

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Eva Cahová

III. ročník – prezenční forma

Obor: Speciálně pedagogická andragogika

**Možnosti terapeutických intervencí speciálního pedagoga u
pohybově postižených seniorů**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

Olomouc 2009

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 25. března 2009

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za cenné rady, podněty a připomínky v průběhu zpracování mé bakalářské práce.

Současně patří mé poděkování i sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách za vstřícnost a ochotu při realizaci výzkumného šetření bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	6
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1. TĚLESNÉ POSTIŽENÉ.....	7
1.1 Vymezení pojmu tělesného postižení.....	7
1.2 Klasifikace tělesného postižení.....	8
1.3 Příčiny tělesného postižení.....	11
1.4 Psychologická problematika seniorů s tělesným postižením.....	13
1.5 Četnost tělesného postižení v populaci.....	14
2. TERAPIE.....	15
2.1 Základní vymezení terapií.....	15
2.2 Vymezení speciálněpedagogických terapií.....	15
2.3 Podmínky a realizace speciálněpedagogických terapií.....	16
2.4 Definice a klasifikace speciálněpedagogických terapií.....	17
2.4.1 Terapie hrou.....	18
2.4.2 Činnostní a pracovní terapie.....	18
2.4.3 Psychomotorická terapie.....	19
2.4.4 Expresivní terapie.....	20
2.4.5 Terapie s účastí zvířete.....	26
3. STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	28
3.1 Vymezení pojmů stáří a stárnutí.....	28
3.2 Pojem senior.....	29
3.3 Členění a terminologie seniorského věkového období.....	29
3.4 Biologické stáří.....	30
3.5 Sociální stáří.....	30
3.6 Psychologické stáří.....	31
3.7 Kalendářní stáří.....	31

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. Popis zaměření empirické části.....	32
4. 1 Cíl šetření.....	32
4. 2 Použité metody.....	32
4. 3 Popis zkoumaného vzorku.....	32
4. 4 Vyhodnocení dotazníku.....	33
4. 5 Závěr šetření.....	48
4. 6 Návrhy pro praxi.....	49
ZÁVĚR.....	50
Seznam použité literatury.....	51
Seznam příloh.....	55
Anotace	

Úvod

Přirozeným projevem a potřebou každého jedince je pohyb. Pohyb je důležitý pro všechny jedince ve všech obdobích života. Proto není o nic méně důležitým projevem v období stáří. Řekla bych, že pro seniory je pohyb velmi důležitý, neboť jim přináší sebevědomí a možnost žít dále přiměřený aktivní život. Téma, „Možnosti terapeutických intervencí speciálního pedagoga u pohybově postižených seniorů“, jsem si zvolila z důvodu zájmu o terapie u pohybově postižených seniorů.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit do jaké míry jsou využívané speciálněpedagogické terapie u seniorů s tělesným postižením. Zda sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách jsou informováni o jednotlivých terapiích a mají možnosti kvalifikace.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí a to části teoretické a části praktické. Teoretická část je členěna do tří kapitol. V první kapitole jsem se zaměřila na objasnění pojmu tělesného postižení, dále se zabývám její klasifikací, příčinami, četností a psychologickou problematikou u seniorů s tělesným postižením.

Ve druhé kapitole se zabývám základním vymezením terapií, podmínkami a realizací speciálněpedagogických terapií a definici a klasifikaci speciálněpedagogických terapií. Zaměřuji se na jednotlivé terapie, které se mohou používat u seniorů s tělesným postižením. Jedná se o ergoterapii, psychomotorickou terapii, expresivní terapii, arteterapii, psychodrama, dramaterapii, teatroterapii, muzikoterapii, biblioterapii, poetoterapii, taneční terapii a canisterapii.

V poslední třetí kapitole teoretické části se věnuji základním vymezením stáří a stárnutí, dále se zabývám pojmem senior, členěním a terminologií seniorského věkového období, biologickým stářím, sociálním stářím, psychologickým stářím a kalendářním stářím.

Ve druhé, praktické části se již věnuji šetření daného tématu. Zde popisuji metodiku práce, použité výzkumné metody a charakter zkoumaného vzorku. Poté následuje samotné vyhodnocení, grafické vyjádření a interpretace získaných dat a také všeobecné shrnutí práce a její význam pro praxi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Tělesné postižení

1. 1 Vymezení pojmu tělesného postižení

Tělesní postižení je jev nesmírně složitý, proto stanovení definice je spojeno se značnými těžkostmi. Z tohoto důvodu existuje v současnosti v naší i světové literatuře řada definic.

Tělesným postižením rozumíme v obecné rovině takové postižení, které se projevuje buďto dočasným anebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka. Jedná se především o poruchu nervového systému, pokud mají za následek poruchu hybnosti. Může však jít i o různé poruchy pohybového a nosného aparátu.

Tělesným postižením se zabývá vědní obor somatopedie. Somatopedie je součástí vědní oblasti speciální pedagogiky. Zabývá se výchovou, vzděláváním a přípravou pro pracovní a společenské začlenění jedinců s postižením hybnosti. Název oboru je vytvořen z řeckého slova *soma* – tělo a *paidea* – výchova. Obor somatopedie vznikl v roce 1946 při zavedení vysokoškolského studia učitelů na pedagogických fakultách. Jeho původní název byl defektologie ortopedická, současný termín je užíván od roku 1956 (Renotierová, 2006).

Samotné definice pojmu tělesné postižení jsou opět velmi různorodé. Nejprve bych chtěla uvést klasickou definici Krause a Šandery: „*Tělesným postižením rozumíme vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jehož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností. Patří sem také všechny úchytky od normálního tvaru těla a končetin, tedy deformity, též abnormity čili anomálie*“ (Kraus, Šandera, 1964).

Rozsáhlou definici tělesného postižení uvádí Jankovský. Podle něho je „*Tělesným (somatickým) postižením v obecné rovině takové postižení, které se projevuje buďto dočasnými nebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka... Jedná se především o poruchy nervového systému, pokud mají za následek poruchu hybnosti. Může však jít též o různé poruchy pohybového a nosného (muskuloskeletálního) aparátu. Tyto skutečnosti se pak mohou negativně projevit také na vývoji osobnosti dítěte s postižením. Bývá narušen jeho psychomotorický vývoj, což se může projevit i na jiné úrovni, než jen v oblasti somatické, resp. motorické. Mohou nastat problémy také v psychické a sociální sféře (např. v kognitivních psychických procesech, v emocionálních a sociálních projevech, ale i ve výkonu atp.)*“ (Jankovský, 2001).

Dále Vítková uvádí, že v odborné speciálně pedagogické literatuře je tělesné postižení chápáno obvykle jako „*přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony*“ (Vítková in Pipeková, 2006). Pokud vezmeme v úvahu výše uvedené vymezení funkcí pohybové soustavy a pojmů postižení a handicap, může nám připadat velmi výstižná především následující definice tělesného postižení: „*Jako tělesně postižený je označován člověk, který je omezen v pohybových schopnostech v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiného organického poškození*“ (Gruber, Lendl in Vítková, 1999).

1. 2 Klasifikace tělesného postižení

Pohybové, neboli ortopedické vady můžeme rozdělit podle různých kritérií. L. Monatová (1994) rozlišuje dvě základní skupiny, k nimž patří poruchy vrozené včetně dědičných poruch, a poruchy získané. Všechny pohybové vady mohou být různého stupně. Podle postižené části těla rozeznáváme skupinu obrn centrálních a periferních, deformace, malformace a amputace.

Obrny centrální a periferní

Obrny se týkají centrální a periferní nervové soustavy. Centrální část zahrnuje mozek a míchu, část periferní obvodové nervstvo. Jednotlivé druhy se od sebe liší rozsahem a stupněm závažnosti, a dělí se na parézy (částečné ochrnutí) a plégie (úplné ochrnutí). K nejčastějším onemocněním, jejichž následkem je centrální či periferní obrna patří dětská mozková obrna, dětská obrna, mozkové záněty, mozkové nádory, mozkové příhody, mozkové embolie, traumatické obrny, obrny míchy, rozštěpy páteře, degenerativní onemocnění mozku, roztroušená skleróza mozkomíšní.

Mezi závažná centrální onemocnění, jak jsem se již zmínila, patří dětská mozková obrna (DMO). V průběhu prvního roku se klinický obraz DMO teprve utváří, a neurologie se diagnostikuje jako centrální koordinační porucha (CKP) a centrální tonusová porucha (CTP). V odborné literatuře se uvádí cca 50% – 60% výskytu z celkového počtu pohybových poruch (Lesný, Špitz, 1987). Pro DMO je typické hybné postižení, tělesná neobratnost, zejména v jemné motorice, nerovnoměrný vývoj, zvýšená pohyblivost a neklid, nesoustředěnost, těkavost, nedokonalost vnímání nedostatečná představivost, překotné a impulzivní reakce, střídání nálad a výkyvy duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči a vady řeči. Uvedené znaky se vyskytují i u dalšího postižení, které není na první pohled tak nápadné, jako DMO. Jedná se o lehké mozkové

dysfunkce (Kapounek, 1989). Těžší druh DMO má čtyři formy: diparetickou, hemiparetickou, kvadruparetickou, hemiparetickou, někdy se uvádí další forma – dyskinetická (Vítková, 1994).

Dětskou mozkovou obrnu bychom neměli zaměňovat s dalším onemocněním podobného názvu dětská obrna. Jedná se o infekční onemocnění, které postihovalo nejčastěji děti v předškolním věku a zachovávalo trvalé a často velmi těžké následky. Dětská obrna probíhala ve dvou fázích: první připomínala chřipkovou infekci, po jejím odeznění nastoupila druhá fáze, která se vyznačovala horečnatým onemocněním s příznaky podráždění mozkových blan. Následkem onemocnění, které vyvolávalo poškození motorických buněk na předních kořenech míšních, bylo ochrnutí svalů na končetinách. Od roku 1958 jsou všechny děti očkovány Sabinovou vakcínou, a nové případy nebyli od té doby u nás zaznamenány.

Další závažnou skupinou jsou různé druhy mozkových zánětů, které jsou nejčastěji vyvolány mikrobiálními činiteli. Tyto onemocnění probíhají z pravidla také ve dvou fázích: V první fázi vnikne mikrob do krve a objevují se příznaky podobné chřipce s horečkou, bolestmi hlavy a nechutenstvím. Po přechodné fázi zdánlivého zlepšení se objevují vysoké teploty, třes, ochrnutí končetin. Častý je i výskyt epileptických záchvatů. Po odeznění nemoci jednotlivé příznaky většinou odezní.

Komplikovaným postižením jsou stavy po mozkových nádorech, které mohou zanechat kooperaci následky v pohybové oblasti (Klenková, 2000). Díky organickému poškození mozku se může přidružit také epilepsie.

Obdobné následky můžeme sledovat i u mozkových příhod, které vznikají v důsledku krvácení do mozku a u mozkových embolií, které jsou způsobeny nedokrevností části mozku a odumřením mozkové tkáně zaklíněním embolií pohybujícího se krevním proudem. Podle zasažení hemisféry dochází k levostranné nebo pravostranné hemiparéze až hemiplégii. Obě onemocnění postihují spíše jedince staršího věku.

Dále do obrn patří traumatické obrny. Tyto obrny vznikají při úrazu., který způsobuje buď otevřené nebo uzavřené poranění hlavy, při němž může být zasažena lebka i mozek. Nejlehčí je otřes mozku, klasifikovaný jako lehký, střední a těžký, dále stlačení mozku a nejtěžší zhmoždění mozku.

Dalším závažným postižením je obrna míchy. Nastává vlivem různých onemocnění, ale v současné době je častou příčinou úraz páteře s následným poraněním míchy. Celkový stav postiženého a zachování pohybové schopnosti závisí jednak na tom, zda mícha byla poškozena částečně nebo úplně, a jednak na tom, ve kterém místě byla mícha zasažena. Čím je mícha zasažena blíže ke krční páteři, tím je stav postiženého závažnější. Je-li např. zasažena mícha bederní a křížová, vzniká paraparéza až paraplegie dolních končetin a porucha citlivosti na

dolních končetinách, při poškození horní části krční míchy vznikne spastická kvadruparéza až kvadruplegie s poruchou citlivosti, která sahá až ke krku (Kapounek, 1989).

Vrozeným postižením je rozštěp páteře, bez postižení míchy nebo jejích plen, rozštěp páteře a míšních plen, a také rozštěp páteře, plen a míchy. Nejčastěji vzniká v bederní části (Kapounek, 1989). Vada vyvolává částečnou až úplnou obrnu dolních končetin a obrnu svěračů.

Degenerativní onemocnění mozku se projevuje až v průběhu života člověka. Nervová vlákna a později i nervové dráhy postihuje proces rozpadu a zániku nervových buněk. Projevuje se vrávoravou chůzí.

Těžkým postižením je roztroušená skleróza mozkomíšní, která se vyznačuje ložiskovými změnami mozku a míchy. Postihuje asi 1% populace, výskyt je zejména u mladších a dospělých. Příznaky jsou pestré, nejčastěji se jedná o postižení pohybového aparátu.

K obrně periferních nervů většinou dochází při úrazu horní či dolní končetiny, kdy dojde k přerušení nebo zhmoždění nervu na končetině s částečnou nebo úplnou obrnou. Při úplné obrně končetina bezvládně visí, při částečné obrně je více nebo méně zasažena pohyblivost a svalová síla (Kapounek, 1989).

Deformace

„Deformace zahrnují velkou skupinu vrozených nebo získaných vad, které se vyznačují nesprávným tvarem některé části těla“ (Kubát in Vítková, 1998). Získané deformace mohou nastat jako důsledek nesprávného držení těla. Návykově takto začínají některé druhy skolióz a kyfóz. Vadné držení těla se vyznačuje buď změnami v zakřivení páteře, nebo labilním a nestálým držením těla. Skutečné deformity páteře se vyznačují trvalostí a stálostí.

Páteř se může deformovat v rovině sagitální (předozadní rovina těla): zvětšená krční lordóza, hrudní kyfóza (tzv. kulatá záda), plochá záda, bederní lordóza. Častější jsou však deformace v rovině frontální (čelní) a projevují se bočním vychýlením od středové roviny. Jedná se o různé druhy skolióz, které postihují asi 2,5% dětí z populace (Kubát, 1992) a dělí se podle místa vzniku na krční, hrudní a bederní, a dále také na vybočení vlevo, vybočení vpravo a složená skolióza.

S příznivou prognózou se řadí do deformací Pethersova choroba. Při této chorobě je postižena hlavice stehenní kosti. Podle Emila Else (1986) se jedná o pravděpodobnou příčinu poškození cév, které vyživují kloubní hlavici.

Progresivní svalová dystrofie je naproti tomu onemocněním závažnější. Jedná se o primární dědičné onemocnění svalů vzniklé na podkladě dědičné metabolické poruchy. Kapounek (1989) uvádí dvě formy postižení:

- forma postihující ramenní pletenec – ramena ční dopředu, lopatky odstávají, mění se těž

výraz obličej. Takle forma postihuje obě pohlaví, má dobrou prognózu.

- forma postihující pánevní pletenec – dědičnost je dominantní. Onemocní nejprve svalstvo pánve, později i svalstvo dolních končetin. Léčba je pouze symptomatická, podstatnou část léčby tvoří rehabilitace. Specifickým případem s nepříznivou prognózou je Duchennova svalová dystrofie postihující chlapce (Vítková, 1999).

Malformace a amputace

„Malformací rozumíme patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji jsou to končetiny“ (Vítková in Pipeková, 2006). Částečné chybění končetiny označujeme jako amélie, stav, kdy končetina navazuje přímo na trup, nazýváme fokomélie. Malformace patří do skupiny vrozených vývojových vad.

Podle definice Monatové (1994) je amputací *„umělé odnětí části těla od ostatního organismu, k němuž přistupujeme tehdy, není-li možno udržet končetinu, je-li nevléčitelně chorobná, zohavená, neupotřebitelná, zhoršuje-li svému nositeli život a snižuje-li podstatně jeho pracovní schopnost anebo není-li možné zachovat život nemocného bez amputace“*. Příčinou jsou úrazy, kdy k amputaci končetiny může dojít v okamžiku úrazu nebo těsně po něm, např. při autonehodách, poranění elektrickým proudem, výbušninou apod. (Kapounek, 1989). Další příčinou amputace mohou být cévní onemocnění – choroba Burger – Winiwarterova. Při této nemoci vzniká akutní zánět žil a tepen, při kterém dochází k postupující trombóze. Vede k amputaci končetiny. Dalším důvodem k amputaci jsou zhoubné nádory na končetinách.

1. 3 Příčiny tělesného postižení

Dle Renotiérové (2006) příčiny tělesných postižení mohou být velmi rozdílné. Kromě dědičnosti se mohou na jejich vzniku podílet různé faktory, které mají účinek v období prenatálním (předporodním), perinatálním (porodní) i postnatálním (poporodním), a to i ve věku dospělosti a senia.

Dle Kysučana a Kuja (1999) rozlišujeme dvě velké skupiny příčin, a to endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější) příčiny. U endogenních příčinách se jedná o genové mutace a chromozomové aberace (změny počtu chromozomů). Exogenní příčiny představují velmi pestrou skupinu. Exogenní příčiny lze rozdělit na anorganické, biologické a psychosociální. Anorganické příčiny mohou mít charakter fyzikální (mechanické působení, vliv záření) a chemický (vliv léčiv, jedů, chemických látek). Biologické příčiny jsou výsledkem působením virů, bakterií, plísní, mohou

být také výsledkem negativních vlivů symbiotických (způsobených soužitím matky a plodu). Psychosociální příčiny se projevují negativními vlivy výchovy v rodině, ale také ve škole a jiných výchovných zařízeních. Exogenní příčiny můžeme rozdělit z hlediska jejich časového působení a to na prenatální, perinatální a postnatální příčiny.

Prenatální příčiny vznikají negativním důsledkem prenatálních vlivů, podle jejich časového uplatnění jsou blastopatie, embryopatie a fetopatie. Blastopatie (poškození zárodku) mohou být vyvolávány infekčním onemocněním matky v době těhotenství např. zarděnky, průmyslovými škodlivinami, nesprávnou výživou (např. nedostatek vitamínů, minerálů a stopkových prvků v potravě) a zářením (např. rengenové ozáření). Blastopatie vedou k vytvoření nejružnějších syndromů. Embryopatie představují poruchy vývoje zárodků od 15. dne do konce 3. měsíce těhotenství. Jejich následkem jsou vývojové vady. Embryopatie mohou být vyvolávány emociální zátěží matky, nedostatečným přísunem všech složek potravy, užíváním léků, drog a alkoholu. Fetopatie představují poruchy vývoje zárodku ve fetálním období tj. po 3. měsíci těhotenství. Nevznikají velké malformace, ale škodlivina může zastavit další vývoj orgánů nebo jeho diferenciaci. Toto se týká zvláště mozku, který se vyvíjí až do porodu. Příčiny fetopatií jsou nemoci matky (např. diabetes, poruchy činnosti štítné žlázy), intoxikace matky (ionizující záření, otravy), infekce matky (Kysučan, Kuja, 1999).

Příčiny perinatální se týkají období při porodu. Při porodu může dojít k určitým komplikacím např. dlouhotrvající (protahovaný) porod, kdy může dojít k nedostatku kyslíku u dítěte, překotný porod – velmi rychle dochází u dítěte ke změně, klešťový porod, císařský porod (můžou být postiženy oči a mozek). Dále může být porod, kdy dítě je nedonošeno, váhu má pod 2 000g nebo naopak, kdy dítě má příliš velkou porodní váhu a hrozí při porodu k poškození hlavičky. Ale i při porodu, který probíhá ve správném termínu, mohou se vyskytovat poruchy krevního oběhu, ty poškozují zejména centrální nervovou soustavu (Renotierová, 2002).

Dle Kysučana a Kuja (1999) postnatální příčiny mohou vzniknout v kterémkoliv věkovém období po narození dítěte. Tento druh poškození dělíme na biologické a psychosociální. Mezi biologické poškození patří virová onemocnění. Důsledkem viróz různého typu mohou být např. obrny, sluchová a zraková poškození, oligofrenie. Negativní psychosociální vliv vede k narušení osobnosti. Tyto vlivy mohou vést ke vzniku neuróz, emočních a smyslových deprivací, k narušení sociálních vztahů, k celkovému opoždění mentálního a sociálního vývoje.

Příčiny v postnatálním období mohou vzniknout následkem nějakého onemocnění - těžká infekční onemocnění, zánětlivá onemocnění CNS, těžká průjmovitá onemocnění s toxickými následky pro organismus, hnisavé záněty ucha, novorozenecká žloutenka při RH inkompatibilitě. Tělesné postižení může vzniknout dále i následkem úrazu kostí a kloubů (Renotierová, 2002).

1. 4 Psychologická problematika seniorů s tělesným postižením

Tělesné postižení má z psychologického hlediska dva základní aspekty: nedostatečnost pohybových kompetencí a deformovaný zevnějšek. Závažnost pohybových omezení je významným faktorem, který ovlivňuje kvalitu života starého člověka. Nápadné změny a odlišnosti snižují společenský status a nepříznivě ovlivňují akceptaci a hodnocení postiženého okolím.

Velký vliv na psychickou stránku postiženého je doba vzniku pohybového postižení. Lidé, kteří získali pohybové postižení v pozdějším věku, většinou připouštějí, že handicap změnil více či méně jejich osobní vlastnosti. Stali se citlivější, vnímavější, pozornější. Na druhé straně musejí často zvládat úzkost, neklid, obavy, což může vést k jejich neurotizaci. Tito lidé by měli nalézt nový smysl života, cíl svého snažení a změnit hierarchii svých hodnot. Velký význam pro ně má sociální a emoční zázemí, podpora nejbližšího i širšího okolí.

Ve výhodě jsou lidé, kteří již s pohybovým postižením žijí od narození. Mají již zaběhlou profesi, zájmy, koníčky, kontakty s přáteli a příbuznými. Značným nebezpečím jsou pocity hořkosti, nespravedlnosti vlastního osudu, což vede ke změně chování a nálady postiženého. Pro psychickou stránku u tělesně postižené osoby je velmi důležité rozvíjet své možnosti kompetence tam, kde je to možné a reálné. Je velmi důležité se zapojit do společnosti a mít pocit jistoty a užitečnosti.

Tělesně postižení senioři vyžadují vysoce individuální, empatický a tolerantní přístup, který je dán nejen typem a stupněm postižení, ale i jejich aktuálním psychickým stavem a možnostmi jejich poznávacích schopností. Psychologickým problémem pohybově postižených seniorů mohou být odlišné v závislosti na druhu a závažnosti handicapu, ale i vzhledem k typickým osobnostním vlastnostem a povahovým rysům. Různá pohybová postižení vyvolávají odlišné spontánní reakce. Někdy může jít až o sociální stigmatizaci (Renotierová, 2006).

1. 5 Četnost tělesného postižení v populaci

Jak uvádí Renotiérová (2006) v současné době dětská populace představuje cca 21% obyvatelstva a populace osob nad 65 let tvoří 12,6% obyvatel v České republice (Český statistický úřad). Je předpokladem, že do roku 2020 by se tento poměr měl vyrovnat. Do roku 2020 lze očekávat zvýšení absolutního počtu osob nad 65 let o 31%. Současné zkušenosti naznačují, že pohybové handicapy, které jsou případně spojeny s různými psychickými omezeními, patří mezi velmi časté příčiny zdravotních omezení starších a starých osob.

2. Terapie

2.1 Základní vymezení terapií

Terapeutické přístupy lze obecně vymežit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně. Termín terapie má řecko-latinský původ. Odkazuje nás na léčení, ošetřování, ale také na starání se, cvičení a pomáhání.

Terapeutické přístupy aplikují terapeuti v rámci jednotlivých terapií. Přitom mohou vycházet z nejrůznějších zdrojů a využívat různé metody, techniky a prostředky (Müller, 2005).

Terapie se dají dle vlastních bazálních prostředků rozdělit na:

- terapii chirurgickou (využívající mechanické zásahy do organismu),
- farmakoterapii (využívající léky)
- fyzioterapii (využívající fyzikálně-stimulující prostředky),
- psychoterapii (využívající psychologické prostředky).

2.2 Vymezení speciálněpedagogických terapií

Speciálněpedagogické terapie vycházejí z různých zdrojů. To znamená, že je v nich aplikována a přetvářena celá řada teoretických a praktických východisek. Za jeden z hlavních zdrojů považujeme psychoterapii. Psychoterapii můžeme přesněji definovat jako *„odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci psychologických prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem“* (Procházka, Norcross 1999).

Kromě psychoterapie mohou být poznatky pro speciálněpedagogické terapie čerpány také z teorie a metodologie fyzioterapie. Fyzioterapie pomáhá člověku dosahovat tělesné a pohybové normality fyzikálně-stimulujícími prostředky například masírováním, tlaky, hlazením, držením částí těla, změnami polohy těla.

2. 3 Podmínky a realizace speciálněpedagogických terapií

Speciálněpedagogická terapie musí být realizovány za určitých podmínek, které ovlivňují jejich průběh a výsledky. Mezi hlavní podmínky patří zejména dodržování zákonitosti souvisejících s průběhem a zajištěním terapeutického procesu včetně prostředí, v němž probíhá a v neposlední řadě také smysluplná součinnost terapeuta, klienta a obsahu jako hlavních činitelů terapeutických procesů (Müller, 2006).

Průběh terapeutického procesu lze popsat z krátkodobého hlediska a dlouhodobého hlediska.

Z krátkodobého hlediska jde o fáze:

1. zaměřeno na navázání kontaktu, uvolnění, motivace,
2. zaměřeno na hlavní terapeutickou práci,
3. zaměřeno na uzavření problémů vyplývajících z hlavní terapeutické práce,

Z dlouhodobého hlediska jde o fáze:

1. zaměřenou na indikaci stávajících obtíží a možných postupů, počáteční navazování terapeutického vztahu,
2. zaměřenou na naplnění terapeutického vztahu a naplnění dohodnuté organizace, průběhu a obsahu terapie,
3. zaměřenou na ukončení terapie včetně nabídky dalších možností,

K úspěšnosti průběhu terapeutického procesu je třeba dodržet tyto zásady:

1. počátek procesu se musí „opírat“ o kvalifikovanou týmově provedenou diagnostiku i o neustále aktualizovanou znalost psychofyzického stavu klienta,
2. v procesu musí být neustále utvářen prostor pro klientovy projevy a sdělení,
3. zvolená činnost by měla odpovídat nejen diagnostikované a aktualizované znalosti psychofyzického stavu klienta,
4. zvolená činnost by měla být rovněž adekvátní klientově věku a zkušenostem,
5. průběh procesu musí z dlouhodobého i krátkodobého hlediska „kopírovat“ základní fáze výše uvedené.

Mezi procesními činiteli má důležitou roli klient. Ten vnáší do terapeutického procesu především svůj věk a zdravotní, sociální či jiný problém. U dospělých klientů musí být terapeut připraven:

1. na komplex zkušeností dospělého věku,
2. na různé sociální role dospělého věku,
3. na výraznou míru vlastní akceptace problému,

(Kozáková, Müller, 2006).

2. 4 Definování a klasifikace speciálněpedagogických terapií

Speciálněpedagogické terapeutické metody jsou odvozeny od psychoterapie, již jak jsem se zmínila výše, a proto je lze definovat podobně a současně vymezit za pomoci prostředků, které využívají. Příklad: teatroterapie dosahuje terapeutických cílů prostřednictvím přípravy a veřejné realizace divadelního tvaru, použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem (Müller, 2005).

Podle využívaných prostředků můžeme terapeutické metody ve speciální pedagogice rozřadit na základní skupiny:

1. terapie hrou,
2. činnostní a pracovní terapie – ergoterapie,
3. psychomotorické terapie,
4. expresivní terapie – arteterapie, dramaterapie, teatroterapie, psychodrama, poetoterapie, muzikoterapie, biblioterapie, taneční terapie,
5. terapie s účastí zvířete – canisterapie,

Nyní bych se zaměřila na jednotlivé terapie, které mohou být využívány u seniorů s tělesným postižením.

2. 4. 1 Terapie hrou

Terapii hrou (play therapy) lze definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci prostředků hry použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu. V terapii hrou jde o významný nástroj přístupu ke klientovi, nástroj komunikace, nástroj přímého i zprostředkovaného navázání terapeutického vztahu. U dospělých je možné využívat her sportovních, společenských, dramatických, psychoher a dalších herních činností (Müller in Renotiérová, Ludíková, 2005).

2. 4. 2 Činnostní a pracovní terapie

V pracovní a činnostní terapii jde o dvě vzájemně se překrývající metody. Obě terapie lze definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci, manipulaci s materiálním okolím použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem. Rozdíl mezi pracovní a činnostní terapií je minimální. Menší rozdíl je ten, že pracovní terapie směřuje k jistému konkrétnímu výrobku či výsledku práce. Terapeutických cílů se u klientů dosahuje hlavně prostřednictvím rukodělných činností a výcvikem v oblasti praktického života (Müller, 2005).

Ergoterapie

Ergoterapie je terapie, která se využívá velmi často u pohybově postižených. Ergoterapie (léčba prací) je nezbytnou součástí komplexní léčebné rehabilitace. Snahou ergoterapie je rozvinout nebo obnovit činnosti, blokové organickým postižením, využitím zbytkových organických schopností, ty podporovat a rozvíjet. Úkolem je, aby přinesla užitek pro společenský život. Metodu ergoterapie indikuje lékař, ergoterapeut a na ně navazuje práce speciálního pedagoga, který by měl vypracován individuální léčebný program s ohledem na zdravotní stav postižené osoby.

Ergoterapie má čtyři hlavní oblasti. Jedná se o *kondiční ergoterapii*, která usiluje především o psychickou rovnováhu nemocného, *ergoterapii cílenou na postiženou oblast*, kde vykonávaná práce má obsahovat pohyby, které jsou přesné, cílené a dávkované, dále *ergoterapii zaměřenou na pracovní začlenění* pomoci ergodiagnostiky sleduje pracovní začlenění nemocného, neboť práce bývá pro člověka s postižením často smyslem jeho života a umožňuje mu komunikaci

s okolím a *ergoterapii zaměřenou na výchovu k soběstačnosti*, kde se jedná o zvládnání běžných činností každodenního života.

Cílem ergoterapie je dosáhnout maximálního stupně funkčnosti v aktivitách denního života, podporovat u osoby aktivní přístup k uchování si celkové kvality života, pomáhat osobě zachovat si kvalitu při trvalém zdravotním postižení, přispívat k integraci osob se zdravotním postižením do společnosti v rámci předpracovní rehabilitace, komunikovat s odbornou i laickou veřejností, rozvoj vědecko-výzkumné a publikační činnosti (Jankovský, 2001).

2. 4. 3 Psychomotorická terapie

Psychomotorická terapie je metoda, jejíž prioritou je ovlivňování duševních procesů člověka za pomoci podněcování motorických činností. Proto ji lze definovat jako záměrnou aplikaci pohybových prostředků, používanou, aby pomohla lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu (Valenta, Müller, 2003). Psychomotorickou terapií je nazývána široká škála činností s přesahem do ostatních terapeutických aktivit. Sama sice disponuje specifickými pohybovými technikami, ale vzhledem k tomu, že vlastní pohyb je často podporován dalšími podpůrnými prostředky (např. hudebními, dramatickými, sociálně psychologickými atp.), její vydělení bývá někdy vysoce teoretickou záležitostí. Mezi ony specifické pohybové techniky lze zařadit psychogymnastiku, tanec a taneční terapii, relaxaci, autogenní trénink, pohybové hry aj.

Dle Blahutkové (2003) je psychomotorika forma pohybové aktivity, která je zaměřena na prožitek z pohybu. Vede k poznávání vlastního těla, okolního světa i k prožitkům z pohybových aktivit.

Pojem psychomotorika označuje jistou celistvost a neoddělitelnost lidských duševních, tělesných a pohybových funkcí, ale také jednu z fází raného dětského vývoje. Tento pojem však může být rovněž základním „stavebním kamenem“ konkrétního přístupu k podpoře vývoje postaveném na specifických pohybových či tělesně stimulujících metodách (Müller, 2005). Psychomotorika velmi úzce souvisí s hudebně pohybovou výchovou a s duševní hygienou. V psychomotorice se rozvíjí vedle duševní stránky také návyky ke správnému držení těla, prostorovou orientaci, nervosvalovou koordinaci, rovnováhu a obratnost. Základem všech terapeuticko-formativních intervencí a základem rozvoje jakýchkoli aspektů osobnosti musí být podněcování hybnosti.

Cílem psychomotoriky je bezděčné prožívání radosti ze hry, z pohybu a z tělesných cvičení a vytvoření tzv. bio-psycho-socio-spirituální pohody člověka. Jedná se o vyrovnání biologických

potřeb člověka s duševním klidem, s uspokojivým postavením v kolektivu a ve společnosti (Blahutková, 2003).

2. 4. 4 Expresivní terapie

Expresivní terapie je zaměřena na podporu a rozvoj tvůrčího potenciálu klienta. Klienti dochází prostřednictvím vlastního sebevyjádření k hlubšímu sebepoznání, které přispívá k nalezení větší duševní harmonie. Expresivní terapie oslovuje každého svým individuálním způsobem a nabízí vlastní konfrontaci s druhými a s okolním světem. Styl terapeutické práce a intenzita zabývání se vlastní osobou je dána individualitou klienta. Klient sám spoluurčuje léčebný proces, při němž klienta odborně provádí a podporuje terapeut.

Cílem terapeutické práce je oživení potenciálu sil, jež má klient k dispozici, především uvědomění si sebe sám, vytváření rovnováhy a integrace všech složek psychiky. Expresivní terapie jsou pozitivním procesem přinášejícím radost a zachovávajícím nejen svobodu, ale i jedinečnost a odpovědnost klienta. Umělecké prostředky jsou přitom imanentní jednotlivým druhům umění - tedy umění dramatickému, hudebnímu, literárnímu a výtvarnému. Podle toho pak odlišujeme hlavní druhy expresivní terapií – hlavně tzv. dramaterapie, teatroterapie, psychodrama, muzikoterapie, biblioterapie poetoterapie a arteterapie v širším slova smyslu (Müller, 2005).

Arteterapie

Arteterapie je v odborné literatuře vymezena jako druh psychoterapie, jež definujeme jako záměrné upravování narušené činnosti organismu psychologickými prostředky. Vyjdeme-li z této definice, pak lze arteterapii vymežit jako záměrné upravování narušené činnosti organismu uměleckými prostředky. Arteterapie v širším slova smyslu zahrnuje veškeré umělecké aktivity s terapeutickým dopadem – psychomelodrama, muzikoterapii, psychogymnastiku aj. Arteterapie v užším slova smyslu je orientována pouze na výtvarné aktivity subjektu (Valenta, Krejčířová, 1997).

S arteterapií se setkáváme ve výchovném procesu, v sociální práci a klinické praxi. Arteterapeuti využívají výtvarné umění jako prostředek ke komunikaci mezi klientem a klienty (Dostálová in Pipeková, Vítková, 2001).

Arteterapie využívá možností vyjádření psychického života a osobnostních struktur formou

malby, modelování apod. Stimuluje se tak uměním projev pacienta, který se jinými prostředky nedaří. Lze získat projevy i z hlubších vrstev psychiky (Zvolský, 2003).

Arteterapie je ve speciální pedagogice prozatím nejvíce používanou expresivní terapií. Arteterapie totiž maximálně a přitom bezpečně využívá lidského výrazu (exprese). Jinými slovy skryté psychické stavy, dojmy, pocity, nálady zde mohou být přirozeně odhaleny, sdíleny a následně formovány díky přirozené expresivní funkci výtvarných činností – hlavně díky kresbě (Müller, 2005).

Dle Šičkové je arteterapie efektivní léčbou u jedinců s vývojovým, tělesným, mentálním, sociálním postižením, s tělesnou nebo duševní nemocí apod. Cíle, které si arteterapie klade, souvisí na jedné straně s tím, z jakých teoretických pozic vychází, na straně druhé se situací a potřebami klientů, se kterými pracuje, a v neposlední řadě s jejich věkem (Šičková in Müller, 2005). Arteterapie disponuje jedinečnými možnostmi, které mohou ulehčit nebo uvolnit sebereflexi. Materiály v arteterapii hrají důležitou roli v celém arteterapeutickém procesu a jsou jedním z významných faktorů celého kreativního terapeutického dění. Úkolem výtvarných materiálů je především klienta zaujmout a stimulovat jeho emocionální růst.

Cíle arteterapie prováděné v rámci speciálněpedagogické péče u jedince se zdravotním postižením jsou samozřejmě různé – řídí se řadou kritérií a přístupů. Nicméně za obecné arteterapeutické cíle se považuje ve speciální pedagogice především – eliminování vlivů stresorů a snížení tenze, posilování motivace k pozitivní změně, budování komunikačních dovedností, relaxaci, budování dovedností pozitivní sociální interakce, vytvoření schopností vzhledu do sociálních situací a podpora sebereflexe a sebeovládání (Valenta, Müller, 2003). V souvislosti s těmito cíli je třeba zdůraznit, že u arteterapeutických postupů se většinou nejedná o kauzální léčbu, ale úpravu symptomů, změnu chování a osobnostní růst klientů.

Psychodrama

Psychodrama je klasická psychoterapeutická metoda využívající modifikovaného divadla k léčebným účelům. Hraní rolí nemá smysl umělecký, ale improvizované dramatické předvedení problémové či konfliktní situace přispívá k hlubšímu sebepoznání, změnám postojů. Psychodrama se věnuje významnému problému skupiny nebo člena. Terapeut a členové skupiny pomáhají ztvárnit problémovou situaci slovy, pohybem, prostorem i výrazem. Do scény může patřit i tělesný kontakt, který tvoří mocnou složku projevoání i podněcování emocí. Režisér

začleňuje do hry celou skupinu nebo tým pracuje s jedním klientem. Psychodrama umožňuje hlubší proniknutí pod povrch nebo pohled z hlubších stran, hlubší náhled, silnější odreagování nebo názornější učení (Kysučan, Kuja, 1999).

Psychodrama používá podle svého zakladatele J. L. Morena pět základních prostředků: jeviště, pacienta, jakožto hlavního protagonistu představujícího na jevišti především sebe samého, režiséra – terapeuta, pomocné herce a publikum (Pipeková, 2006).

V psychodramatu se uplatňují řada technik. Hraní vlastní role uvolňuje, člověk lépe poznává sám sebe. Při monologu vyjadřuje svůj vnitřní stav. Alter ego – druhé já – hraní pomocného herce vyjadřujícího „druhé já“ klienta. Výměnu rolí, kdy klient hraje konfliktní osobu ze svého okolí. Další technika je zrcadlo neboli portrétování klienta pomocnými herci (Müller, 2005).

Dramaterapie

Dramaterapie je záměrné použití dramatických a divadelních postupů, které evokují k prožívání emocí, k získání vnitřní harmonie. Pracuje s fantazií jedince. Při dramaterapii se mohou pacienti realizovat, vyzkoušet si řadu věcí resp. prožít sami sebe v situacích, do kterých by se asi nikdy nedostali, tzn. že dramaterapie je především o prožívání. Učí pěstování otevřenosti sebevědomí, odbourávání negativních postojů.

Cíl dramaterapie je zvyšování sociální interakce a interpersonální inteligence, získání schopnosti uvolnit se, zvládnutí kontroly svých emocí, změna nekonstruktivního chování, rozšíření repertoáru, rolí pro život, získání schopnosti spontánního chování, rozvoj představivosti a koncentrace, posílení sebedůvěry, sebeúcty a zvyšování intrapersonální inteligence, získání schopnosti poznat a přijmout svoje omezení i možnosti.

Jak uvádí Valenta (2001) dramaterapie je metoda pomáhající použitím dramatických (divadelních) postupů upravit psychické poruchy, sociální vztahy, důsledky tělesného nebo mentálního postižení. Slouží také k podpoře duševní i fyzické integrace, rozvoji slovní i mimoslovní komunikace a podněcuje osobnostní růst. Patří do širší chápané arteterapie a těsně souvisí s některými výchovnými postupy, zejména dramatickou výchovou (dramikou).

Teatroterapie

Teatroterapie jako vědecká disciplína se začala formovat v 80. letech 20. století, i když její kořeny sahají k prazákladům lidské společnosti. Jedná se o divadlo připravované a hrané převážně herci s handicapem. Teatroterapie se děje pod vedením odborníka (speciálního pedagoga, terapeuta, profesionálního herce či režiséra). Teatroterapií rozumíme celý složitý proces přípravy a interpretace divadelního představení, který zahrnuje nejen samostatné herce ale i scénáristi, dramaturgy, hudebníky, skladatele, zvukaře, osvětlovače, kulisy, malíře, švadleny. Účastníci terapeutického procesu se neustále dostávají do rozmanitých sociálních interakcí, musí řešit nové úkoly, musí zapojovat svoji fantazii a kreativitu.

Teatroterapeutické cíle můžeme vnímat ze dvou hledisek: z hlediska terapeutického a z hlediska uměleckého. Z hlediska terapeutického jde o dosažení divadelního tvaru a pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společenských i individuálně přijatelným směrem. Z uměleckého hlediska jde o určitý divadelní tvar, který je zpravidla prezentován veřejnosti (Polínek in Müller, 2005).

Muzikoterapie

Muzikoterapie je významnou částí pedagogicky využitelných terapeuticko-formativních přístupů – částí, která se primárně odlišuje svébytným terapeutickým používáním prostředků hudebního umění, tj. používání melodie, harmonie, rytmu, dynamiky, tempa apod. Je důležité, že již hudba sama o sobě působí bezprostředně a intenzivně na člověka. Hudba sama o sobě totiž používá jistého druhu zvuku, coby nositele jedinečných fyzikálních vlastností – vlastností přímo podněcujících základní psychické funkce (Valenta, Müller, 2003).

Pokud se vyjde z teze, že psychoterapeutické prostředky ovlivňují člověka hlavně prostřednictvím kvality prožitku, pak je hudba prostředkem z nejvýznamnějších. Aktivní muzikoterapie se většinou soustředí na práci s projevem vokálním a instrumentálním, ale pracuje i s řečovým, pohybovým, dramatickým či výtvarným projevem. Receptivní muzikoterapie se zase specializuje na poslech živě hrané nebo reprodukováné hudby (Valenta, Müller, 2003).

Muzikoterapii můžeme v určité rovině pohledu a při určité míře zjednodušení chápat jako dobře vedenou lekci hudební výchovy. Hudební výchova zasahuje celou psychiku jedince. Intenzivně rozvíjí zejména smyslové vnímání, estetické cítění, pohybovou činnost. Vede k soustředěné pozornosti, rozvíjí paměť a fantazii. Hudební výchova rozvíjí u lidí vnímání

rytmu, tempa, melodie, harmonie a také hudebního výrazu (Franiok in Pipeková, Vítková, 2001)

Hudba může být nasazena jako stimulátor aktivity, k uklidnění, k odstranění či zmírnění agrese, k odstranění napětí. Jiné formy muzikoterapie jsou používány u lidí s tělesným nebo duševním postižením. V psychice lidí může hudba pozitivně ovlivňovat, redukovat stavy úzkosti, povzbuzovat sebevědomí a celkové vyjadřovací schopnosti.

Při muzikoterapii je nejdůležitější výhodou nonverbální komunikace. Ale i při práci s klienty, kteří jsou schopni verbální komunikace, vidíme výhody – hudební rovina komunikace nabízí možnosti symbolického vyjádření pocitů. Pocity naplněné strachem a obranné pocity, jako je blízkost, kontakt nebo dotek, mohou být v hudební improvizaci znázorněny nejprve symbolicky – blízkost a vzdálenost ve vztahu k druhým lidem se tak stanou slyšitelné (Wehle in Pipeková, Vítková, 2001).

Jak uvádí Vítková a Pipeková (2001) vyšší frekvence ovlivňují část trupu, krku a hlavy osoby, nižší frekvence pak kyčle, nohy a mobilitu pánve. Velmi důležitou roli hrají nástroje vlastního těla např. tleskání, dupání, bouchání.

Biblioterapie

Biblioterapie je mezi bibliologickými vědami velmi mladou disciplínou. Jak uvádí Omasz Kruszewski (2008), že definic je mnoho, od velmi jednoduchých až po značně složité. Většinou se uvádí, že biblioterapie je využití literatury při léčbě osob s emocionálními problémy nebo osob psychicky nemocných. Zároveň by měla sloužit jako prostředek k rozvíjení lidské osobnosti. Hlavní náplní biblioterapie je dosažení změny u klienta, což zahrnuje vlastní pohled na sebe sama a získání nových dovedností, které mu pomáhají lépe zvládat životní problémy.

K biblioterapii můžeme použít nejen knihu ve smyslu prózy, ale i mnohé jiné prostředky - příručky, vademeka, poezii, alternativní materiály - multimédia, film, rovněž také vlastní tvorbu klientů - jejich básně, vyprávění, nahrané dramatické scénky apod. Proto se v odborné literatuře objevují termíny, které souvisejí s touto problematikou, a to poezioterapie, pohádkoterapie, literaturoterapie, čtenářská terapie a jiné. Na druhé straně však můžeme biblioterapii chápat jako součást arteterapie či kulturoterapie, ale pouze v tom případě, že každý psaný text budeme považovat za projev umění.

Biblioterapie napomáhá v oživení imunologického systému, a tím zaktivizování samoléčby, posílení radosti ze života, vytvoření si odstupů od vlastních problémů, pomoc při zbavování se strachu a úzkosti, zmobilizování aktivity a odvahy, podpora vnitřní spokojenosti a pohody, posílení víry ve vlastní sílu.

Poetoterapie

Poetoterapie je terapeutická metoda, která využívá prvky poezie za účelem navození žádoucího prožívání, chování a jednání klientů bez ohledu na jejich věk a pohlaví. Pod termínem poezie si představíme „*literaturu skládanou veršem, základní ráz básnického díla, básnickost, poetičnost, půvab a kouzlo*“, tak uvádí Akademický slovník cizích slov 1995.

Cílem poetoterapie je záměrné a cílevědomé terapeutické působení, které napomáhá ostatním arteterapeutickým disciplínám při zlepšení anebo úpravě psychosomatické anebo sociálně narušené složky osobnosti jedince. Poetoterapii můžeme podle počtu zúčastněných klientů, rozdělit na skupinovou nebo individuální skupinu (Svoboda in Müller, 2005).

Taneční terapie

Taneční terapie je aktivizačně-rehabilitační program, jedná se o cvičení na hudbu. Terapie je forma, při které se procvičují jednotlivé partie těla, koordinaci těla a paměť. Taneční terapie je založena na systému dechových cvičení a cvičení zlepšujících svalový tonus v oblasti páteře. Zároveň působí na činnost řídicích mozkových center, které udržují rovnováhu a koordinaci všech svalových skupin lidského těla. Taneční terapie může probíhat ve stoje i vsedě.

Cílem taneční terapie je prostor pro aktivní přístup ke svému fyzickému i psychickému zdraví, pohybovou aktivitou, která je pro pevné zdraví důležitá, motivaci a podnět k dalším souvisejícím aktivitám (péče o vzhled, docházení na terapii), pobyt na čerstvém vzduchu, komunikaci, trénink paměti, setkání s vrstevníky, navázání nových vztahů, náplň volného času, která je prevencí před depresemi a úzkostnými stavy, nové zážitky a vědomosti (Čížková, 2005).

2. 4. 5 Terapie s účastí zvířete

Mezi metodami praktikovanými ve speciálněpedagogické praxi zaujímá výjimečné postavení terapie s účastí zvířete. Může jít o jakákoli společenská zvířata, nejčastěji to jsou psi (canisterapie) a koně (hipoterapie). V obou případech pak mohou zvířata napomáhat psychické stimulaci, rozvoj sociální komunikace, jistému stupni samostatnosti a nezávislosti či uspokojování potřeby bezpečí a jistoty (Müller, 2005).

Canisterapie

Canisterapie se zabývá uplatněním psů v psychoterapii také u seniorů a lidí tělesně postižených. Canisterapie je označení způsobu terapie, při níž dochází k působení psa na člověka. Základem léčby je, že nejspolehlivějším a často jediným přítelem člověka v osamění a nemoci je zvíře. Vztah člověk - zvíře dokáže vyvolat pozitivní sociální a emoční terapeutické efekty, které mohou přispět ke zlepšení zdravotního stavu. Zvíře může měnit vnější podmínky a zvyšovat možnosti adaptace handicapovaných na mnoha úrovních. Role zvířete jako stabilního osobního společníka, partnera, má svoje typické rysy a uspokojuje některé ze základních psychických potřeb. Zvíře je prostředníkem, který napomáhá rozvoji v socializačních kompetencích, v oblasti emočního působení, zlepšuje se neverbální komunikace, schopnost empatie. Pes uspokojuje potřeby bezpečí a potřebu citové jistoty, pes je spolehlivý zdroj citových podnětů a trvalý zdroj citového uspokojení.

Pes pro canisterapii je speciálně vycvičen, aby postiženému pomáhal tam, kde to potřebuje, a tak mu umožnil nezávislost na jeho prostředí. Pes je parterem, který podporuje emoční jistotu postiženého, není kritický a přijímá svého pána takového jaký je, je vždy ochoten se pánovi věnovat, vyjadřuje svou radost u kontaktu s ním. Dále napomáhá zlepšení komunikace a sociální interakce podle schopností a možností jedince. Zvíře zvyšuje sebejistotu, funguje jako komunikační partner pozitivně a srozumitelně reagující a tím zvyšuje stupeň interakce mezi zdravými a nemocnými (Pipeková, Vítková, 2001).

Canisterapie může probíhat v různých formách. Mezi nejužívanější formy patří mazlení a hra se psem a výcvik psa. Jedná se buď o součásti tzv. Animal Asistend Activites, nebo o součásti Animal Asistend Therapy. Animal Asistend Activites je metoda, která je charakteristická tím, že nemá specifické cíle, jde o aktivity, které vyplývají spontánně z přítomnosti psa a také z požadavků klienta. Tato metoda se dělí na formy pasivní a interaktivní. U pasivní formy má

pes pozitivní vliv už jen svou přítomností a klient se o psa nemusí starat. Interaktivní forma má dva typy. Typ rezidentní, kdy pes v zařízení je přítomen neustále a klienti o psa pečují, nebo častější typ návštěvní, který je charakteristický tím, že pes dochází na terapie pravidelně v danou dobu. Canisterapie může mít formu individuální a skupinovou (Vrbová in Müller, 2005).

3. Stárnutí a stáří

Gerontologie je z řec. *geron* - stařec, *logos* – věda. Gerontologie je nauka o stárnutí a stáří, respektivně o problematice starých lidí a života ve stáří. Rozvíjí se hlavně v 2. pol. 20. stol., protože podíl starých lidí v populaci stoupá a z hlediska společnosti je třeba zajistit jejich potřeby, poskytnout pomoc, ale zároveň se snaží využít i kapacity stáří.

3. 1 Vymezení pojmů stáří a stárnutí

Definování stárnutí a stáří je velmi složité, žádná definice není absolutní a definitivní. V encyklopedickém slovníku (1993) je stárnutí definováno jako „přirozená degradace organismu po dovršení vývojové fáze (dospělosti, zralosti)“. Individuální involuční nevratný proces (u člověka obvykle po 30 letech života) je zřejmě v buňkách geneticky zakódován, ale je ovlivněn i životním (exogenním) prostředím. Proces stárnutí je zákonitý, je přirozeným jevem pro každého jedince, rodinu, komunitu a společnost. Je třeba zdůraznit, že stárnutí a stáří není nemoc, ale přirozený fyziologický proces. Nemoc a poruchy funkcí pouze stáří doprovází.

Pacovský (1990) rozlišuje fyziologický typ stárnutí, kdy stárnutí je normální součástí života zákonitou epochou jeho ontogeneze. Dále pak hovoří o patologickém stárnutí, kterým může být například stárnutí předčasné. Za patologické stárnutí pak považuje stárnutí u osob, jejichž kalendářní věk je nižší, než věk funkční. Stáří chápe jako závěrečnou etapu ontogenetického vývoje, která má stejně jako jiná vývojová stádia své specifické znaky odlišující ji od jiných životních etap. Stárnutí je podle něj vlastně cesta do stáří, přechodným vývojovým obdobím mezi dospělosti a stářím. Tvrdí, že oba jevy jsou geneticky dány, že podléhají formativním vlivům prostředí a vzniklé změny jsou neopakovatelné a nezvratné.

Podle Haškovcové (1990) je stáří přirozeným obdobím lidského života a je vztahováno k životnímu období dětství, mládí a k době zralosti. Je třeba si však uvědomit, že stáří není nemoc, ale přirozeným procesem změn, které trvají celý život, jsou však patrné až v průběhu pozdějšího věku.

Dále Kalvach (1997) uvádí, že stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování, změny sociálních rolí). Stáří se rozděluje z hlediska biologického (hypotetické označení míry involučních změn obvykle spojených se změnami způsobenými chorobami

typickými pro vyšší věk), sociálního (období vymezené kombinací sociálních změn nebo splněním určitého kritéria např. penzionování, které je spjato se změnou role, životního způsobu a ekonomického zajištění) a kalendářního (dosažení stanoveného věku, od něhož se obvykle nápadněji projevují involuční změny).

3. 2. Pojem senior

Pro označení člověka žijícího v období stáří nacházíme v odborné literatuře různé pojmy. Gerontologie pracuje nejčastěji s pojmem „gerent“, v psychologické literatuře se používají pojem „senescent“, jindy se hovoří o „starých“ nebo o „důchodcích“. Zejména označený „starý“ má negativní citové náklady. (Jarošová, 2006)

Pojem „senior“ se začal používat především proto, že je významně neutrální. Pro jeho kodifikaci ve vědách o výchově mluví to, že je myšleno to, že:

- je jasný a flexibilní,
- systémově navazuje na pojem sénium,
- je příznivě přijímán a používán i samostatnými účastníky vzdělávacích aktivit
- neexistuje jiné emočně nezatížené obecné označení pro člověka v celém věkovém období stáří.

3. 3 Členění a terminologie seniorského věkového období

- 60 – 74 let – rané stáří, starší věk, jednatlivec je označován jako starší člověk, z hlediska gerontagogiky hovoříme o mladých seniorech,
- 75 – 89 let – vlastní stáří, jednatlivec je označován jako starý člověk, v gerontagogice pak starý senior,
- 90 a více let – dlouhověkost, hovoříme o velmi starých seniorech.

Pro seniorské věkové období se také často používá termín „postproduktivní věk“, který byl přejet z ekonomické literatury. Z gerontagogického hlediska je však jeho používání považováno za neadekvátní. V novější sociologické literatuře se např. u Rabušice setkáváme s termínem ekonomicky postaktivní věk. Jako společný název pro životní období po 60. roku věku člověka se

vžilo spojení „třetí věk“ (např. univerzita třetího věku aj.). Tento termín vychází ze zjednodušeného členění lidského života na tři základní životní etapy, totiž dětství a mládí, dospělost a stáří. Tento termín se rozšířil a ujal také proto, že je eufemistickým (zjemňujícím) označením starých lidí a stáří. Totéž platí o termínu „čtvrtý věk“, který je označením pro období závislosti a osobní nesamostatnosti (Petřková, 2004).

3. 4 Biologické stáří

Proces biologického stárnutí je determinován genetickými dispozicemi, životním stylem a probíhá individuálně u každého jedince. Biologické stárnutí souvisí s pojmem biologický věk, kterého se užívá k označení celkového stavu lidského organismu. V užším slova smyslu se tímto pojmem označují veškeré vývojové změny organismu člověka probíhající na organické úrovni. Primárně přináší změny struktury (morfologie) a následné změny funkcí (zpomalování a úbytek) (Jarošová, 2006).

Základními fyzickými změnami ve stáří je podle Gregora (1990) opotřebování organismu, zpomalení metabolismu a pokles biologických adaptačních mechanismů. Biologické stáří se týká konkrétní míry involučních změn např. atrofie, pokles zdatnosti těla, změny regulačních a adaptačních mechanismů. Stanovení biologického stáří je velmi složité. Stanovit biologické stáří lze pomocí použití hodnocení funkčního stavu jedince k určité aktivitě nebo zdravotnickému výkonu.

3. 5 Sociální stáří

Kalvach (1997) definuje stáří jako období vymezení kombinací několika sociálních změn či splnění určitého kritéria – nejčastější penzionováním. Za sociální změnu je považován i odchod do důchodu.

Sociální stárnutí provází několik změn. Jednak je to odchod z aktivního pracovního života do starobního důchodu. Tento přechod je spojen s určitými změnami, které mohou prožívání člověka významně ovlivnit. Odchodem do důchodu se mění sociální role člověka. Končí role pracovní, dochází ke změnám v roli rodinných např. nová role prarodiče. S ukončením profese senioru se snižuje jeho autorita a společenské postavení. Důchodce bývá společností akceptován jako méně hodnotný, méně cenný z hlediska tohoto pojetí až nepotřebný (Jarošová, 2006).

3. 6 Psychologické stáří

Stejně jako dochází ve stáří k tělesným změnám, dochází také ke změnám v psychické oblasti. Tyto dvě stránky člověka spolu úzce souvisejí a vzájemně se ovlivňují. Do psychologického stárnutí tedy zahrnujeme všechny změny psychiky, které se s rostoucím věkem vyskytují stále častěji. Mezi psychickými změnami a projevy ve stáří existují individuální rozdíly podmíněné probíhající biologickou involucí (Jarošová, 2006).

Proces stárnutí je ovlivněn mnoha faktory např. genetickými, osobností jedince, jeho zdravotní historií, různými událostmi života. Haškovcová (1990) popisuje, že psychika starého člověka se většinou odvíjí od souborů vlivů, které vznikaly a na člověka působily již v dětství a po celý další život se utvářely, proplétaly a vzájemně na sebe působily. Všechny tyto životní zkušenosti a vlivy ovlivňují osobnost člověka, ale daná generace jej realizuje ve stejném společenském řádě.

3. 7 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří, tedy vymezení stáří podle věku jedince, lze určit podle nejrůznějších kritérií. Většinou je používáno vymezení stáří WHO. Toto vymezení vychází z přirozených 15 letých cyklů lidského života. Stáří lze dělit na několik fází, a to na:

- 60 – 74 let věků – stárnutí, časné stáří, senescence,
- 75 – 89 let věků – vlastní stáří, sénium,
- 90 a více let – dlouhověkost, patriarchium,

Vzhledem k demografickému vývoji stárnutí populace a ke zlepšování funkčního stavu ve stáří je možno kalendářní stáří členit i dalším způsobem, kdy věk vlastního stáří je oproti WHO poněkud posunut (Mühlpachr, Staníček, 2001).

- 65 – 74 let – mladí senioři,
- 75 – 84 let – starší senioři,
- 85 a výše let – velmi staří senioři,

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. Popis zaměření empirické části

4.1 Cíl šetření

Cílem této části mé bakalářské práce bylo zjistit pomocí dotazníkového šetření, do jaké míry jsou využívané speciálněpedagogické terapie u seniorů s tělesným postižením v domovech pro seniory. Zda sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách jsou informováni o jednotlivých terapiích a mají kvalifikaci na určitou terapii nebo alespoň zda mají možnosti kvalifikace.

4.2 Použité metody

Ke zjištění potřebných dat vedoucích k vyhodnocení mého šetření byla použita metoda dotazníkového šetření. Dotazník měl dohromady 17 otázek, z toho bylo sedm otázek s uzavřenými odpověďmi, kde respondenti odpovídali ANO – NE. Tři otázky byly výběrové – respondent má možnost vybrat si z více možností. Šest otázek bylo otevřených, kde respondenti mohly napsat svůj názor (zde nenavrhujeme respondentovi žádné odpovědi). Jedna otázka byla typu položky škálové, zvláště pak tzv. Likertovy škály, na kterých respondent zaznamenává stupeň svého souhlasu či nesouhlasu s výrokem té které položky (Chráska, 2000). Dotazníky byly vyplňovány zcela anonymně v domovech pro seniory, byly osobně doručeny po telefonické domluvě. Dotazníkové šetření proběhlo v únoru, trvalo v každém domově pro seniory celý týden.

4.3 Popis zkoumaného vzorku

Zkoumanými respondenty byli sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách v domovech pro seniory s tělesným postižením. Toto šetření bylo zaměřeno celkem na čtyři domovy pro seniory, které nalezneme v kraji Vysočina. Jedná se o Domov pro seniory ve Velké

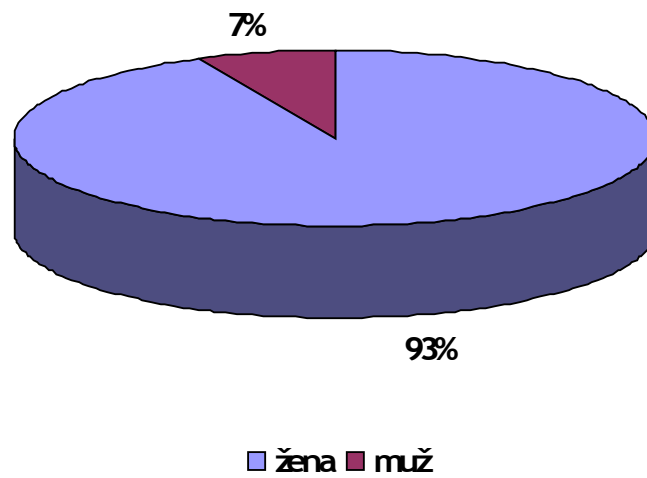
Bíteši, Domov pro seniory ve Velkém Meziříčí, Domov pro seniory v Náměšti nad Oslavou a Domov pro seniory Manželů Curierových v Třebíči. Dotazník vyplňovalo celkem 30 respondentů. Dotazovaní respondenti byli muži i ženy. V Domově pro seniory ve Velké Bíteši bylo vyplněno celkem 5 dotazníků, v Domově pro seniory ve Velkém Meziříčí 10 dotazníků, v Domově pro seniory v Náměšti nad Oslavou 8 dotazníků a v Domově pro seniory v Třebíči bylo vyplněno 7 dotazníků.

4. 4 Vyhodnocení dotazníků (dotazník viz příloha)

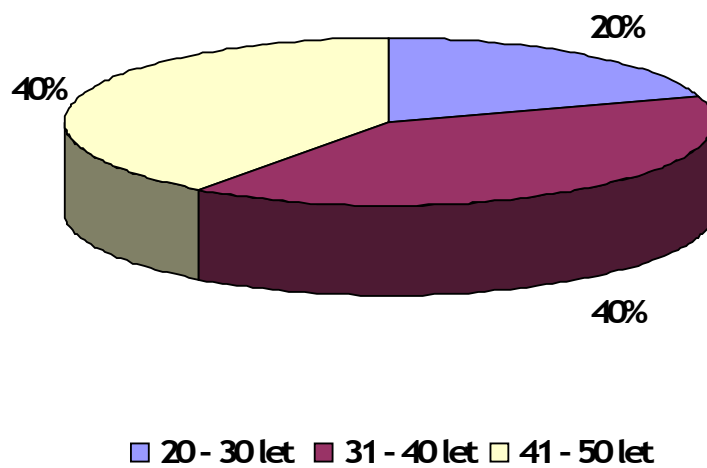
Otázka číslo 1

V této otázce jsme zjišťovali pohlaví a věk dotazovaných respondentů. Z třiceti dotazovaných sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách bylo 28 žen (93 %) a 2 muži (7 %). Tento výsledek potvrzuje skutečnost, že touto problematikou se nejčastěji zabývají ženy než muži. Druhá část této otázky byla zaměřena na věk dotazovaných respondentů. Respondenti se mohli zařadit neboli vybrat ze čtyř možností a) 20 – 30 let, b) 31 – 40 let, c) 41 – 50 let a d) 51 – 60 let. Z třiceti respondentů odpovědělo 12 (40%), že jejich průměrný věk je 41 – 50 let, 12 (40%) respondentů 31 – 40 let a nejméně zastoupení měla odpověď 20 – 30 let a to v 6 (20%). Zřejmě je to dáno tím, že se ženy mezi 20. až 30. rokem života, věnují spíše mateřským povinnostem a kariéra je u nich v tomto období až na druhém místě. Další možností je studium, v tomto případě ženy do práce nastupují až kolem 25. až 30. roku života.

Graf č. 1 Pohlaví respondentů

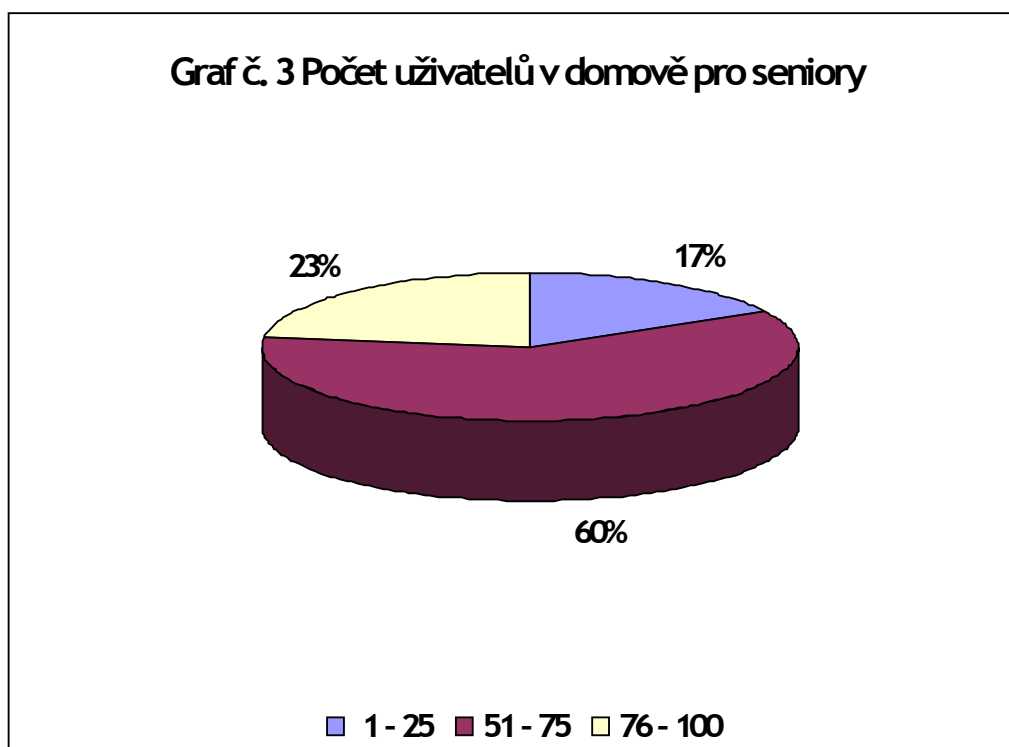


Graf č. 2 Věk respondentů



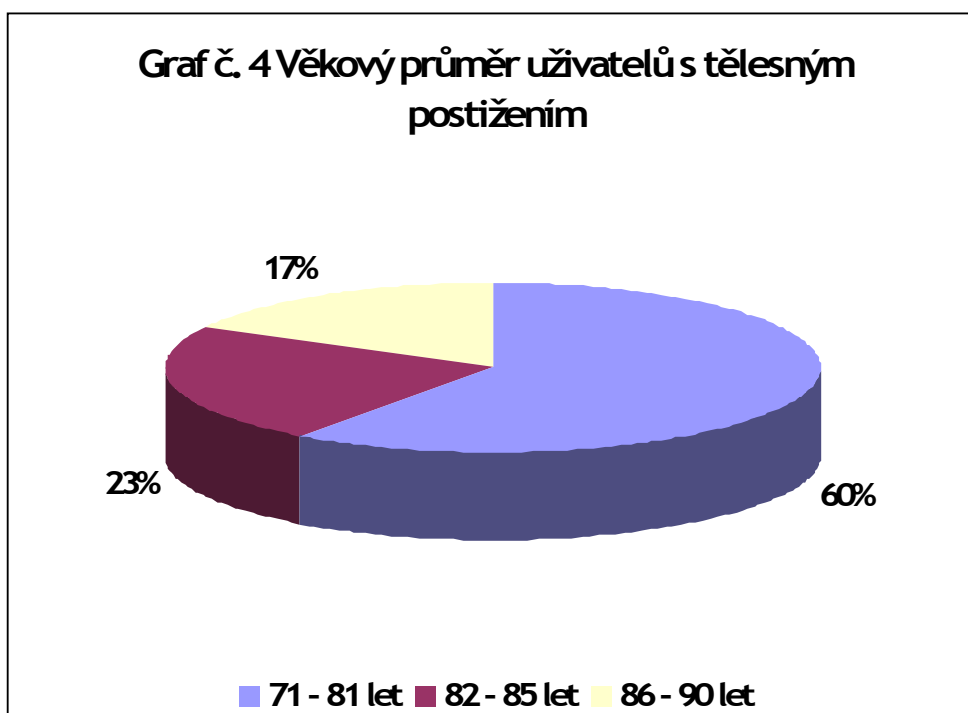
Otázka číslo 2

Tato otázka byla zaměřena na počet uživatelů s tělesným postižením v domovech pro seniory. Pro šetření jsme si vybrali tři domovy pro seniory, ve kterém mají větší celkový počet všech uživatelů, a proto byl i větší počet uživatelů s tělesným postižením. Ve čtvrtém zařízení byl celkový počet uživatelů poměrně nižší, proto jsme měli i odpovědi, že počet uživatelů s tělesným postižením se pohybuje mezi 1 – 25 uživateli. V odpovědích na otázku byly tyto možnosti a) 1 – 25 uživatelů, b) 25 -50 uživatelů, c) 51 – 75 uživatelů, d) 76 – 100 uživatelů nebo e) více jak 100 uživatelů. Na tuto otázku odpovědělo všech 30 respondentů. Na možnost počtu uživatelů b) 25 – 50 uživatelů a také možnost e) více jak 100 uživatelů odpovědělo 0 (0%) respondentů, na možnost a) 1 – 25 už odovědělo 5 (17%) respondentů, na možnost c) 76 – 100 odpovědělo 7 (23%) respondentů. Nejčastější odpovědí na tuto otázku byla tedy možnost, že v domově pro seniory žije 51 – 75 uživatelů, na kterou odpovědělo 18 (60%) respondentů.



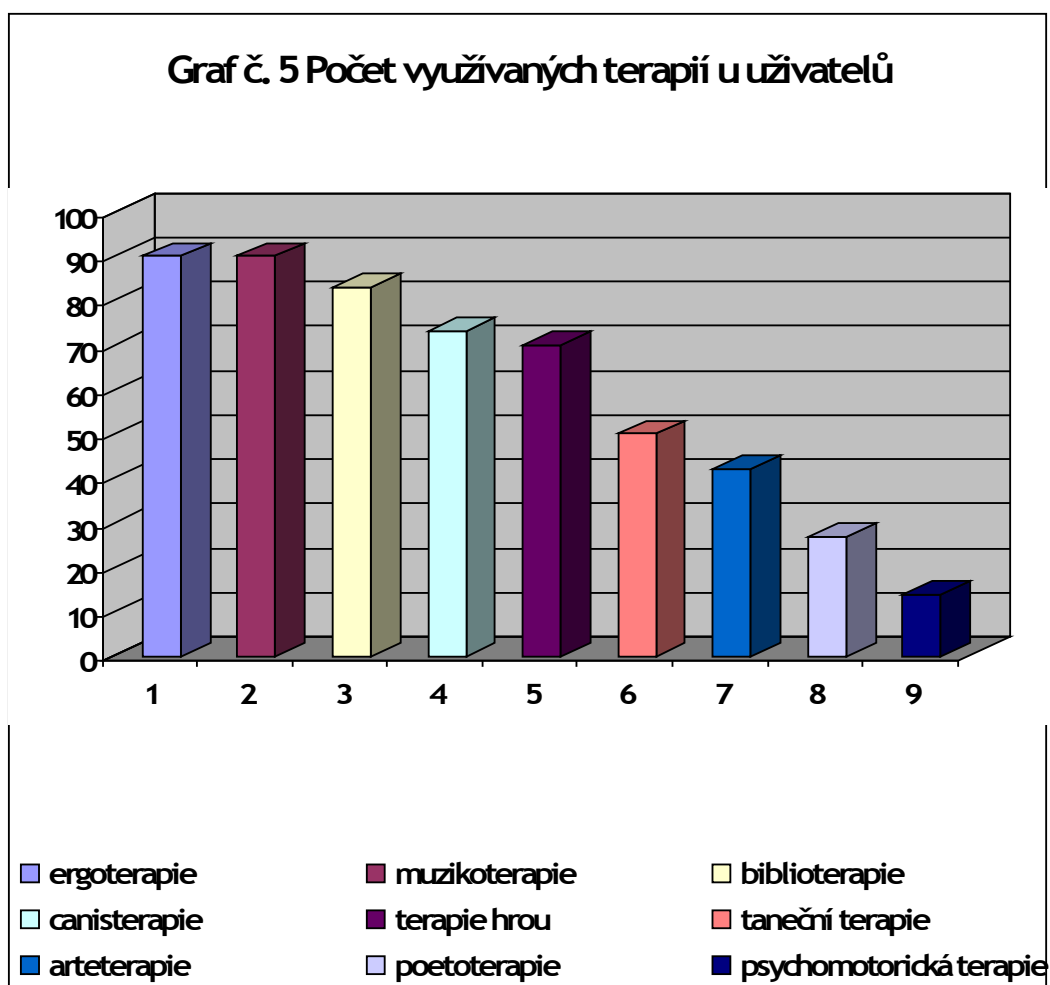
Otázka číslo 3

V této otázce jsme zjišťovali věkový průměr uživatelů s tělesným postižením v jednotlivých zařízeních. Jelikož se jednalo o uživatele z domovů pro seniory, ve kterých mohou být přijati občané, kteří dosáhli důchodového věku, a jejich zdravotní stav vyžaduje komplexní péči, se jejich věk nejčastěji pohyboval od 71 do 81 let. V této otázce byla také v 17% odpověď, že věk uživatelů je 85 – 90 let. Tato odpověď byla v domově pro seniory, který se nachází v nejmenším městě, ve kterém jsme šetření prováděli. Může to být dáno právě tím, že kolem tohoto města se nacházejí většinou vesnice a jak již je na venkově zvykem, že o své rodiče a prarodiče se snaží postarat příbuzní v domácí péči. Varianta, že senior využije službu domova pro seniory, bývá tehdy, když již rodina nemá možnost o tyto jedince pečovat, proto také věkový průměr v tomto zařízení je poněkud vyšší než v ostatních zařízeních od 85 do 90 let. Respondenti měli možnost výběr z pěti možností a) 61 – 70 let, b) 71 – 81 let, c) 82 – 85 let, d) 86 – 90 let, e) nad 90 let. Z třiceti respondentů odpovědělo 18 (60%), že průměrný věk jejich uživatelů je 71 – 81 let, dále 7 (23%) respondentů odpovědělo 82 – 85 let a posledních 5 (17%) respondentů odpovědělo, že průměrný věk jejich uživatelů je 86 – 90 let.



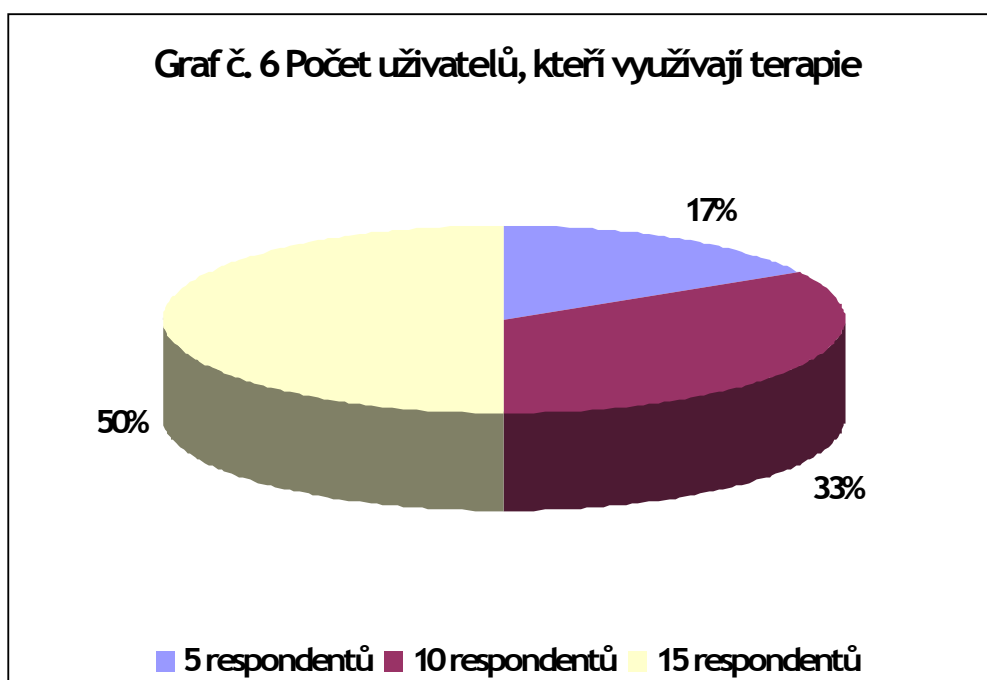
Otázka číslo 4

V otázce číslo 4 jsme se tázali, jaké speciálněpedagogické terapeutické přístupy využívají respondenti u seniorů s pohybovým postižením. Odpovědi, které jsme dostali, jen potvrzují skutečnost z předešlých otázek, že využívání speciálněpedagogických terapií záleží na věku uživatele a umístění zařízení. Z vyplněných dotazníků vyplynulo, že u těchto uživatelů jsou nejčastěji k dispozici terapie a to ergoterapie, muzikoterapie a biblioterapie, i když v nějakých domovech pro seniory se využívá poměrně často i canisterapie a terapie hrou. Respondenti měli na výběr z následujících možností: terapie hrou, ergoterapie, psychomotorická terapie, dramaterapie, psychodrama, teatroterapie, muzikoterapie, biblioterapie, taneční terapie, canisterapie, arteterapie a poetoterapie. Z třiceti odpovědí vyplynulo, že u seniorů s tělesným postižením se nejčastěji využívá v 27 (90%) ergoterapie, 27 (90%) muzikoterapie, 25 (83%) biblioterapie, 22 (73%) canisterapie, 21 (70%) terapie hrou, 15 (50%) taneční terapie, 14 (42%) arteterapie, 8 (27%) poetoterapie, 4 (14%) psychomotorická terapie.



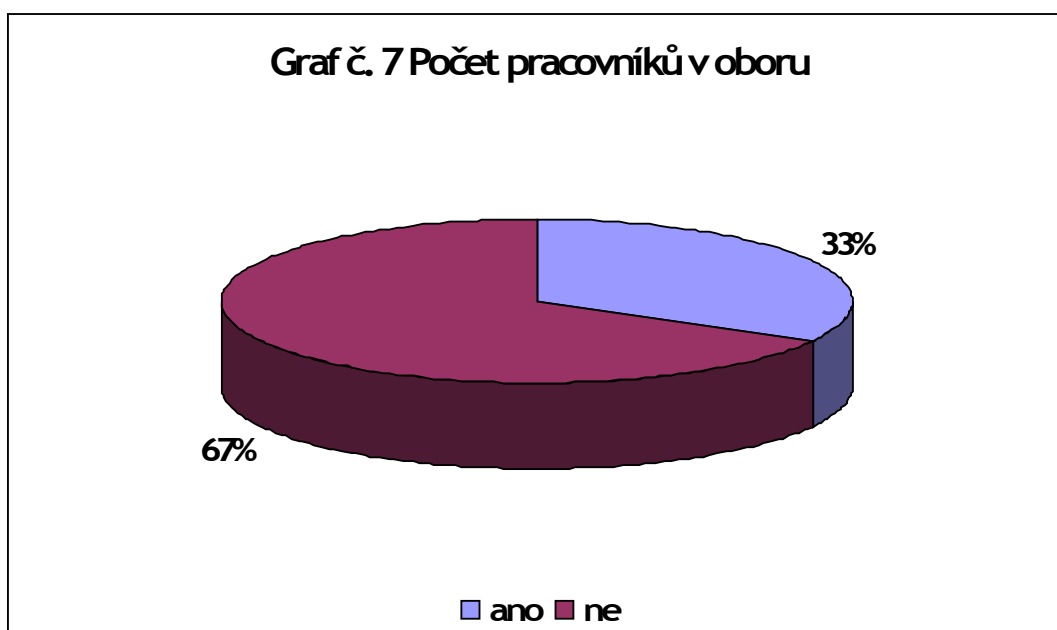
Otázka číslo 5

Tato otázka nepřímou navazovala na předchozí. Tázali jsme se, kolik seniorů s tělesným postižením v procentech využívá tyto speciálněpedagogické terapie. Odpovědi byly opět poměrně rozdílné. Zatímco v jednom domově pro seniory využívají speciálněpedagogické terapie velmi často, v druhých zařízeních terapie nejsou tak často využívány. Tyto odpovědi byly ovlivněny jak věkovým rozdílem uživatelů, tak věkovým rozdílem respondentů. Jelikož v zařízení, kde je menší počet uživatelů a zároveň i vyšší průměrný věk uživatelů, se terapie využívaly velmi málo. Může to být dáno právě tím, že tito uživatelé již nejsou natolik mobilní nebo soběstační, aby určité terapie mohli vykonávat. Respondenti měli na výběr a) 100%, b) 75%, c) 50%, d) 25%, e) 0%. Z třiceti respondentů odpovědělo 15 (50%) respondentů, že senioři s tělesným postižením využívají terapie v 75%, dále 10 (34%) respondentů odpovědělo, že terapie jsou využívány u seniorů v 50% a posledních 5 (16%) respondentů odpovědělo, že využití terapie u seniorů je 25%.



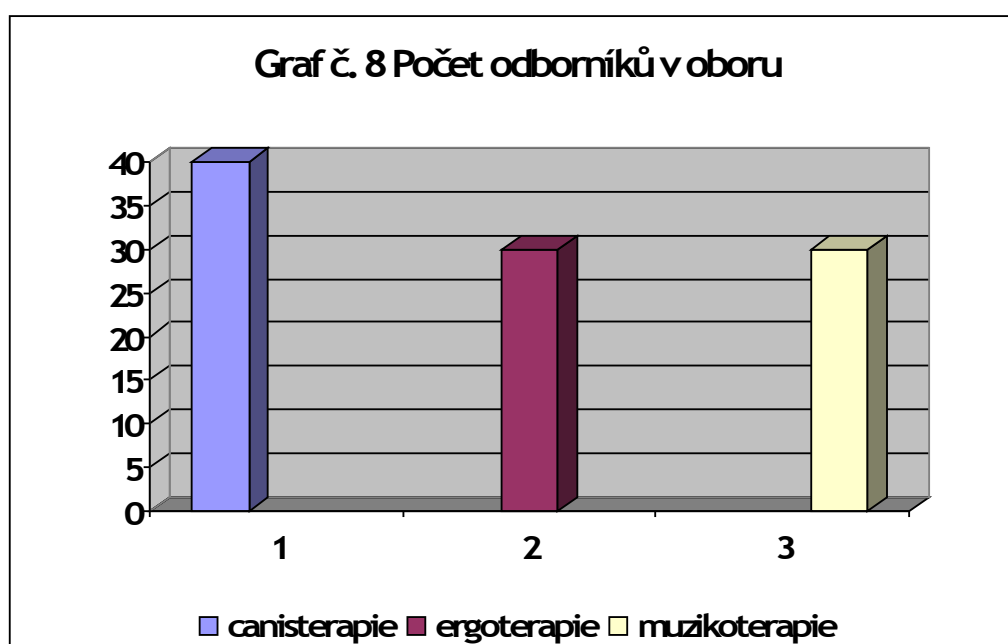
Otázka číslo 6

Tato otázka byla jako první zaměřená na pracovníky v domovech pro seniory. V dotazníku jsme se ptali, jestli mají v jejich zařízení nějakého pracovníka, který je odborníkem ve vedení speciálněpedagogických terapií. Opět se potvrdilo, že v zařízení, které se vyskytuje v menším městě, nemají žádného odborníka ve vedení některé terapie, ale zároveň tato otázka byla ovlivněna i věkovým průměrem respondentů. Jelikož jsme zjistili, již v první otázce, že 40% jsou respondenti ve věku 31 – 40 let a dalších 40% ve věku od 41 do 50 let a tudíž nedisponují žádnou kvalifikací k vedení terapie. Na výběr byly možnosti a) ano, b) ne. Z vyplněných dotazníků vyplynulo, že z třiceti odpovědělo 10 (33%) ano a 20 (67%) ne.



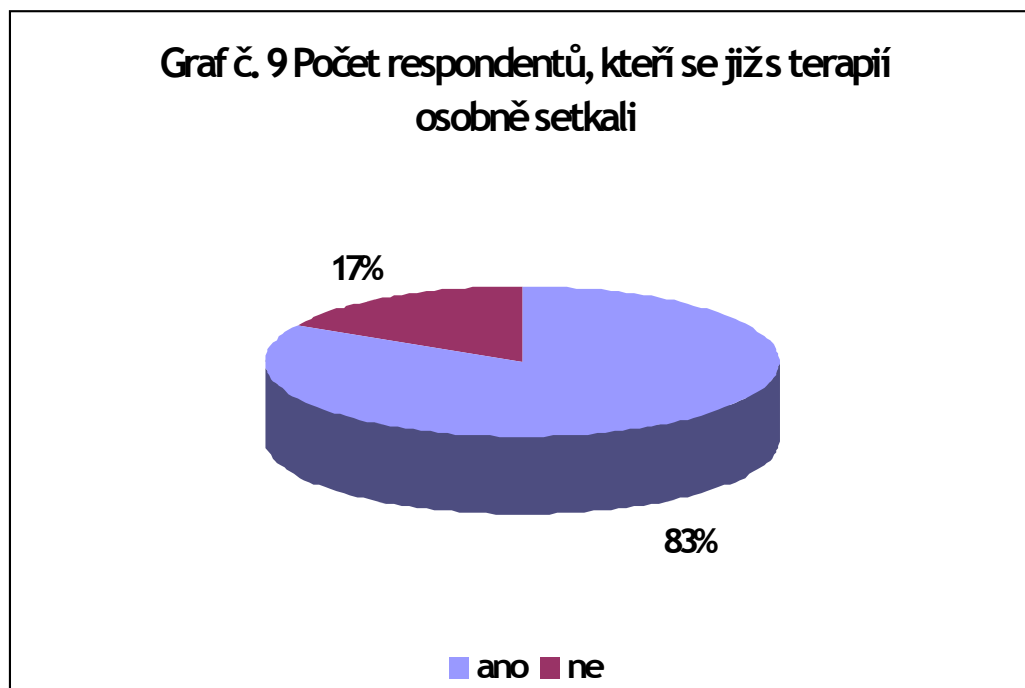
Otázka číslo 7

Otázka číslo 7 navazovala na předchozí otázku. V otázce číslo 6 jsme zjistili, jak jsme již uvedli, že kladně odpovědělo 10 respondentů. Tázali jsme se, jaké pracovníky neboli odborníky mají ve vedení některé speciálněpedagogické terapie. Z odpovědí vyplynulo, že v případě kladné odpovědi bylo uvedeno, které terapie se to týká. Z 10 kladně odpovězených otázek byly 4 (40%) canisterapie, 3 (30%) ergoterapie, 3 (30%) muzikoterapie. Tato otázka dále potvrzuje, že tyto druhy terapií se nejčastěji využívají u tělesně postižených seniorů.



Otázka číslo 8

V této otázce jsme se ptali, jestli respondenti se osobně již setkali s nějakou speciálněpedagogickou terapií. Odpovědi pro nás byly poměrně překvapivé z důvodu vysokého počtu kladných odpovědí. Zde bychom mohli konstatovat, že tato otázka není nějak ovlivněna věkem jak respondentů, tak i uživatelů a ani umístěním domova pro seniory. Na výběr měli ze dvou možností a) ano, b) ne. Z výsledků dotazníku vyplynulo, že z třiceti respondentů se již se speciálněpedagogickou terapií osobně setkala 25 (83%) a 5 (17%) respondentů se ještě s terapií osobně neseťkalo.

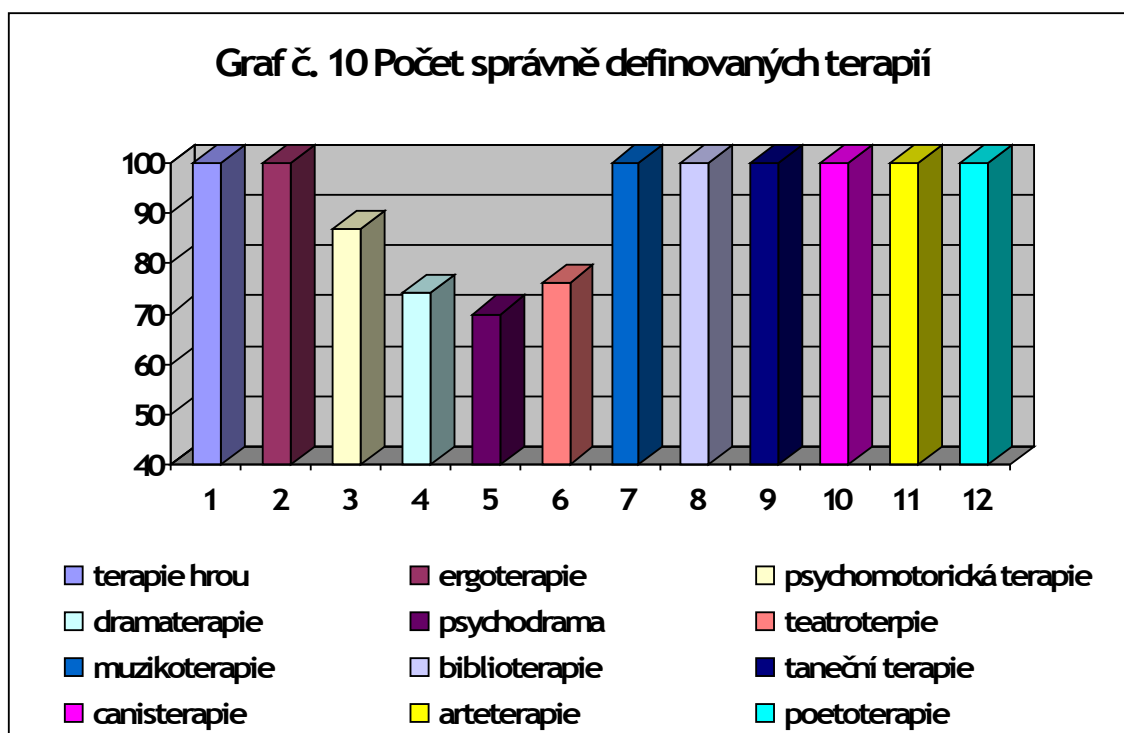


Otázka číslo 9

Tato otázka navazovala na otázku číslo 8. Vycházím z odpovědí předchozí otázky, kde jsme zjistili, že 25 (83%) respondentů se již osobně setkalo s nějakou terapií. Odpovědi dotazovaných celkem překvapily. Spíše jsme předpokládali převahu záporných odpovědí, když v otázce šest bylo v 67% záporných odpovědí. Podle našich zkušeností z praxe jsme se shodli s těmito odpověďmi, nýbrž při rozhovorech na praxi se většina pracovníků setkala právě nejčastěji s těmito terapiemi osobně. A tudíž z těchto 25 respondentů se nejčastěji setkalo s ergoterapií, arteterapií, muzikoterapií, taneční terapií, biblioterapií a canisterapií.

Otázka číslo 10

Uměli byste tyto terapie stručně vysvětlit nebo alespoň napsat čím se zabývají? Na tuto otázku jsme se ptali v položce číslo 10. Odpovědi ukázaly, že respondenti umí vysvětlit jednotlivé terapie nebo alespoň ví, čím se tyto terapie zabývají. Může to být dáno právě tím, že každý pracovník by měl vědět, jaké služby jejich domov pro seniory nabízí uživatelům a zároveň by měl být informován, o čem tyto služby pojednávají. Terapie, kde respondenti nevěděli, čím se zabývají, byly většinou ty, které se v zařízení nezprostředkovávají. Odpovědi ukázaly, že z třiceti respondentů umí 30 (100%) vysvětlit, nebo alespoň ví, čím se zabývá pojem terapie hrou, ergoterapie, muzikoterapie, biblioterapie, taneční terapie, canisterapie, arteterapie a poetoterapie. Dále odpovědi dotazníků ukázaly, že psychomotorickou terapii umí vysvětlit z třiceti respondentů 26 (87%), teatroterapii 23 (76%) respondentů, dramaterapii 22 (74%) respondentů a psychodrama 21 (70%) respondentů.



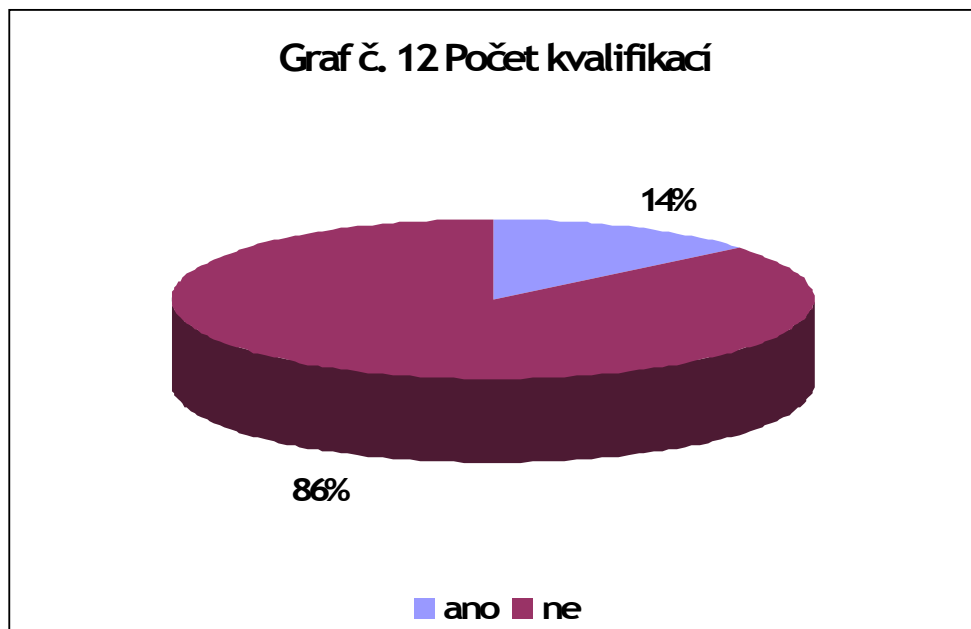
Otázka číslo 11

V následujících třech otázkách jsme se v našem dotazníku zaměřili na kvalifikaci u respondentů. V této otázce jsme se tázali, jestli respondenti mají možnost se kvalifikovat na určitou speciálněpedagogickou terapii. Nějaké záporné odpovědi jsme čekali, avšak zdaleka tak vysoké číslo ne. Vzhledem k tomu, že jsme předpokládali, že respondenti pracují v blízkém kontaktu s těmito lidmi, budou mít více možností ze strany zaměstnavatele ke kvalifikaci. Bylo by na místě, kdyby respondenti měli ze své strany osobní zájem se kvalifikovat. Byly možné 2 odpovědi a to buď a) ano, nebo za b) ne. V tomto případě z třiceti respondentů odpovědělo 5 (17%) kladně a většina odpovědí byly záporné počtem 25 (83%).



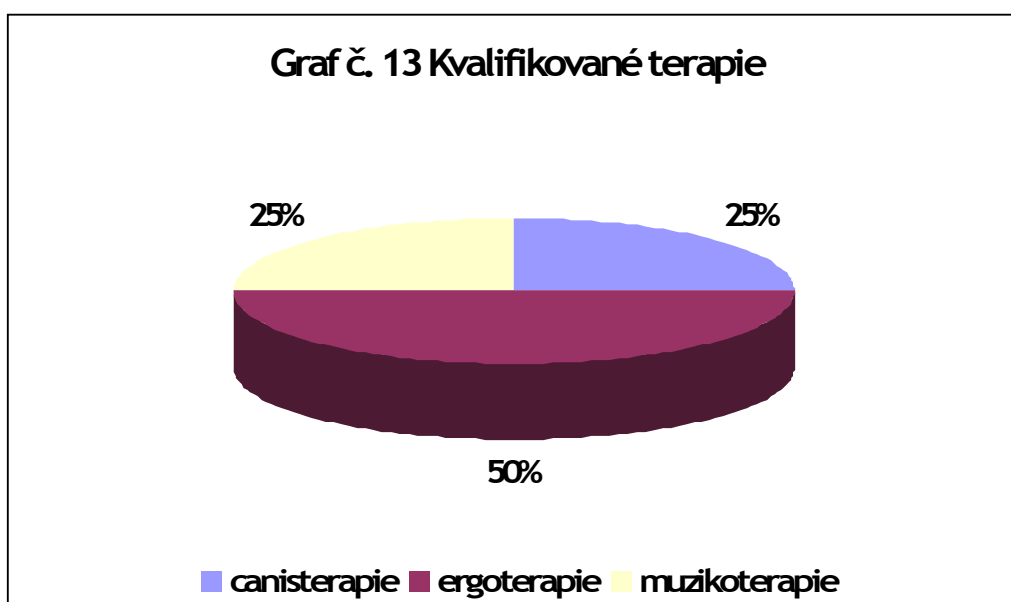
Otázka číslo 12

V této otázce jsme se ptali přímo každého respondenta, jestli má nějakou kvalifikaci na určité terapii. Odpovědi jsme již po předchozí otázce předpovídali a tušili jsme, jak šetření dopadne. Může to být dáno právě tím, že věk respondentů je většinou od 31 do 50 let a v tomto věku u většiny lidí již klesá zájem o další kvalifikace a možnosti se více vzdělávat, a proto bylo spíše více záporných odpovědí. Respondenti měli možnost výběru ze dvou odpovědí a) ano, b) ne. Z třiceti respondentů odpovědělo, že již 4 (14%) mají určitou kvalifikaci a 26 (86%) respondentů odpovědělo záporně.



Otázka číslo 13

Tato otázka navazuje na předchozí otázku. Byla určena pouze těm respondentům, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně, tudíž již mají nějakou kvalifikaci na určitou terapii. Zajímalo nás, které terapie se to týká. Vycházíme z odpovědí, že již kvalifikaci mají 4 respondenti a z těchto čtyř respondentů vyplynulo, že 1 má kvalifikaci na canisterapii 2 na ergoterapii a 1 na muzikoterapii. Tento výsledek šetření svědčí o tom, že tyto druhy terapií jsou nejvíce využívané, tudíž je i nejvíce kvalifikovaných terapeutů.



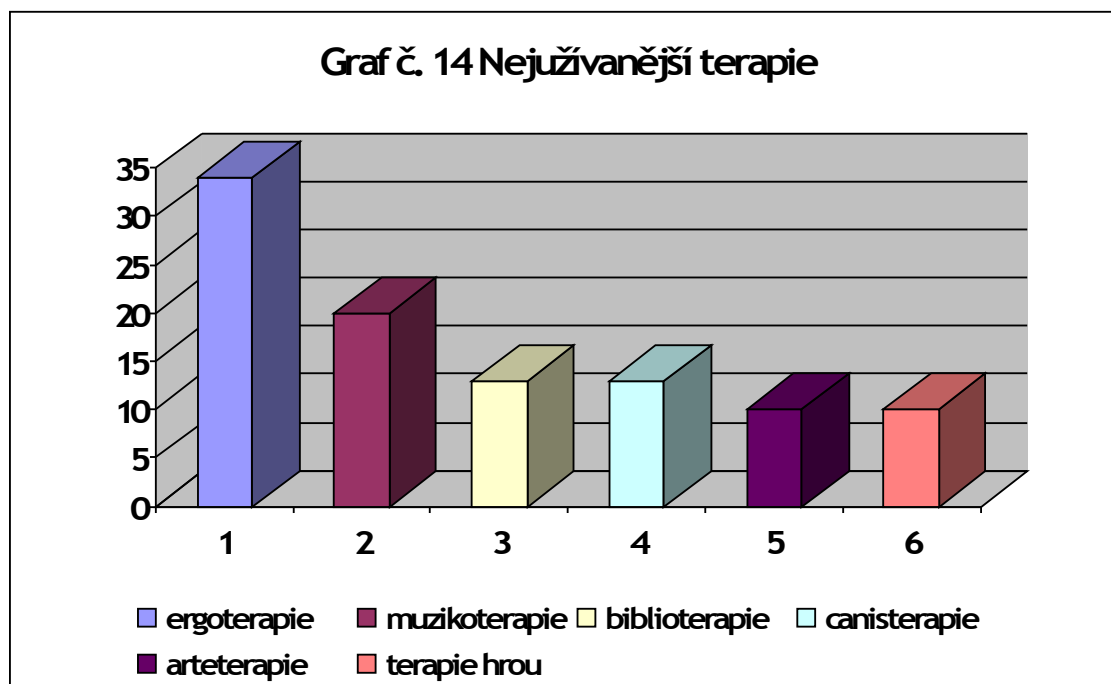
Otázka číslo 14

V otázce číslo 14 jsme položili respondentům otázku, aby se zamysleli nad jednotlivými terapiemi a odpověděli každý za sebe, která terapie je vhodná pro uživatele s tělesným postižením. Tato otázka byla položena respondentům formou škálovou, takže si mohli vybrat u každé terapie z pěti možností. Odpovědi, které jsme dostali, jen potvrzují skutečnost, že respondenti vědí, jaké terapie jsou u seniorů vhodné či ne. Tuto odpověď zodpovědělo všech třicet respondentů. Odpovědi u muzikoterapie, ergoterapie a canisterapie byly stejné. Všechny 30 (100%) respondentů se vyjádřilo, že tyto terapie jsou u těchto uživatelů vhodné. Dále u biblioterapie, taneční terapii a terapie hrou 27 (90%) respondentů odpovědělo, že jsou vhodné a 3 (10%) respondenti je pokládali

za nevhodné. Co se týče terapie psychomotorické, arteterapie a poetoterapie, zde 10 (34%) respondentů mělo kladný názor na tyto terapie a 20 (66%) respondentů záporný. Poslední tři terapie psychodrama, dramaterapie a teatroterapie byly u 26 (87%) respondentů označeny za nevhodné terapie u uživatelů s tělesným postižením a 4 (13%) respondenti označili tyto terapie za méně vhodné.

Otázka číslo 15

V otázce číslo 15 jsme se ptali respondentů, které terapie jsou uživateli nejčastěji využívány. Tato otázka byla otevřená, takže respondenti mohli napsat jakoukoliv terapii. Odpovědi ukázaly, že uživatelé s tělesným postižením mají největší zájem o ergoterapii, muzikoterapii, biblioterapii a canisterapii. Může to být dáno právě tím, že nemají až tolik možností výběru z jiných terapií, a proto jsou tyto terapie nejvíce využívány. Na tuto otázku odpovědělo třicet respondentů. Z odpovědí vyplynulo, že 10 (34%) respondentů odpovědělo, že nejčastěji žádaná terapie u těchto uživatelů je ergoterapie, druhou žádanou terapií je muzikoterapie, zde odpovědělo 6 (20%) respondentů. Na terapie biblioterapie a canisterapie byly odpovědi 4 (13%) respondentů, a arteterapie a terapie hrou byly odpovědi 3 (10%) respondentů.



Otázka číslo 16

V předposlední otázce jsme zjišťovali, jestli uživatelé s tělesným postižením mají zájem o jiný druh terapie, který se v zařízení nezprostředkovává. Byly možné 2 odpovědi a to buď a) ano, nebo za b) ne. Na tuto otázku odpovědělo všech třicet respondentů. Odpovědi byly všech 30 (100%) respondentů stejné a to záporné. Zde však zůstává otázka, jestli je seniorům s tělesným postižením nabídnuta i jiná terapie, kterou toto zařízení nezprostředkovává. Jelikož ve většině případů uživatelé nevědí, že existují jiné terapie a tudíž se jich nedožadují.



Otázka číslo 17

V závěrečné poslední otázce jsme navazovali na předchozí otázku. Ptali jsme se, o jaký druh terapie jde. Jelikož všichni respondenti odpověděli záporně, tudíž tato otázka nebyla vyplněna.

4. 5 Závěr šetření

V této druhé části bakalářské práce se v jejím úvodu věnujeme popisu metodiky práce a zvolené výzkumné metodě. Součástí této kapitoly je i detailní rozbor zkoumaného vzorku. Nejvíce času jsme věnovali zpracování a vyhodnocení vyplněných dotazníků. Ke zjištění potřebných dat vedoucích k vyhodnocení našeho šetření byla použita metoda dotazníkového šetření. Tímto jsme měli zjistit a porovnat postoje, do jaké míry jsou využívány speciálněpedagogické terapie u seniorů s tělesným postižením. Zda sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách jsou informováni o jednotlivých terapiích a mají možnosti kvalifikace.

Dotazníkovým šetřením byly zjištěny následující skutečnosti. Bylo vyhodnoceno sedmáct dotazníkových položek, které byly předloženy třiceti respondentům. Po zpracování a vyhodnocení výsledků jsme zjistili, že terapie u tělesně postižených seniorů jsou 75% seniory využívány. Nejčastěji jsou těmito uživateli využívány ergoterapie a muzikoterapie. Méně žádaná, ale i přesto využívaná je canisterapie, taneční terapie a biblioterapie. Ukázalo se také, že většina respondentů se již osobně setkala s nějakou speciálněpedagogickou terapií, týkalo se to zejména ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, taneční terapie, biblioterapie a canisterapie. Z tohoto výsledku a zároveň z dalších otázek vyplynulo, že většina respondentů uměla vysvětlit nebo věděla, čím se jednotlivé speciálněpedagogické terapie zabývají. Tudíž bychom mohly říci, že respondenti byli dostatečně informováni o jednotlivých terapiích. I přesto, že většina respondentů byla dobře informovaná, bylo v zařízení velmi málo odborníků ve vedení nějaké speciálněpedagogické terapie. A když ano, týkalo se to ergoterapie, muzikoterapie a canisterapie. Co se týče možnosti kvalifikace na speciálněpedagogickou terapii má možnost pouze 17% respondentů. Tudíž kvalifikaci má pouze 14% dotazovaný, a týká se to canisterapie, ergoterapie a muzikoterapie.

Ukázalo se také, že respondenti považují za nejvhodnější terapii pro seniory s tělesným postižením muzikoterapii, ergoterapii a canisterapii, méně vhodnější je biblioterapie, taneční terapie a terapie hrou. Za nejméně vhodné byly označeny terapie psychodrama, dramaterapie a teatroterapie.

Dotazník také ukázal, že nejčastější žádanou terapií od uživatelů je ergoterapie, muzikoterapie, canisterapie a biblioterapie. Překvapující bylo to, že všech 100% dotazovaných respondentů se shodlo, že uživatelé nemají zájem o jiný druh terapie, který se již v zařízení nezprostředkovává.

Myslím si, že naše závěrečná práce může sloužit pracovníkům, kteří se seniory s tělesným postižením pracují a kteří se díky této práci mohou například dozvědět, které speciálněpedagogické terapie se u těchto uživatelů využívají. V neposlední řadě může být práce určena rodinám,

které pečují o seniory v domácím prostředí a chtějí se více dozvědět o této problematice.

Na závěr shrnutí můžeme konstatovat, že cíle práce, které jsme si v úvodu zadaly, jsme úspěšně splnili.

4. 6 Návrhy pro praxi

Po zpracování a vyhodnocení výsledků jsme zjistili, že zřejmě největší problém ve speciálněpedagogických terapiích u seniorů s tělesným postižením není ani tak malý zájem o možnost se kvalifikovat, nýbrž nedostatek v možnosti se kvalifikovat na speciálněpedagogickou terapii. Jsme tedy přesvědčeni o důležitosti pomoci při kvalifikaci na určitou terapii, např. že by sám zaměstnavatel se snažil zprostředkovávat respondentům jednotlivé kvalifikace v rámci zaměstnání a nebo alespoň nabídl respondentům možnost se kvalifikovat v jiných zařízeních, které tyto kvalifikace zprostředkovávají. Tímto by zařízení získalo větší možnost nabídky terapií pro seniory s tělesným postižením.

Druhý problém jsme shledali v nedostačující informovanosti uživatelů o jednotlivých terapiích. Navrhovali bychom pomoc při informování tělesně postižených seniorů prostřednictvím dobrovolníků nebo návštěvu odborníka, který se zabývá určitou terapií a osobně by informoval seniory s tělesným postižením. Tím by se uživatelům dostalo většího přehledu a představy o jednotlivých terapiích a možná by začali využívat i terapie, které nebyly dosud tolik využívané. Otázkou zde zůstává, jestli by senioři s tělesným postižením měli o tuto novou aktivitu zájem.

Závěr

Hlavním cílem naší bakalářské práce bylo u tělesně postižených seniorů zjistit, do jaké míry jsou využívané speciálněpedagogické terapie u seniorů s tělesným postižením. Zda sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách jsou informováni o jednotlivých terapiích a mají možnosti kvalifikace. Ke splnění stanoveného cíle jsme použili metodu dotazníkového šetření.

Práce je rozdělena na dvě základní části, a to teoretickou a praktickou. V první části bakalářské práce jsme teoreticky zpracovali základní informace o tělesném postižení, něco málo o speciálněpedagogických terapiích, které se mohou používat u seniorů s tělesným postižením a na závěr této části se věnujeme základním vymezením stáří a stárnutí, dále se zabývám pojmem senior, členěním a terminologií seniorského věkového období, biologickým stářím, sociálním stářím, psychologickým stářím a kalendářním stářím.

Následuje nejdůležitější část naší bakalářské práce, a to část praktická. V jejím úvodu jsme popsali metodiku práce, použité metody, popis zkoumaného vzorku a vyhodnotili jsme získaná data z vyplněných dotazníků. K posledním kapitolám patří shrnutí celé práce a její případný přínos pro praxi.

Nejvíce času jsme věnovali zpracování a vyhodnocení vyplněných dotazníků. Tímto jsme měli zjistit cíle, které jsme si stanovili už na začátku bakalářské práce. Dotazníkovým šetřením byly zjištěny následující skutečnosti. Bylo vyhodnoceno sedmnáct dotazníkových položek. U většiny z odpovědí jsme zjistili, že terapie u tělesně postižených seniorů jsou 75% seniory využívány. Dalšími cíli, jak jsme se zmínili již výše, bylo zjistit informovanost a možnosti kvalifikace u sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že většina respondentů je dostatečně informována, ale mají velmi malé možnosti kvalifikace.

Ohlédneme-li se za naši práci, můžeme konstatovat, že splnila svůj účel a cíl, který byl námi zadán na začátku. Podařilo se nám vytvořit dotazník, po jehož vyplnění respondenty a naším následným zpracováním jsme získali obraz o zkoumané skutečnosti.

Zpracování celé práce, nebylo jednoduché, jelikož jsme neměli žádnou zkušenost ve zpracovávání dotazníků. Někdy bylo poměrně náročné držet se našeho tématu a zařazovat podstatné myšlenky a ty nepodstatné vygenerovat. I přesto všechno byla práce na toto téma pro nás zajímavá a přínosná.

Seznam použité literatury

BLAHUTKOVÁ, M. *Psychomotorika*. 1. vyd. Brno : Masarykova Univerzita, 2003. 92 s. ISBN 80-210-3067-4

BRADNOVÁ, H. *Encyklopedický slovník*. 1. vyd. Praha : Adeon, 1993. 1037 s. ISBN 80-207-0428-8

ČÍŽKOVA, K. *Tanečně-pohybová terapie*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. 119 s. ISBN 80-7254-547-7

DOSTÁLOVÁ, Š. Arteterapie. In PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2.vyd. Brno : PAIDO, 2001. 105-115 s. ISBN 80-7315-010-7

ELS, E. *Ortopedie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha : SPN, 1986. 181 s.

GREGOR, O. *Stárnout to je kumšt*. 2. vyd. Praha : Olympia, 1990. 94 s.

GRUBER, R., LENDL, E. Teoretická východiska. In VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 1. vyd. Brno : Paido, 1999. 11 -36 s. ISBN 80-85931-69-9.

HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*. Praha : Panorama, 1990. 407 s. ISBN 80-703-8158-2

CHRÁSKA, M. *Základy výzkumu v pedagogice*. Olomouc : UP, 2000. 258 s. ISBN 80-7067-287-0

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha : Triton, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, 2006. 96 s. ISBN 80-7368-110-2

KALVACH, Z. a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. 1. vyd. Praha : Karolinum 1997, 193 s. ISBN 80-7184-366-0

KAPOUNEK, B. a kol. *Ortopedie a neurologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha : SPN, 1989. 160 s.

KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. 2. vyd. Brno : Paido, 2000. 94 s. ISBN 80-85931-88-5.

KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2006. 54 s. ISBN 80-244-1552-6

KRAUS, J., ŠANDERA, O. *Tělesně postižené dítě*. 1. vyd. Praha : SPN, 1964. 178 s.

KUBÁT, R. *Ortopedické vady u dětí a jak jim předcházet*. 1. vyd. Praha : H+H, 1992. 74 s.

KUBÁT In VÍTKOVÁ, M. *Paradigma somatopedie*. 1. vyd. Brno : Pedagogická fakulta MU, 1998. 32 s. ISBN 80-210-1953-0.

KYSUČAN, J., KUJA, J. *Kapitoly z teoretických základů speciální pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc : UP, 1999. 99 s. ISBN 80-7067-677-9

LESNÝ, I., ŠPITZ, J. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha : SPN, 1987. 229 s. ISBN 80-05-22922-0

MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální*. 1. vyd. Brno : PdF MU, 1994. 199 s. ISBN 80-210-1009-6.

MÜHLPACHR, P., STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1.vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2001. 115 s. ISBN 80-210-2510-7

MÜLLER, O. a kol. *Speciálněpedagogické terapie pro výchovné pracovníky*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2006. 51 s. ISBN 80-244-1205-5

MÜLLER, O. *Terapeuticko-formativní přístupy ve speciální pedagogice*. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., a kol. *Speciální pedagogika*. 3. vyd. Olomouc : UP, 2005. 59-72 s. ISBN 80-244-1073-7

MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1.vyd. Olomouc : UP v Olomouci, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3

PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-0076-8

PETRÁČKOVÁ, V. *Akademický slovník cizích slov (II díl)*. Praha : Academia, 1995. ISBN 80-200-0524-2

PETŘKOVÁ, A. *Gerontagogika – úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2004. 92 s. ISBN 80-244-0879-1. (brož.)

- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vyd. Brno : Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0
- PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2.vyd. Brno : PAIDO, 2001. 165 s. ISBN 80-7315-010-7
- POLÍNEK, M. D. Teatrot terapie. In MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1.vyd. Olomouc : UP v Olomouci, 2005. 137-148 s. ISBN 80-244-1075-3
- PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy*. Praha : Grada, 1999. 479 s. ISBN 80-716-9766-4
- RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedie – Andragogika*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2006. 37 s. ISBN 80-244-1203-9
- RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2002. 87 s. ISBN 80-244-0532-6
- SVOBODA, P. Poetoterapie. In MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1.vyd. Olomouc : UP v Olomouci, 2005. 151-167 s. ISBN 80-244-1075-3
- ŠICKOVÁ, J. Arteterapie. In MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1.vyd. Olomouc : UP v Olomouci, 2005. 42-98 s. ISBN 80-244-1075-3
- VALENTA, M. *Dramaterapie*. 2. vydání Praha : Portal, 2001. 150 s. ISBN 80-7178-586-5
- VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O. *Psychopedie*. Kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných. 1.vyd. Olomouc : Netopejř, 1997. 193 s. ISBN 80-902057-9-8
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 1.vyd. Praha : Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2
- VÍTKOVÁ, M. *Paradigma somatopedie*. 1. vyd. Brno : Pedagogická fakulta MU, 1998. 140 s. ISBN 80-210-1953-0.
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 1. vyd. Brno : Paido, 1999. 302 s. ISBN 80-85931-69-9.
- VÍTKOVÁ, M. Somatopedie. Klasifikace pohybových vad. In PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vyd. Brno : Paido, 2006. 169 s. ISBN 80-7315-120-0

VRBOVÁ, J. Canisterapie. In MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1.vyd. Olomouc : UP v Olomouci, 2005. 286-293 s. ISBN 80-244-1075-3

WEHLE, P. Muzikoterapie. In PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2.vyd. Brno : PAIDO, 2001. 27 - 52 s. ISBN 80-7315-010-7

ZVOLSKÝ, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. Praha : Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2003. 192 s. ISBN 80-7184-690-2

Časopis

KRUSZEWSKI, O. Biblioterapie. Léčba četbou. *Čtenář*. 2008, roč. 6-7, č. 8, s. 10.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách
(prázdný formulář)

Příloha č. 2: Dotazník pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách
(vyplněný formulář)

Příloha č. 1:

Dobrý den,

do rukou se Vám dostává dotazník, jehož cílem je zjistit možnosti speciálněpedagogických terapií u seniorů s tělesným postižením. Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity pro zpracování své bakalářské práce.

Předem děkuji za spolupráci.

DOTAZNÍK:

Prosím, správné odpovědi zakroužkujte.

1. Pohlaví:

Muž

Žena

Věk:

20 – 30 let

31 – 40 let

41 – 50 let

51 – 60 let

2. Kolik máte ve Vašem zařízení uživatelů s tělesným postižením?

1 – 25

26 – 50

51 – 75

76 -100

více jak 100

3. Jaký je asi věkový průměr uživatelů s tělesným postižením Vaší služby?

61 - 70 let

71 – 81 let

82 – 86 let

86 – 90 let

nad 90 let

4. Jaké speciálněpedagogické terapeutické přístupy využíváte nebo jaké terapie jsou k dispozici Vaším uživatelům?

Terapie hrou ano – ne

Ergoterapie ano – ne

Psychomotorická terapie ano - ne

Dramaterapie ano – ne

Psychodrama ano - ne

Teatroterapie ano – ne

Muzikoterapie ano – ne

Biblioterapie	ano – ne
Taneční terapie	ano - ne
Canisterapie	ano – ne
Arteterapie	ano – ne
Poetoterapie	ano – ne

5. Kolik uživatelů s tělesným postižením v procentech využívá tyto speciálněpedagogické terapie?

- A: 100%
- B: 75%
- C: 50%
- D: 25%
- E: 0%

6. Máte ve Vašem zařízení nějakého pracovníka, který je odborníkem ve vedení některé speciálněpedagogické terapie?

ano – ne

7. Pokud ano, které terapie se to týká?

.....

8. Setkali jste se osobně již s nějakou speciálněpedagogickou terapií?

ano – ne

9. Pokud ano, tak s jakou?

.....

10. Uměli byste tyto terapie stručně vysvětlit nebo alespoň napsat čím se zabývají?

Terapie hrou:

Ergoterapie:

Psychomotorická terapie:

Dramaterapie:

Psychodrama:

Teatroterapie:

Muzikoterapie:

Biblioterapie:

Taneční terapie:

Canisterapie:

Arteterapie:

Poetoterapie:

11. Máte možnost se kvalifikovat na určitou speciálněpedagogickou terapii?

ano – ne

12. Máte již nějakou kvalifikaci na určitou terapii?

ano - ne

13. Pokud ano, tak na jakou terapii?

.....

14. Jaké si myslíte, že jsou speciálně pedagogické terapie vhodné pro seniory s tělesným postižením?

A: Terapie hrou	vhodné	1	2	3	4	5	nevhodné
B: Ergoterapie	vhodné	1	2	3	4	5	nevhodné
C: Psychomotorická terapie	vhodné	1	2	3	4	5	nevhodné
D: Dramaterapie	vhodné	1	2	3	4	5	nevhodné
E: Teatrot terapie	vhodné	1	2	3	4	5	nevhodné
F: Muzikoterapie	vhodné	1	2	3	4	5	nevhodné
G: Biblioterapie	vhodné	1	2	3	4	5	nevhodné
H: Taneční terapie	vhodné	1	2	3	4	5	nevhodné
I: Canisterapie	vhodné	1	2	3	4	5	nevhodné
J: Arteterapie	vhodné	1	2	3	4	5	nevhodné
K: Poetoterapie	vhodné	1	2	3	4	5	nevhodné
L: Psychodrama	vhodné	1	2	3	4	5	nevhodné

15. Které terapie jsou uživateli nejčastěji využívány?

.....

16. Mají uživatelé zájem o jiný druh terapie, který se v zařízení nezprostředkovává?

ano – ne

17. Pokud ano, o jaký druh terapie jde?

.....

Děkuji za spolupráci.

Příloha č. 2:

DOTAZNÍK:

Prosím správné odpovědi zakroužkujte.

1. Pohlaví:

Muž

Žena

Věk:

20 – 30 let

31 – 40 let

41 – 50 let

51 – 60 let

2. Kolik máte ve Vašem zařízení uživatelů s tělesným postižením?

1 – 25

26 – 50

51 – 75

76 -100

více jak 100

3. Jaký je asi věkový průměr uživatelů s tělesným postižením Vaší služby?

61 - 70 let

71 – 81 let

82 – 86 let

86 – 90 let

nad 90 let

4. Jaké speciálně pedagogické terapeutické přístupy využíváte nebo jaké terapie jsou k dispozici Vaším uživatelům?

Terapie hrou ano ne

Ergoterapie ano ne

Psychomotorická terapie ano ne

Dramaterapie ano ne

Psychodrama ano ne

Teatroterapie ano ne

Muzikoterapie ano ne

Biblioterapie ano ne

Taneční terapie ano ne

Canisterapie ano ne

Arteterapie ano ne

Poetoterapie ano ne

5. Kolik uživatelů s tělesným postižením v procentech využívá tyto speciálně pedagogické terapie?

A: 100%

B: 75%

C: 50%

D: 25%

E: 0%

6. Máte ve Vašem zařízení nějakého pracovníka, který je odborníkem ve vedení některé speciálně pedagogické terapie?

ano ne

7. Pokud ano, které terapie se to týká?

... *manipulace pažemi* ...

8. Setkali jste se osobně již s nějakou speciálně pedagogickou terapií?

ano ne

9. Pokud ano, tak s jakou?

... *artikulace a ergoterapie, musicoterapie, kancionál* ...

10. Uměli byste tyto terapie stručně vystvětlit nebo alespoň napsat čím se zabývají?

Terapie hrou: terapie využívá společ. hry

Ergoterapie: pracovní terapie - terapie prací

Psychomotorická terapie: odpracování psycholog. problémů?

Dramaterapie: metoda vstoupit se do role

Psychodrama: odpracování psycholog. problémů vstoupit se do dram.

Teatroterapie: léčba divadlem, kl. hraje si nad. hru

Muzikoterapie: léčba hudbou

Biblioterapie: využití knih při léčbě

Taneční terapie: léčba pohybem a tancem

Canisterapie: terapie pomocí zvířete psa

Arteterapie: terapie využívající výt. techniky

Poetoterapie: léčba prostředkem poezie

11. Máte možnost se kvalifikovat na určitou speciálně pedagogickou terapii?

ano - ne

12. Máte již nějakou kvalifikaci na určitou terapii?

ano - ne

13. Pokud ano, tak na jakou terapii?

.....

14. Jaké si myslíte, že jsou speciálně pedagogické terapie vhodné pro seniory s tělesným postižením?

A: Terapie hrou vhodné 1 2 3 4 5 nevhodné

B: Ergoterapie vhodné 1 2 3 4 5 nevhodné

C: Psychomotorická terapie vhodné 1 2 3 4 5 nevhodné

D: Dramaterapie vhodné 1 2 3 4 5 nevhodné

E: Teatroterapie vhodné 1 2 3 4 5 nevhodné

F: Muzikoterapie	vhodné	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	nevhodné
G: Biblioterapie	vhodné	1	2	<input checked="" type="radio"/> 3	4	5	nevhodné
H: Taneční terapie	vhodné	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	nevhodné
I: Canisterapie	vhodné	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	nevhodné
J: Arteterapie	vhodné	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	nevhodné
K: Poetoterapie	vhodné	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	nevhodné
L: Psychodrama	vhodné	1	2	3	4	<input checked="" type="radio"/> 5	nevhodné

15. Které terapie jsou uživateli nejčastěji využívány?

arteterapie, ergoterapie, muzikoterapie, biblioterapie (poslech říčky

16. Mají uživatelé zájem o jiný druh terapie, který se v zařízení nesprostředkovává?

ano - ne

17. Pokud ano, o jaký druh terapie jde?

.....

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Eva Cahová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií PdF UP
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2009

Název práce:	Možnosti terapeutických intervencí speciálního pedagoga u pohybově postižených seniorů
Název v angličtině:	The alternatives for therapeutical treatment of physically impaired elderly patients by an expert tutor
Anotace práce:	<p>Ve své bakalářské práci na téma Možnosti terapeutických intervencí speciálního pedagoga u pohybově postižených seniorů se zabývám speciálně pedagogickými terapiemi u pohybově postižených seniorů.</p> <p>Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí a to části teoretické a části praktické. Teoretická část je členěna do tří kapitol. V této části práce uvádím definici, klasifikaci a příčiny tělesného postižení, dále se zabývám četností a psychologickou problematikou u seniorů s tělesným postižením. Zabývám se základním vymezením terapií, podmínkami a realizací speciálněpedagogických terapií a definici a klasifikaci speciálněpedagogických terapií. Věnuji se i základním vymezením stáří a stárnutí, dále se zabývám pojmem senior, členěním a terminologií seniorského věkového období, biologickým stářím, sociálním stářím, psychologickým stářím a kalendářním stářím.</p> <p>V praktické části mé bakalářské práce se věnuji výzkumu daného tématu. Zde popisuji metodiku práce, použité výzkumné metody a charakter zkoumaného vzorku. Poté následuje samotné vyhodnocení, grafické vyjádření a interpretace získaných dat a také všeobecné shrnutí práce a její význam pro praxi.</p>
Klíčová slova:	Tělesné postižení, speciálněpedagogické terapie, ergoterapie, psychomotorická terapie, expresivní terapie, arteterapie, psychodrama, dramaterapie, teatroterapie, muzikoterapie, biblioterapie, poetoterapie, taneční terapie a canisterapie, stáří a stárnutí, pojem senior, biologické stáří, sociální stáří, psychologické stáří, kalendářní stáří.

<p>Anotace v angličtině:</p>	<p>The aim of my bachelor thesis called <i>The alternatives for therapeutical treatment of physically impaired elderly patients by an expert tutor</i> is to state what is the rate of using special educational therapy for elderly disabled people. I tried to find out whether social workers are well informed about particular ways of therapy and whether they have options to get their qualification.</p> <p>This bachelor thesis consists of two parts – the theoretical and practical one. There are three chapters included in the theoretical part. Definitions, classification and cause for physical disability are mentioned in the theoretical part. I deal with frequency and psychological dilemma at elderly disabled people, basic determination of therapies, their conditions and realization. I follow to primary definitions of ageing. I am concerned with terms seniors, terminology and elderly age classification, biological ageing, social ageing, psychological ageing and calendar ageing.</p> <p>The practical section is devoted to a research on the theme already mentioned. I clarify the methodology of the work, methods that were used, properties of examined sample. It is followed by evaluation, graphic presentation and data interpretation. The bachelor thesis is completed with general conclusion and the practical meaning of this work.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>Physical disability, special educational therapy, ergo therapy, psychomotor therapy, expressive therapy, art therapy, psychodrama, drama therapy, theatre therapy, music therapy, bibliotherapy, poetry therapy, dance therapy, canistherapy, old age and ageing, a senior, biological age, social age, psychological age, calendar age.</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>č. 1: Dotazník pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách (prázdný formulář)</p> <p>č. 2: Dotazník pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách (vyplněný formulář)</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>55</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>český</p>

