&heslo=p%C5%99%C3%ADnos&sti=EMPTY&where=hesla&hsubstr=no
20. HEJLOVÁ, D., 2015. *Public relation.* Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-5022-4.
21. HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
22. HORSKÁ, J. et al. 2007. Sociální práce se skupinou. České Budějovice. Studijní opora předmětu JČU
23. HOSÁK, L. et al., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Karolinum. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
24. JEDLIČKA, R., 2015. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících*. Grada. 544 s. ISBN 978-80-247-5447-5.
25. JEDLIČKA, R. et al., 2018. *Pedagogická psychologie pro učitele.* Pedagogika. 528 s. ISBN 78-80-271-0586-1.
26. KAJANOVÁ, A. et al.2017. *Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta. 106 s. ISBN 978-807394-639-5.
27. KALINA, K., 2013. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-4361-5.
28. KANTOR, J. et al., 2009. *Základy muzikoterapie*. Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
29. KEJKLÍČKOVÁ, I., 2016. *Vady řečí u dětí.* Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3941-0.
30. KLIMENTOVÁ, E., 2018. *Osoby se zdravotním postižením v sociologickém výzkumu*. Univerzita Palackého v Olomouci. 105 s. ISBN 978-80-244-5434-4.
31. KNOTOVÁ, D. et al., 2014. *Školní poradenství.* Grada. 264 s. ISBN 978-80-2475-4502-2.
32. KOTLER, P. et al., 2007. *Moderní marketing*. 4. vydání. Grada. 1048 s. ISBN

978-80-247-1545-2.

33. KROUPOVÁ, K. et al., 2016. *Slovník speciálně pedagogické terminologie: Vybrané pojmy*. Pedagogika. 328 s. ISBN 978-80-247-5264-8.
34. KULKA, J., 2008. Psychologie umění. 2. vydání. Grada. 440 s. ISBN 978-80-247-2329-7.
35. KUZNÍKOVÁ, I. et al., 2011. Sociální práce ve zdravotnictví. Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
36. LEVICKÁ, J., 2002. *Teoretické aspekty sociálnej práce.* Trnavská univerzita. 283 s. ISBN 978-80-890-7439-6.
37. MACKOVÁ, V., 2012. *Expresivní terapeutické metody využívané při práci s osobami se schizofrenií.* Olomouc. Diplomová práce. PF UPOL.
38. MAHROVÁ. G. et al. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.* Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
39. *MARKOVÁ*, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
40. MAŠÁT, V., 2012. *Vybrané postupy sociální práce se skupinou.* SUSA. 160 s. ISBN 978-80-86057-80-4.
41. MATOUŠEK, O., 2016. *Slovník sociální práce*. Portál. 272 s. ISBN 978-80-262-1154-9.
42. MATOUŠEK, O. et al., 2013. *Metody a řízení sociální práce.* Portál. 400 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
43. MIOVSKÝ, M., 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
44. MOTSCHNIG, R., NYKL L., 2011. *Komunikace zaměřená na člověka-Rozumět sobě i druhým*. Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-3612-9.
45. MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5034-7.
46. MÜLLER, O. et al., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice.* 2.vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
47. MUŽÍKOVÁ, A., 2015. *Přínosy a limity použití expresivních technik během výběrového pohovoru ve vybrané organizaci.* Brno. Diplomová práce. FSS MU.
48. NAVRÁTIL, P., 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 168 s. ISBN 80-903070-0-0.

49. NECHLEBOVÁ, E. et al., 2013. *Speciální pedagogika v praxi*. Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-4369-1.
50. NOVÁČKOVÁ, B*., 2019. Pracovní rehabilitace.* [online]. MPSV. [2019-05-01]. Dostupné z: https://portal.mpsv.cz/upcr/kp/pha/pracovni_rehabilitace ,
51. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 1. díl*. Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3709-9.
52. NOVOTNÁ, E., 2010. *Sociologie sociálních skupin*. Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-2957-2.
53. NYKL, L., 2012. *Carl Ranson Rogers a jeho teorie*. Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-4055-3.
54. PAVLOVSKÝ, P., RABOCH, J., 2012.Psychiatrie. Karolinum. 468 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
55. PETR, T. et al. 2010. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
56. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
57. PYKALOVÁ, J., 2016. *Složky koordinované rehabilitace využívané u vybrané skupiny jedinců s DMO (kombinovanou disabilitou) v centru ARPIDA v Českých Budějovicích.* České Budějovice. 108 s. Diplomová práce FZS JČU v českých Budějovicích
58. PUGNEROVÁ, M. et al., 2019. Psychologie-Pro studenty pedagogických oborů. Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-0532-8.
59. ŘEZNÍČEK, I., 2000. *Metody sociální práce.* Slon. 80 s. ISBN 80-85850-00-1.
60. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2014. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy IV-Dermatovenerologie, oftalmopedie, ORL, stomatologie*. 2. vydání. Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4342-4.
61. SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika.* 2.vydání. Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-0095-8.
62. STEHLÍKOVÁ, J. 2015. *Využitie arteterapie so zameraním na deti s agresívnymi prejavmi v správaní.* [online]. Školský psychológ [2019-05-22]. Dostupné z: http://testforum.cz/domains/testforum.cz/index.php/skolnipsycholog/article/view/76/65
63. ŠÁMALOVÁ, K., 2016. *Šance na dosažení vysokoškolského vzdělání v populaci*

osob se zdravotním postižením. Karolinum. 162 s. ISBN 978-80-246-3469-2.

64. ŠAUEROVÁ, M. et al., 2013. *Speciální pedagogika v praxi: Komplexní péče o děti se SPUCH*. Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-4369-1.
65. ŠINDLER, P., 2003. *Event marketing: Jak využít emoce v marketingové komunikaci*. Grada. 236 s. ISBN 978-80-247-6371-2.
66. ŠIŠKA, J., 2020. *Klasifikace mentálního postižení a podpora dítěte* [online]. Šance dětem [2019-08-22]. Dostupné z: https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-mentalnim-postizenim/klasifikace-mentalniho-postizeni-a-podpora-ditete.shtml
67. ŠUBRT, J. Et al., 2010. *Soudobá sociologie*. Karolinum. 384 s. ISBN 978-80-246-1789-3.
68. ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M., 2018. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-0470-3.
69. ŠVESTKOVÁ, O. et al., 2017. *Rehabilitace motoriky člověka*. Grada. 320 s. ISBN 978-80-271-0084-2.
70. TRUHLÁŘOVÁ, Z.,2014. *Metody práce se skupinou.* Gaudeamus. 72 s. ISBN 978-80-7435-445-8.
71. URBANOVÁ, Z., 2008. *Užití psychodramatu ve skupinové psychoterapii*. Brno. Diplomová práce FZS MU
72. URBANOVSKÁ, E., ŠKOBRTAL, P., 2012. *Sociální a pedagogická psychologie pro speciální pedagogy.* Olomouc. 136. s. ISBN 978-80-244-3066-9.
73. VALENTA, J., 2011. *Dramaterapie.* Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3851-2.
74. VYMĚTAL, J. et al., 2007. *Speciální psychoterapie*. 2. vydání. Graha. 396 s. ISBN 978-80-247-1315-1.
75. VYMĚTAL, J., 2010. *Úvod do psychoterapie.* Praha: Grada. 287 s. ISBN 978-80-247-2667-0.
76. VÝROST, J., 2008. *Sociální psychologie*. Grada. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
77. WALKER, I., 2012. *Výzkumné metody a statistika.* Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3920-5.
78. ZASTROW, Ch., 2008. *Social Work with Groups: A Comprehensive Workbook.* International Ed edition. 480 p. ISBN 978-0495506539.
79. ZIKL, P., 2011. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Grada. 112

s. ISBN 978-80-247-3856-7.

80. ZVONÍKOVÁ, A. et al., 2010. *Základy posuzování invalidity.* Grada. 360 s. ISBN 978-80-247-3535-1.

8 Přílohy

Příloha č. 1: Informovaný souhlas účastníků výzkumu

Příloha č. 2: Záznamový arch pro rozhovor s klienty

Příloha č. 3: Záznamový arch pro rozhovor se zaměstnanci

Příloha č. 4: Seznam tabulek a obrázků

Příloha č.1- Informovaný souhlas účastníků výzkumu

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas k účasti na výzkumu k bakalářské práci na téma Metody a techniky práce se skupinou osob se zdravotním postižením.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami a průběhem výzkumu. Souhlasím se záznamem rozhovoru pro účely výzkumu, který bude popsán v bakalářské práci studentky 3. ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulty, Blanka Němcové. Byl/a jsem poučen/a, že v rámci výzkumu mi bude zachována anonymita, že údaje poskytované pro účely tohoto výzkumu budou použity pouze pro účely této práce a že kdykoliv mohu z výzkumného šetření odstoupit.

V……..

…….
Podpis účastníka výzkumu

Příloha č. 2

Záznamový arch pro rozhovor s klienty

1) **pohlaví**:

a) muž

b) žena

2) **Do které věkové kategorie patříte?**

a) 18-30 let

b) 31-40 let

c) 41-50 let

d) 51-60 let

e) 61-70let

f) více než 70 let

3) **Jak dlouho využíváte služeb Centra pobytových a terénních služeb Zbůch**

4) **Účastníš se muzikoterapie?**

Pokud ne, proč?.....

Pokud ano, účastníš se rád? ….....

5) **Co vám přináší terapie hudbou?**

6) **Posloucháte hudbu i mimo terapii? Pokud ano, jakou?**

7) **Poslouchal jste hudbu i před začátkem muzikoterapie v Centru pobytových a ter. služeb?**

8) **Jakou službu tohoto centra ještě využíváte?**

9) **Jakou formu muzikoterapie preferuješ?**

a) aktivní - například bubnování

b) relaxaci poslechem

c) obojí

10) **Na Jaký hudební nástroj rád hraješ v rámci terapie?**

11) **Hrál jsi předtím na nějaký hudební nástroj? Pokud ano, na jaký?**

12) **Jak si myslíte, že hudba ovlivňuje vaše chování?**

13) **Jaké pocity máte po skončení muzikoterapie?**

14) **Jaký názor máte na skupinovou terapii a v čem si myslíte, že je pro Vás výhodná?**

Příloha č. 3

Záznamový arch pro rozhovor se zaměstnanci

1) **pohlaví**
   a) muž
   b) žena

2) **Do které věkové kategorie patříte?**
   a) 18-30 let
   b) 31-40 let
   c) 41-50 let
   d) 51-60 let
   e) 61- 70let
   f) více než 70 let

3) **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
   a) Základní
   b) Středoškolské bez maturity
   c) Středoškolské s maturitou
   d) Vyšší odborné
   e) Vysokoškolské

4) **Jak dlouho pracujete na své pozici v praxi?**

5) **Myslíte si, že muzikoterapie má kladný vliv na klienty?**

6) **Zařadili byste muzikoterapii do výchovně vzdělávacího procesu?**

7) **Kde jste se poprvé setkali s muzikoterapií?**

8) **Jak často byste zařadili muzikoterapii do terapeutického procesu klientů?**

9) **Provozujete v CPTS jiné formy expresivní terapie?**

10) **Zařadili byste jiné formy expresivní terapie v CPTS, které neprovozujete?**

11) **Jakým způsobem pomáhá muzikoterapie klientům ke zlepšení zdravotního stavu?**

12) **V čem spatřujete hlavní přínos muzikoterapie pro pacienty?**

Příloha č. 4

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1: Sociodemografické údaje
Tabulka č. 2: aktivita při muzikoterapii
Tabulka č. 3: Přínos terapie
Tabulka č. 4: typy poslouchané hudby
Tabulka č. 5: názor na skupinovou terapii nástroji
Tabulka 6: Oblíbená forma zapojení při terapii a předešlé zkušenosti s hudebními nástroji
Tabulka č. 7: vliv hudby na chování
Tabulka č. 8: Sociodemografické údaje
Tabulka 9: hudba a terapie
Tabulka 10: formy expresivní terapie v CPTS
Tabulka 11: Přínos muzikoterapie pro pacienty
Obrázek č.1: Forma muzikoterapie využívaná v CPS Zbůch

Seznam použitých zkratek

CPS-Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch

K-klient

K1-klient 1

K2- klient 2

K3- klient 3

K4- klient 4

K5- klient 5

K6- klient 6

K7- klient 7

Z- zaměstnanec

Z1 - zaměstnanec 1

Z2 - zaměstnanec 2

Z3 - zaměstnanec 3

Z4- zaměstnanec 4

WFMT - Světová federace hudební terapie

HVO- hlavní výzkumná otázka

TANTER- Asociace tanečně pohybové terapie ČR