

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Využití terapeutických technik v denním klubu pro osoby s mentálním
postižením

Tereza Lomnická

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza Lomnická**
Osobní číslo: **Z15126**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Využití terapeutických technik v denním klubu pro osoby s mentálním postižením**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. JANKOVSKÝ, Jiří. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
2. MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
3. MÜLLER, Oldřich. Terapie ve speciální pedagogice. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4172-7.
4. SOLOVSKÁ, Vendula. Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0369-8.
5. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3829-1.

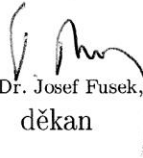
Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Barbora Faltová


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2018**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. února 2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 3. 5 2018

Tereza Lomnická

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych tímto způsobem poděkovala Mgr. Barboře Faltové za odborné vedení mé bakalářské práce, poskytnutí cenných rad a informací. Dále bych ráda poděkovala vedoucí denního klubu i jeho uživatelům za čas, který mi věnovali a informace, které mi s ochotou poskytli.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá využitím terapeutických technik v denním klubu pro osoby s mentálním postižením. V teoretické části je popsána charakteristika osob s mentálním postižením, sociální služby, které jsou pro tyto osoby určené, vybrané terapeutické techniky a systém ucelené rehabilitace.

Průzkumná část, je zaměřena na metodiku a je vedena formou designu kvalitativního výzkumu. Výzkum se zabývá individuálními terapeutickými technikami a jejich využitím při práci s klienty s mentálním postižením. V praktické části je také popsána prezentace výsledků získaných dat, diskuse a závěr.

KLÍČOVÁ SLOVA

Mentální postižení, rehabilitace, terapeutická technika, sociální služby, denní klub

TITLE

The use of therapeutic techniques in day club for people with mental disabilities.

ANNOTATION

This bachelor thesis focuses on the use of therapeutic techniques in day club for people with mental disabilities. In the theoretical part of the thesis is described characteristic of people with mental disabilities, social services for these people, selected therapeutic techniques and a system of comprehensive rehabilitation.

The practical part is focused on methodology based on qualitative design. The research deals with the individual therapeutic techniques and their use when working with clients with mental disabilities. The practical part deals with the presentation of the results from the obtained data, discussion and conclusion.

KEYWORDS

Mental disabilities, rehabilitation, therapeutic technique, social services, day club

OBSAH

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 10 |
| 1. Cíl práce..... | 11 |
| 2. Teoretická část..... | 12 |
| 2.1 Osoba s mentálním postižením..... | 12 |
| 2.1.1 Mentální postižení..... | 12 |
| 2.1.2 Příčiny mentálního postižení..... | 12 |
| 2.1.3 Stupně mentální retardace..... | 13 |
| 2.2 Sociální a další služby pro osoby s mentálním postžením..... | 14 |
| 2.2.1 Druhy sociálních služeb a jejich poskytovatelé..... | 14 |
| 2.3 Terapeutické techniky..... | 15 |
| 2.3.1 Základní vymezení..... | 15 |
| 2.3.2 Ergoterapie..... | 16 |
| 2.3.3 Arteterapie..... | 17 |
| 2.3.4 Muzikoterapie a dramaterapie..... | 18 |
| 2.3.5 Zooterapie..... | 19 |
| 2.3.6 Biblioterapie a poetoterapie..... | 20 |
| 2.4 Systém ucelené rehabilitace v souvislosti s lidmi s mentální postižením..... | 21 |
| 2.4.1 Léčebná rehabilitace..... | 22 |
| 2.4.2 Pracovní rehabilitace..... | 23 |
| 2.4.3 Pedagogická rehabilitace..... | 24 |
| 2.4.4 Sociální rehabilitace..... | 25 |
| 3. Průzkumná část..... | 28 |
| 3.1 Cíl průzkumu..... | 28 |
| 3.2 Metodologie a metody..... | 28 |
| 3.2.1 Design kvalitativního výzkumu..... | 28 |
| 3.2.2 Případová studie..... | 28 |

| | | |
|-------|---------------------------------------|----|
| 3.3 | Technika sběru dat | 29 |
| 3.3.1 | Rozhovor pomoci návodu | 29 |
| 3.3.2 | Zúčastněné pozorování | 33 |
| 3.3.3 | Dokumentace | 35 |
| 3.4 | Metodický postup zpracování dat | 35 |
| 3.5 | SWOT analýza | 35 |
| 3.5.1 | Silné stránky | 36 |
| 3.5.2 | Slabé stránky | 36 |
| 3.5.3 | Příležitosti | 37 |
| 3.5.4 | Hrozby | 37 |
| 4. | Diskuze | 38 |
| 5. | Závěr | 42 |
| 6. | Použitá literatura | 44 |
| 7. | Legislativa | 46 |
| 8. | Přílohy | 47 |

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

| | |
|------|--------------------------------------|
| BP | Bakalářská práce |
| ČR | Česká republika |
| EU | Evropská unie |
| MP | Mentální postižení |
| MKN | Mezinárodní klasifikace nemocí |
| MPSV | Ministerstvo práce a sociálních věcí |
| Sb. | Sbírka zákonů |
| WHO | World Health Organization |
| AAA | Animal Assisted Activities |
| AAT | Animal Assisted Therapy |
| AAE | Animal Assisted Education |

ÚVOD

V minulém století byly osoby s mentálním postižením i nepatrného stupně umísťovány do velkokapacitních ústavů, kde jim byla poskytována celoroční péče, ta ovšem nepodporovala jejich rozvoj a úplně je segregovala od zdravé společnosti. Nyní už jsou tendence v poskytování péče a pomoci zcela opačné. Snažíme se dosáhnout inkluze a začleňovat tyto osoby do běžné společnosti.

Začleňování osob s mentálním postižením je velmi náročné, a proto existuje celá řada metod, které se využívají v práci s osobami s mentálním postižením. S těmito lidmi můžeme pracovat za pomoci využití celé řady terapeutických technik. Do nejpoužívanějších technik se řadí ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, canisterapie a další. Tyto techniky se využívají nejen ve školních zařízeních, ale také v sociálních službách či volnočasových klubech. Jsou určeny pro lidi jak s mentálním, tělesným tak i duševním postižením. Jsou popsány v mnoha publikacích jako je například Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením od Jiřího Votavy (2003), nebo Terapie ve speciální pedagogice od Oldřicha Müllera (2014). Avšak jejich popsání teoretické využití, se s ohledem na individualitu klientů, co se týče věku a různých druhů a forem postižení, v praxi může lišit.

1. CÍL PRÁCE

Cílem mé práce bude zmapovat využití terapeutických technik v denním klubu pro osoby s mentálním postižením, a které techniky se využívají v daném zařízení. Dílčím cílem pak bude porovnat popsané terapeutické techniky v teoretické části s těmi, které se v praxi využívají a konkrétně jak.

V první části práce se budu zabývat samotným pojmem osoba s mentálním postižením. Dále budou popsány jednotlivé terapeutické techniky, jako je ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, a jejich využití. A v další části se budu zajímat o systém ucelené rehabilitace. A to hlavně, jak se lidé s mentálním postižením mohou díky sociální rehabilitaci, ve které se také využívají terapeutické techniky, zařazovat do běžné společnosti.

Ve výzkumné části práce se budu zabývat přímo konkrétním zařízením, a to denním klubem, který je určen pro lidi s mentálním a kombinovaným postižením. Zde pomocí pozorování, čtením z dokumentace a polostrukturovanými rozhovory se zaměstnanci klubu zjistím, jaké techniky a způsoby se zde využívají a jestli vidí jejich pozitivní přínos při práci s klienty.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Osoba s mentálním postižením

2.1.1 Mentální postižení

Osoby s mentálním postižením (MP) tvoří velmi pestrá skupinu jedinců. Z toho plyne, že přístupy k těmto osobám musí být odlišné a přizpůsobené jejich postižením. MP je širším pojmem, který je často nahrazován mentální retardací, kdy se jedná se o vrozené MP. To znamená, že jedinci mají snížené rozumové schopnosti již od časného dětství. Ve starší literatuře se v souvislosti s MP můžeme setkat s pojmy jako oligofrenie, slabomyslnost, dále mentální defekt. (Valenta, 2012, str. 55) Mezi základní diagnostická kritéria MP patří pokles intelektových funkcí pod 70 IQ, nedostatečné schopnosti v oblasti mezilidských vztahů, zaměstnání, vzdělávání, života v domácnosti, komunikace, sebepečce, zdraví a bezpečnosti. (Valenta, 2012, str. 33)

Definice mentálního postižení dle MKN 10 (2014):

„Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence ,to je poznávací ,řečové ,motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.“

2.1.2 Příčiny mentálního postižení

Stejně jako symptomy MP jsou různorodé tak i jeho příčiny, což je způsobeno velkým množstvím faktorů, které vznik toho postižení ovlivňují. Obecně můžeme příčiny vzniku rozdělit do tří skupin dle časového hlediska na prenatální, perinatální a postnatální. První skupina, tedy prenatální období, je období vývoje plodu v těle matky. Zde tvoří největší rizika infekce matky. Nejnebezpečnějšími infekcemi jsou toxoplazmóza, zarděnky, neštovice, ale i chřipka. Dále sem patří vystavení se nadměrnému rentgenové záření, užívání nevhodných léčiv, drog či alkoholu, chronické onemocnění jako například diabetes mellitus. Tyto vlivy řadíme do tzv. exogenních neboli vnějších faktorů. Opakem exogenních faktorů jsou endogenní, jinak také vnitřní faktory. Do této skupiny patří genetické mutace. Nejznámější bývá trizomie 21. chromozomu neboli Downův syndrom. V prenatálním období, které zahrnuje čas těsně před porodem, samotný porod a čas neprodleně po porodu, kdy se jedná o protražovaný porod, hypoxii plodu, mechanické poškození mozku a nízkou porodní váhu. A v posledním období postnatálním, které následuje po porodu, můžeme vznik MP považovat za spolupůsobení několika negativních faktorů. Řadí se sem například traumata postihující

centrální nervovou soustavu, záněty mozku, krvácení do mozku a nádorové onemocnění tvořící léze mozku. Můžeme sem ovšem také patřit působení sociálních faktorů, ve smyslu vzniku deprivace neboli nedostatečné uspokojení základních lidských potřeb. (Valenta, 2012, str. 55-56)

2.1.3 Stupně mentální retardace

Mentální retardace je dle MKN 10 značena pod symboly F70 – F 79 a patří do skupiny duševních poruch a poruch chování. Dělí se do 6 stupňů. Přičemž první čtyři stupně se dělí dle hodnoty IQ. Hodnota IQ je při diagnostice a určování stupně MP pouze orientační hodnotou. Na správnosti určení stupně MR závisí hlavně posouzení schopnosti adaptability, míra zvládnutí obvyklých sociálně-kulturních nároků na jedince. Měření těchto schopností provádí školený diagnostik. (Valenta, 2012, str. 31) Pro správné určení diagnózy se používá diferenciální diagnostika, pomocí které odlišíme vrozené MP od intelektuálního deficitu způsobeného emoční či podnětovou deprivací, u dětí, které vyrůstaly v zanedbávajícím rodinném prostředí. Dalšími faktory, které můžou negativně ovlivnit správnost diagnózy jsou vady řeči, vývojové poruchy učení a chování, poruchy autistického spektra, smyslové či tělesné postižení. Diferenciální diagnostika nejvíce využívá jako zdroje informací vstupní informace od rodičů a pedagogů. Dále lékařské zprávy, psychologické a psychiatrické vyšetření, speciálně pedagogické vyšetření, didaktické testy, pozorování a rozhovory. Vždy se při této diagnostice musí brát ohled na kulturní odlišnosti. (Valenta, 2012, str. 42-43) Adaptační i intelektové schopnosti jedince se však v průběhu času mohou měnit a vyvíjet. Může dojít jak k jejich zlepšení, tak i zhoršení, proto by měla diagnóza vždy odpovídat současnému stavu jedince. (MKN 10, 2014, str. 242)

Součástí tohoto rozdělení je také rozlišení MR dle rozsahu současných poruch chování. To je značeno přidáním další číslice za tečku.

Patří sem:

- 0 Žádná nebo minimální porucha chování.
- 1 Významná porucha chování, vyžadující pozornost anebo léčbu.
- 8 Jiné poruchy chování.
- 9 Bez zmínky o poruchách chování.

Dělení mentální retardace:

F70 Lehká mentální retardace. IQ jedince se pohybuje mezi hodnotami 50 až 69. Toto skóre v dospělosti odpovídá mentálnímu věku okolo 9 až 12 let. Tito jedinci jsou schopni komunikace, soběstačnosti a zvládají se zařadit do pracovního procesu a udržovat sociální vztahy, mají problémy při školní výuce.

F71 Střední mentální retardace. IQ jedince se pohybuje mezi hodnotami 35 až 49. Toto skóre v dospělosti odpovídá mentálnímu věku okolo 6 až 9 let. Tento stupeň mentální retardace velmi ovlivňuje vývoj v dětství. Někteří jedinci se zvládnou naučit základní školní dovednosti, jsou částečně soběstační a umí komunikovat. V pracovním a sociálním životě potřebují různý stupeň podpory.

F72 Těžká mentální retardace. IQ jedince se pohybuje mezi hodnotami 20 až 34. Toto skóre v dospělosti odpovídá mentálnímu věku okolo 3 až 6 let. Takový jedinec je trvale odkázán na podporu a pomoc jiné osoby.

F72 Hluboká mentální retardace. IQ jedince dosahuje maximálně 20. Toto skóre v dospělosti odpovídá mentálnímu věku méně než 3 let. Člověk s tímto stupněm mentální retardace je zcela nesoběstačný a potřebuje pomoc i s běžnými denními činnostmi, s hygienickou péčí, s pohybem. Komunikace je zde buď velmi obtížná a složitá nebo není vůbec možná.

F78 Jiná mentální retardace

F79 Neurčená mentální retardace. Do této skupiny patří nejrůznější deficity a subnormality nervové soustavy, které nemůžeme zařadit do žádné jiné z předchozích skupin.

(MKN 10, 2014, str. 242, 243)

2.2 Sociální a další služby pro osoby s mentálním postižením

Sociální služby pro osoby s mentálním postižením jsou poskytovány v rámci systému sociálních služeb, který je charakterizován množstvím vztahů zakládajících se na objektivních zkušenostech. Ty mají zásadní vliv na kvalitu života jedince. Základním rámcem, který upravuje sociální služby a vede k zajištění potřebné pomoci a podpory v určitém druhu nepříznivé sociální situace, je zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Sociální služby by měly být dostupné, efektivní, kvalitní, bezpečné a hospodárné. (Valenta, 2012, str. 102-103)

2.2.1 Druhy sociálních služeb a jejich poskytovatelé

Služby pro osoby s mentální postižením můžeme rozdělit na neformální, kterými je myšlena péče poskytovaná osobám s mentálním postižením osobami blízkými. A dále

služby formální tedy ty, které poskytují registrovaní poskytovatelé sociálních služeb. Z hlediska formy se dají služby dělit na služby sociální péče, služby sociální prevence a sociální poradenství. Dle místa poskytování se jedná o služby pobytové, ambulantní a terénní. Poskytovatelé, kteří splní podmínky k registraci, dále musí splňovat povinnosti poskytovatelů služeb. K nim patří informování zájemců o službu, dobrá dostupnost informací o druhu, místě, cíli služby a okruhu osob, pro které je služba určena. Dále poskytovatelé musí zpracovávat vnitřní pravidla o zajištění služby, pravidla o možnostech podávání stížností, evidovat žadatele a dodržovat standarty kvality. (Valenta, 2012, str. 103-107)

Mezi zařízení poskytující sociální služby zejména pro osoby s mentálním postižením, patří centra denních, služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře. Tyto služby poskytují především výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Další služby určené pro tuto cílovou skupinu jsou také odlehčovací služby, osobní asistence či sociálně terapeutické dílny. (Matoušek, 2011, str. 107)

Vedle registrovaných poskytovatelů sociálních služeb, existují zařízení, též určená hlavně pro osoby s mentálním postižením, které nejsou registrovanými poskytovateli, a tak nemusejí dodržovat zákonem stanovené podmínky a povinnosti. Služby zde poskytované odpovídají potřebám klientů. Do této skupiny se řadí například denní kluby a kluby volnočasových aktivit.

2.3 Terapeutické techniky

2.3.1 Základní vymezení

Terapeutické techniky lze charakterizovat jako činnosti směřující k odstranění nebo zmírnění negativních jevů nebo jejich příčin tak, aby došlo k pozitivní změně. U těchto technik vždy platí, že probíhají v určitém prostředí, mají danou organizační formu. Jedná se tak o techniky probíhající individuální, skupinovou či rodinou formou. Dále se bere ohled na věk klienta, etiologii a symptomy jeho postižení. Díky technikám se dosahuje u klientů jak somatických, tak i psychických změn. Techniky mohou mít různé cíle například léčivý, preventivní nebo rehabilitační. (Müller, 2014, str. 19) Do terapeutických technik řadíme expresivní (výrazové) terapie, které slouží k vyjádření vnitřních pocitů, nebo vztahů k sobě a okolí, ke snížení úzkosti nebo jsou prostředkem pro komunikaci. V těchto technikách se využívají různé typy specifických prostředků jako jsou například, hudba, výtvarné a divadelní umění. (Müller, 2014, str. 63)

2.3.2 Ergoterapie

„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoliv věku s různým typem postižení. Pojem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity.“ (Česká asociace ergoterapeutů, 2008)

Ergoterapie je založena na sociálních i zdravotních vědách a vychází z předpokladu, že člověk je bytost, která má potřebu vykonávat činnosti jaké vykonávat potřebuje a považuje je za užitečné či smysluplné. Činnost je v této terapii považována za cíl i prostředek. (Jelínková, 2009, str. 14)

Hlavním cílem je, aby si člověk dokázal udržet, nebo obnovit schopnosti nutné pro výkon činností zejména v oblasti sebepečení, a tím podpořil fyzickou, psychickou i sociální složku zdraví.

Činnosti v ergoterapii se dají rozdělit do tří kategorií. První kategorií jsou všední denní činnosti, pro které se využívá zkratka ADL vycházející z anglického sousloví Activities of Daily Living. Do této skupiny patří oblékání, koupání, použití toalety, kontinence moči a stolice. Další kategorií jsou instrumentální denní činnosti, pro které se také využívá anglická zkratka IADL (Instrumental Activities of Daily Living). A do této kategorie se řadí telefonování, používání dopravy, příprava jídla, hospodaření s financemi, užívání léků a další. Poslední kategorií jsou činnosti spojené s trávením volného času a hrou. Patří sem především zájmové aktivity odpovídající věku jedince. (Jelínková, 2009, str. 66)

Ergoterapeut by měl umět vyhodnotit stav klienta a naplánovat efektivní intervence odpovídající potřebám klienta. Aby terapie byla efektivní musí umět navázat s klientem vztah, založený na respektu a důvěře, a vždy musí respektovat etické zásady. Na základě ergodiagnostického vyšetření identifikuje problém, na jehož základě stanoví plán. Kompetence ergoterapeuta upravuje vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 424/2004 Sb. která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Dle vyhlášky ergoterapeut provádí vyšetření pomocí, kterého hodnotí motoriku, mobilitu, schopnost pohybu ve vztahu k výše uvedeným denním činnostem. Tyto činnosti s klientem nacvičuje. Sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán, volí vhodné metody a techniky práce, spolupracuje v rámci multidisciplinárního týmu. Navrhováním či utvářením preventivních opatření se snaží

předcházet komplikacím klientova stavu. Navrhuje a případně zhotovuje kompenzační a technické pomůcky a učí klienty tyto pomůcky využívat. Poskytuje poradenství v oblasti úprav domácího prostředí, bezbariérovosti, možnosti vzniku a prevence nemocí z povolání, informuje samotného klienta i rodinné příslušníky či pečující osoby. Seznamuje pacienty s možnostmi sociální péče a podílí se na sociální rehabilitaci. (Müller, 2014, str. 442)

Velmi vhodné je zaměřit péči při ergoterapii na rodinu klienta, a to ve smyslu plánování intervence, aktivního zapojování a povzbuzování. Zejména pokud se jedná o rodinu, kde se narodí dítě s mentálním postižením. Ovšem nemělo by se opomíjet, že péče o osobu s mentálním postižením je velmi stresující, namáhavá a vysilující. Pečující osoby mají nárok na své aktivity a měla by jim být poskytována dostatečná podpora, aby nedocházelo k přetížení pečovatele a zanedbávání potřeb klienta. Ergoterapeut musí ke každé rodině přistupovat individuálně, zjistit jaký způsob komunikace využívají, jako moc je rodina aktivní a iniciativní. Také úroveň inteligence rodičů či pečujících osob má velký význam. Navzdory jejich míry inteligence a vzdělanosti mají právě členové rodiny a pečující osoby nejvíce cenných informací o schopnostech klienta, které ergoterapeut není schopen zjistit při užití pomoci odborných prostředků, zejména jedná-li se o malé dítě (Jelínková, 2009, str. 133)

2.3.3 Arteterapie

Arteterapie, je jednou z expresivních terapií, která jako výrazový prostředek využívá výtvarné umění. Dá se definovat v širším a užším pojetí. V širším pojetí je arteterapie brána jako nadřazené slovo všem expresivním terapiím. Více se ale arteterapie definuje v užším pojetí, a to jako terapie, která využívá výtvarného projevu k poznání a ovlivnění psychiky, vyjadřování stavů, nálad a emocí.

Z hlediska přístupu ke klientům se dá dělit na individuální a skupinovou, přičemž u skupinové formy se vždy dbá na počet členů a složení členů ve skupině. Při této terapii se využívá nejen malby a kresby, ale také práce s různými materiály jako je například keramická hlína, plasty, dřevo kov, což vede k procvičování jemné motoriky. U lidí s mentálním postižením jsou voleny spíše techniky relaxační a techniky při nich vzniká konečný produkt, který se poté může využít například jako dar, předmět k prodeji či výstavě. V současné době není arteterapie, ani profese arteterapeuta, legislativně ukotvena, proto se tímto oborem zabývají nejčastěji speciální pedagogové, psychologové, sociální pracovníci či lékaři. Nicméně je důležité, aby arteterapeut měl dobré osobní předpoklady, které jsou obdobné jako předpoklady pro výkon pomáhající profese. Další podstatnou část tvoří odborná

kvalifikace arteterapeuta, vhodné je psychologické, speciálně pedagogické vzdělání a arteterapeutický výcvik, orientovanost ve výtvarném umění a výchově. V roce 2004 vznikla Česká arteterapeutická asociace, která sdružuje lidi se zájmem o arteterapii, pořádá semináře, podílí se na organizaci arteterapeutických výcviků a navrhla etický kodex arteterapeutické práce, který definuje etické chování arteterapeuta při práci s klientem (Müller, 2014, str. 77-128)

2.3.4 Muzikoterapie a dramaterapie

Již před mnoha tisíci lety člověk dokázal, že hudba má pozitivní účinek. Stává se například nenásilným prostředkem k vyjádření současné nálady nebo agrese, k uklidnění nebo naopak aktivizaci člověka. Zasahuje jak do oblasti speciální pedagogiky i psychoterapie. V této technice, kterou vede kvalifikovaný muzikoterapeut, se tedy jedná o využití hudebních prostředků za účelem ovlivnit chování a jednání. Muzikoterapie je řazena do expresivních metod a provádí se s jednotlivci nebo ve skupině. Využívají se při ní různé hudební nástroje, vlastnoručně vyrobené i hra na vlastní tělo. U osob s mentálním postižením má důležitý vliv při komunikaci. Pomocí muzikoterapie si rozvíjí slovní zásobu, zlepšují výslovnost a dynamiku řeči.

Dělí se do dvou základních forem, na aktivní a receptivní. V aktivní muzikoterapii je důležité, aby terapeut byl hudebně dostatečně vzdělaný. K hlavním metodám patří hudební improvizace, interpretace, zpěv a psaní písní a hudby. Receptivní muzikoterapie je pasivní formou, tudíž se jedná o poslech reprodukováné hudby nebo hudby hrané přímo terapeutem. Obě formy terapie se mohou různě prolínat a kombinovat. U osob s lehkým a středním mentálním postižením je velmi vhodná forma skupinové aktivní muzikoterapie, která podporuje skupinovou dynamiku, zlepšuje navazování mezilidských vztahů a odbourává ostych. Naopak u osob s velmi těžkým stupněm mentálního postižení je vhodná receptivní terapie navíc podpořená metodou Snoezelen. (Müller, 2014, str. 64-65)

Dramaterapie je taktéž řazena mezi expresivní terapie, která jako prostředek působení na klienta využívá dramatické umění. Nejčastěji se jedná o formu skupinové terapie, která má pomoci zmírnit psychologické a sociální problémy, způsobené mentálním postižením. Podněcuje rozvoj komunikace, představivosti, zvyšuje sociální interakce, zlepšuje pozornost a slovní zásobu, vede k uvolnění a kontrole emocí. S dramaterapií také velmi úzce souvisí teatroterapie, která je ale zaměřena na výsledný produkt terapie, tedy divadelní představení,

na rozdíl od dramaterapie, ve které jde především od daný terapeutický proces. (Vítková, 2001, str. 94)

2.3.5 Zooterapie

Zoo terapie, též zvaná animoterapie, je technika, která je zprostředkována pomocí zvířete. Nejčastěji psa či koně, ale může se prakticky jednat o jakékoliv společenské zvíře. Dělí se na čtyři základní metody:

- **Animal Assisted Activities (AAA).** Aktivity s asistencí zvířat, jsou nejnižší a nejzákladnější formou zooterapie. Jedná se o přirozený kontakt klienta se zvířetem a jejím cílem je podpoření aktivizace klienta. To, že si klient může zvíře pohladit, prohlédnout, nebo jen být v jeho přítomnosti, narušuje klientův stávající stav a aktivizuje ho.
- **Animal Assisted Therapy (AAT).** Zvířetem asistovaná terapie, pomocí které již cíleně dochází k nápravě některých funkcí.
- **Animal Assisted Education (AAE).** Vzdělávání za asistence zvířete, kdy klient získává nové znalosti za pomoci zvířete. Je velmi často využívána skupinovou formou ve školách.
- **Animal Assisted Crisis Response (AACR).** Krizová intervence za asistence zvířete, může být poskytována pouze dostatečně kvalifikovanou osobou v oblasti krizové intervence. Slouží k řešení aktuální situace, která negativně působí na psychiku člověka a k odbourávání stresu.

Tyto metody jsou poté využívány v různých programech jako je návštěvní program, kdy odborníci zooterapie navštěvují klienty. Nebo jednorázové akce často za účelem zviditelnění, dále v rámci pobytu klienta v nějakém zařízení, kde jsou tyto techniky provozovány, anebo je zvíře v tomto zařízení trvale. (Müller, 2014, str. 61)

Hipoterapie je terapie jejíž název je odvozen z řeckého hippos neboli kůň. Tato terapie je poskytována nejčastěji ve třech formách. První z nich je hiporehabilitace, což je vlastně léčebná rehabilitace a využívá trojrozměrného pohybu koně, pomocí kterého dochází k ovlivňování všech motorických schopností člověka, které jsou často u lidí s mentálním postižením porušeny. Dalšími formami hipoterapie jsou aktivity s využitím koně a terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků. U pacientů s mentálním postižením tak podněcují jejich samostatnost, obratnost rozvíjí spolupráci či tlumí agresivitu. Práce ve stájích

a péče o koně může smysluplně vyplňovat jejich čas a vést k zodpovědnosti. Některé osoby s mentálním postižením mohou mít často omezené emoční vazby, například díky dlouhodobým hospitalizacím v ústavech, což může hippoterapie velmi pozitivně ovlivnit. (Vítková, 2001, str. 134)

Canisterapie je nečastější metodou zooterapie. Využívá se zde pozitivního působení psa na člověka. Vede ke zlepšení psychické pohody, komunikačních a sociálních schopností, hrubé i jemné motoriku a empatie. Je i výchovným prostředkem, který vede k osvojování správného chování ke zvířatům a poté i k lidem. Protože mentální postižení je velmi často kombinované s tělesným postižením, využívá se pes jako fyzioterapeutický prostředník a je přítomný u rehabilitačních cvičení. V tomto případě se jedná o terapii individuální, kdy je pacient polohován, a je v těsné blízkosti psa. Díky přímému kontaktu psa a těla klienta, tak teplo a vibrace působí na klientovo dýchání, zahřívá svaly a uvolňuje spasmusy. Další formou je canisterapie skupinová nebo návštěvní. Návštěvní terapie je nejrozšířenější formou, kdy canisterapeutický tým v pravidelných intervalech dochází buď do institucí, nebo domácností klientů. Canisterapeutický tým vždy tvoří pes a canisasistent, nebo canisterapeut. Pro efektivní canisterapii je nezbytná dostatečná kvalifikace terapeuta, ale i správný výběr a výcvik psa. Canisterapie nesmí být poskytována u osob s alergií na psí srst, s kynofobií a při některých akutních onemocněních. Vždy se musí brát ohled na aktuální stav psa i klienta. (Müller, 2014, str. 480-485) Canisterapie je poskytována všemi čtyřmi metodami, které jsou popsány v kapitole 2.3.5 Zooterapie.

2.3.6 Biblioterapie a poetoterapie

Tyto dvě terapie jsou si velmi blízké, protože jejich prostředkem při působení na klienta je práce s textem, literárním uměním. Vyvinuly se stejně jako většina expresivně-formativních technik z psychoterapie a obě dvě jsou úzce spojeny s logoterapií.

Biblioterapie je jednou z expresivních technik. Jelikož není tak dynamická jako jiné techniky, je řazena spíše mezi doplňkové terapie. Jeden z dalších důvodů je i to, že nemá dostatečně popsanou vlastní metodologii a teorii. Při této technice jsou využívány funkce textu, jako je například funkce informační, výchovná, estetická a relaxační. Díky těmto funkcím má pak biblioterapie pozitivní vliv na vývoj chování, myšlení a emoce společensky přijatelným směrem.

Při dělení biblioterapie s ohledem na počet klientů se stejně jako většina terapií dělí na individuální, skupinovou, či hromadnou, nebo také autobiblioterapii, kdy ji klient aplikuje

sám na sobě. Hlavními dvěma způsoby terapie je aktivní a receptivní forma. Aktivní formou může být dokončování literárních textů, nebo psaní vlastních textů, deníků, internetového blogu, hledání významu citátů či přísloví. Do receptivní formy pak patří poslech přednášeného textu, což je využíváno spíše ve skupinové a hromadné formě. (Müller, 2014, str. 69).

Při této terapii je velmi důležitá literární orientace a vzdělanost terapeuta, který by měl být dostatečně sečtělý a znát rozdělení literárních žánrů a forem. U osob s mentálním postižením má biblioterapie největší přínos v rozšiřování slovní zásoby, nácviku správné artikulace, melodie a intonace řeči, zlepšování pravolevé orientace, zlepšování představ a fantazie. S biblioterapií také dále souvisí pohádkoterapie, hagioterapie, která využívá teologické texty, narativní terapie, která využívá vyprávěná příběhů, či imaginoterapie při níž se klient vžívá do literárního hrdiny. (Müller, 2014, str. 200)

Poetoterapie na rozdíl od biblioterapie pracuje s hudebními a melodickými prvky psané či mluvené řeči, a to především s rytmem veršů, zvukomalbou, rýmem, a neklade velký důraz na práci s dějovým obsahem textu. Velmi často se tato technika využívá ve speciálně-pedagogické oblasti a má velmi široký rozsah co se týče její vhodnosti využití, ať už dle věku klientů nebo jejich potřeb. Jejím cílem je také pozitivní ovlivnění psychosomatického zdraví jedince, a to především pomocí navození vnitřní relaxace, probuzení zájmu o nové aktivity, rozvíjení paměti, pozornosti a stimulace emocionálního i sociálního citění. Může se využívat jako cílená terapie, která je zaměřena na konkrétní cíl, nebo volná terapie poskytující neomezené možnosti forem, a způsobů terapie, což určuje následný vhodný výběr poezie. Funkce poetického textu jsou velmi podobné jako u biblioterapie, zde je ale navíc zdůrazňována funkce estetická, sociální a léčebná. Dělení na receptivní a kreativní neboli aktivní formu se v procesu velmi prolínají. Velmi vhodným způsobem u dětí, a i u osob s mentálním postižením je využití báseň jako hru, což podpoří nejen zájem o novou aktivitu, delší udržení pozornosti, ale i odstranění ostychu či strachu. Také propojení s pohybem, kreslením či využití zvuků jako je dupání a tleskání je velmi často využíváno. V souvislosti s propojením s logoterapií je pak kladen důraz na to, aby se v básni objevovaly výslovnostně náročné hlásky. (Müller, 2014, str. 243-262)

2.4 Systém ucelené rehabilitace v souvislosti s lidmi s mentální postižením

První definice rehabilitace dle světové organizace (WHO) z roku 1969 charakterizuje rehabilitaci jako využívání léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prvků k tomu,

aby jednice získal nebo znovu získal co nejvyšší možnou funkční schopnost. Tyto jednotlivé prvky jsou řízené a různě kombinované, za účelem dosažení nejlepšího výsledku. Definice prošla několika změnami a od roku 1994 rehabilitaci popisuje jako proces, který lidem s disabilitou pomáhá zlepšit jejich sociální, tělesné i duševní schopnosti a dovednosti. (Jankovský, 2006, str. 20). Z těchto definic je tedy patrné, že rehabilitace by sama o sobě měla být brána jako ucelená rehabilitace, a ne pouze jako součást léčebného programu, a to proto, že zasahuje i do dalších oblastí.

Hlavním cílem rehabilitace je návrat k původnímu zdraví, což bohužel s ohledem na různé typy postižení, a to zejména jedná-li se o mentální postižení, není možné. Proto si ucelená rehabilitace klade i další cíle, jako je například začlenění člověka do společnosti. K tomuto přispívá moderní trend deinstitucionalizace při poskytování sociálních služeb. Dalším cílem je dosažení co nejvyšší kvality života s ohledem na individualitu člověka, a také aby docházelo k vyrovnání příležitostí osob s postižením a bez postižení, hlavně v oblasti vzdělávání, zaměstnání, cestování a bydlení. (Votava, 2005, str. 15)

2.4.1 Léčebná rehabilitace

Rehabilitace léčebná je část ucelené rehabilitace, která je poskytována zejména zdravotnickými institucemi, jako jsou například rehabilitační ústavy, kliniky, centra, lázeňské léčebny, lůžková oddělení nemocnic, ambulantní rehabilitační oddělení, denní rehabilitační stacionáře a v neposlední řadě poskytují rehabilitaci i nezdravotnická zařízení. Jejich cílem je odstraňovat následky nemoci či úrazu, nebo je alespoň zmírňovat, popřípadě kompenzovat, což už zahrnuje zapojení i ostatních složek ucelené rehabilitace. V léčebné rehabilitaci nepůsobí pouze jeden odborník, je jich zde celá řada a spolu tvoří multidisciplinární tým. To vnáší do rehabilitace různorodost profesí a propojení všech částí ucelené rehabilitace. Součástí takového týmu je nejčastěji lékař, zdravotní sestry, klinický psycholog, fyzioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovníce, logoped, foniatr a další specialisté dle individuality pacienta. Tito specialisté sestavují krátkodobý rehabilitační plán. (Votava, 2005, str.24–27)

Jelikož osoba s mentálním postižením má často přidružené i postižení tělesné je léčebná rehabilitace nedílnou součástí systému ucelené rehabilitace. Do terapeutických prostředků, které se v léčebné rehabilitaci využívají můžeme zařadit léčebnou tělesnou výchovu, nácvik denních činností, indikace a aplikace technických pomůcek, fyzikální terapie, lázeňská léčba, balneoterapie a aplikace léků. (Votava, 2005, str. 56-57)

2.4.2 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je ukotvena v zákoně č. 435/2004 Sb. O zaměstnanosti a jeho prováděcí vyhláškou 518/2004Sb. Stejně jako u ostatních složek ucelené rehabilitace i tady musíme brát ohled na míru postižení jedince a jeho schopnosti a dovednosti. Mentální postižení velmi často způsobuje nemožnost zaměstnání na otevřeném trhu práce, pro tyto osoby existují v rámci sociální rehabilitace sociálně terapeutické dílny.

„Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené.“ (zákon č. 435/2004 Sb. O zaměstnanosti, § 69)

Patří sem zejména poskytování poradenství, teoretická i praktická příprava na povolání, pomoc při vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání. Sestavování individuálního plánu, který obsahuje předpokládaný cíl a časový průběh, formu poskytování a hodnocení rehabilitace.

Mezi nejčinnější subjekty pracovní rehabilitace patří úřad práce, se kterým je o poskytování pracovní rehabilitace sepsána dohoda. Úřad práce také zajišťuje vhodnou formu rehabilitace, či poskytnutí příspěvku na vytvoření chráněného pracovního místa. Chráněné pracovní místo dle §75 je určeno pro osoby se zdravotním postižením a zřizuje se se po dobu 3 let. Zaměstnavatel je příjemcem příspěvku na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením na chráněném pracovním místě.

Další možností zvýšení zaměstnávání lidí s mentálním postižením je podporované zaměstnávání. Jedná se o službu, která je také časově omezena a je určena pro osoby, které mají dostatečné schopnosti a dovednosti získat a udržet si práci v běžném pracovním prostředí, ale tyto schopnosti jsou značně omezené, a proto vyžadují individuální podporu před nástupem do práce i po něm. Jedná se o hodnotnou práci, kterou je uživatel podporovaného zaměstnávání schopen vykonávat, odpovídá jeho zájmům a má obdobné pracovní podmínky jako ostatní pracovníci. Získává zde i sociální kontakty. Uživateli je poskytována individuální podpora, zaměřená na jeho rozvoj samostatnosti. Tato podpora může být formou přímé aktivní pomoci na pracovišti, či formou poradenství a postupně se snižuje s nárůstem získaných dovedností uživatele. Tato podpora by neměla činit uživatele nápadným a měla by směřovat i k získávání pomoci v přirozeném pracovním prostředí, a nejen ze strany podporovaného zaměstnávání. (Vitáková, 2005, str. 18)

2.4.3 Pedagogická rehabilitace

I když je vzdělávání celoživotním procesem, stále je jeho vliv nejzásadnější v dětství a dospívání. Hlavním vědou, která se v této rehabilitaci zapojuje je speciální pedagogika, a pro osoby s mentálním postižením pak její větev psychopedie. (Jankovský, 2006, str. 31) Proto tuto část ucelené rehabilitace zajišťují především speciální pedagogové, a je určena pro osoby, které se nemohou vzdělávat běžným způsobem. Někdy je tato rehabilitace označována jako pedagogicko-výchovná, a to proto že se nejedná pouze o vzdělávání osob s postižením, ale i získávání sociálních vztahů a vzorců chování. Cílem pedagogické rehabilitace je tak, aby osoba s postižením získala co nejvyšší možné vzdělání s ohledem na individuální potřeby, stala samostatnější a měla větší možnosti zapojení se do aktivního společenského života. Aby tohoto cíle mohlo být dosaženo, je nutná včasná a správná diagnostika osoby s postižením. Také správné využívání speciálních metod a pomůcek, například zařazení specifických předmětů do výuky jako je logopedická péče, výuka alternativní komunikace, práce s informačními technologiemi nebo výuka samostatného pohybu a prostorové orientace. Osobu s postižením musíme dostatečně motivovat ke vzdělávání a odstraňovat faktory, které by mohly klienta naopak demotivovat. Do pedagogické rehabilitace se od narození zapojuje raná péče, která je určena pro děti do 7 let. Dále existují formy předškolního, školního a navazujícího vzdělávání. (Votava, 2005, str. 123)

Pedagogická rehabilitace se opírá o dvě důležité vyhlášky. Vyhlášku č. 72/2005 Sb. O poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních (dále jen vyhláška o poskytování poradenských služeb). A vyhlášku č. 27/2016 Sb. O vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných (dále jen vyhláška o vzdělávání žáků speciálními vzdělávacími potřebami). Vyhláška o poskytování poradenských služeb definuje možnosti poskytování poradenských služeb, jejich účel a pravidla, dále školská poradenská zařízení a služby nimi poskytované. Do těchto zařízení řadíme pedagogicko-psychologickou poradnu a speciálně pedagogické centrum. Ty se zabývají pedagogickou diagnostikou, jejím obsahem, rozsahem a způsobu zajištění. (Česko, 2005)

Ve vyhlášce o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami jsou popsány podmínky uplatnění pěti stupňů podpůrných opatření. Individuální plán, pozice asistenta pedagoga, nebo také možnosti převedení žáka do vzdělávacího programu základní školy speciální a organizace vzdělávání. (Česko, 2016)

2.4.4 Sociální rehabilitace

„Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.“ (Česko, 2006, § 70)

Dřívějším trendem byla integrace člověka mezi většinovou společností, nyní je tento trend nahrazen vyšším stupněm neboli inkluzí, která patří mezi hlavní cíle sociální rehabilitace, a jedná se o celoživotní proces. Aby se osoba s postižením mohla co nejvíce včlenit do běžné společnosti je žádoucí, aby dosáhla co nejvyšší úrovně soběstačnosti a samostatnosti s ohledem na její postižení.

Elementární složkou společnosti je rodina, proto je velká část sociální rehabilitace zaměřena právě na ni, tak aby rodina plnila své funkce, a to hlavně tam, kde se narodilo dítě s postižením. V rámci sociální rehabilitace se nejvíce uplatňují metody reedukace, kompenzace a akceptace. Tato rehabilitace může probíhat v různých institucích, jako je třeba ústav sociální péče, ve školách, dále v pracovním prostředí formou podporovaného zaměstnávání, v rodině a v různých nestátních neziskových organizacích, jako jsou občanská sdružení, volnočasové kluby. (Jankovský, 2006, str. 28) Z toho tedy vyplývá, že sociální rehabilitace je služba, která je poskytována buď terénní, ambulantní anebo pobytovou formou.

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Česko, 2006), do činností sociální rehabilitace řadíme čtyři základní činnosti. První skupinou jsou činnosti, které se týkají nácviku dovedností potřebné pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnost a začleňování do sociálního života. Patří sem základní dovednosti jako je zacházení se spotřebiči, péče o domácnost, péče o děti, či jiné členy rodiny. Nácvik orientace a samostatného pohybu a dále rozvíjení dovedností nutných k samostatnému jednání s úřady.

Ve druhé skupině jsou popsány činnosti sociální rehabilitace, které se zaměřují na zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, což obnáší zejména nácvik běžné a alternativní komunikace, nácvik chování ve společenských situacích, využívání dopravních prostředků, a zprostředkovává doprovázení osob do škol, k lékařům a do dalších institucí.

Třetí skupina popisuje činnosti spojené s výchovou, edukací a aktivizací a jejich upevňování.

Poslední skupinou základních činností jsou ty, které se pojí s pomocí při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. To znamená informování o možnostech využívání služeb, nároků na kompenzační a rehabilitační pomůcky.

Pokud se jedná o sociální rehabilitaci poskytovanou pobytovou formou obsahuje ještě další tři činnosti týkající se poskytování ubytování, stravy a pomoc při hygieně, nebo poskytnutí podmínek pro výkon osobní hygieny. Tím jsou myšleny činnosti jako je praní, úklid, žehlení a drobné opravy ložního a osobního prádla. Dále v oblasti stravy, která musí být poskytována minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel denně. Strava musí odpovídat nejen věku klienta, jeho specifickým požadavkům, ale i zásadám zdravé výživy. V oblasti hygieny je nutné zprostředkovat osobě pomoc při použití toalety, výkonu osobní hygieny a péči o nehty a vlasy.

Do cílů sociální rehabilitace také patří zajišťování ekonomických jistot pro osoby s postižením. I když je osoba s nižším stupněm mentálního postižení schopná vykonávat zaměstnání, má mnohem nižší příjmy než zdravý člověk, proto se systém sociální rehabilitace z části překrývá se systémem sociálního zabezpečení. Pomocí toho je pak možné, aby osoba s MP mohla mít různé výhody, například slevu na dopravě. Dále se SR snaží o rozvoj zájmových aktivit a vlastní osobnosti. Pro osobu s těžkým MP, která nemůže být nikde zaměstnána, pak tyto aktivity tvoří náplň dne. Jedná se o aktivity poskytované v různých stacionářích, denních klubech, nebo ústavech sociální péče. Rozvoj osobnosti je postižením také velmi ovlivněn, proto osobám s MP chybí zkušenosti s jednáním na úradech, cestováním nebo vykonáváním běžných denních aktivit. To vše se snaží SR těmto osobám přiblížit.

Na poskytování SR, se stejně jako u ostatních složek ucelené rehabilitace, podílí celá řada odborníků s různým typem vzdělání a odbornosti.

Nejdůležitějším členem SR je sociální pracovník, který může být také zprostředkovatelem výše uvedených činností SR. Každý sociální pracovník by měl ve své práci respektovat a klienta a nahlížet na něj holistickým přístupem. Sociální pracovník se často setkává s lidmi, kteří mají minimální, nebo žádnou sociální zkušenost, což je typické pro osoby s mentálním postižením. Pro kvalitní práci s klientem je nutné, aby sociální pracovník využíval svých zkušeností a znalostí jak profesních, tak i etických, a získal tím jeho důvěru, poté se může pro klienta stát rádcem a pomocníkem. Sociální pracovník pak může usilovat o zapojení osoby s mentálním postižením do společnosti, či naopak pomoci společnosti, aby takovou osobu

přijala. Proto je velmi nutné, aby sociální pracovník získal o klientovi potřebné množství informací a ty správně vyhodnotil. (Votava, 2005, str. 77)

3. PRŮZKUMNÁ ČÁST

3.1 Cíl průzkumu

Cílem mého průzkumu je zmapovat využití terapeutických technik při poskytování služeb v klubu pro osoby s mentálním postižením, a jakým způsobem se techniky v tom to zařízení využívají.

3.2 Metodologie a metody

3.2.1 Design kvalitativního výzkumu

Pro svůj průzkum jsem zvolila design kvalitativního výzkumu. U tohoto typu výzkumu výzkumník na začátku zvolí téma a určí základní výzkumné otázky a v průběhu výzkumu vznikají hypotézy. Výzkum je prováděn pomocí intenzivního a dlouhodobějšího kontaktu s daným objektem. Hlavním nástrojem výzkumu je výzkumník sám, který získává data pomocí málo standardizovaných metod, a to hlavně ze záznamů rozhovorů, pozorování, deníků, osobních komentářů či dokumentů. (Hendl, 2005, str. 50-52)

3.2.2 Případová studie

V případové studii se jedná o podrobné zkoumání jednoho, či několika málo případů, při které se shromažďuje velké množství informací, ty se na konci vřazují do širších souvislostí nebo se srovnávají s jinými případy. (Hendl, 2005, str. 104)

Mou případovou práci jsem zaměřila na zařízení v Pardubicích poskytující denní klub pro osoby ve věku 6-65 let s různým typem postižením, zejména s tělesným postižením, mentálním postižením, s kombinovanými vadami, s epilepsií a diabetem. Děti s hendikepem zpravidla klub využívají pouze při školních prázdninách. Je vytvořena samostatná skupina dětí se stejným anebo podobným hendikepem. Skupina pracuje podle svých možností a tempo si určuje sama. Náplň tvoří pracovní bloky, mezi kterými je dbáno na odpočinek. Vzhledem k hendikepu dětí se střídají pasivní a aktivní pasáže, aby se lépe udržela pozornost dětí. Podmínkou pro přijetí do klubu je tělesně postižení, mentální postižení, kombinované vady, epilepsie, nebo diabetes, věk 6-65 let a stabilizovaný zdravotní stav. Důvody pro odmítnutí přijetí do klubu jsou zhoršený zdravotní stav, či jiný hendikep, než je uváděn výše. Posláním klubu je vyplnění volného času, nácvik a trénink určitých činností (matematické dovednosti, užívání příboru při jídle, finanční gramotnost, nákupy, využívání veřejných služeb města, návštěva divadla, kina, deskové hry, výlety). Základní činnosti volnočasového denního klubu jsou vedeny na podporu k soběstačnosti,

samostatnosti a sociálního kontaktu. Je zde také možnost se zapojit do volnočasových odpoledních aktivit, kterými jsou: čtenářské zastaveníčko, zdravý životní styl, chovatel, zahradník a toulky po okolí. Pracovnice volnočasového klubu pracují s účastníky dle předem připraveného programu. Ten je individuálně přizpůsobený potřebám a schopnostem účastníků. Volnočasový denní klub probíhá v pracovní dny, pondělí až pátek, od 08:00 do 16:00 hodin. Za jeden den v klubu platí 285,- Kč uživatelé, kteří docházejí každý den v týdnu, 320,- Kč/den uživatelé, kteří dochází méně než 5 dní v týdnu a 385,- Kč uživatelé, kteří chtějí využít klub v okamžik potřeby, například když pečující osoba bude u lékaře. Cena zahrnuje: oběd, odpolední svačinu, celodenní pitný režim Po přivítání a seznámením s denním programem, se pracuje v časových blocích, které jsou uzpůsobeny potřebám každého účastníka. Hrubá struktura dne je: příchod účastníka, dopolední svačina, dopolední aktivita, oběd, odpočinek – procházka, odpolední aktivita, svačina, odchod domů. Volnočasový klub dává prostor účastníkům, si uvědomit vlastní identitu, nové sociální kontakty a nácvik a prohloubení získaných dovedností.

3.3 Technika sběru dat

Data, získaná pomocí designu kvalitativního výzkumu mají popisovat podrobnosti případu. Metoda, kterou se sbírají data by měla odpovídat informacím, které chceme získat a od koho jsou získávány a za jakých podmínek. Mezi základní způsoby získávání kvalitativních dat patří dotazování, pozorování a sběr dokumentů.

3.3.1 Rozhovor pomocí návodu

Jedním z nástrojů pro získání dat při zjišťování využívání terapeutických technik v praxi jsem zvolila rozhovor pomocí návodu. Návod na vedení rozhovoru, je seznam otázek či témat, vytvořený tazatelem tak, aby se dostalo na každé, pro tazatele důležité téma v rozhovor. Pořadí těchto otázek, či témat není striktně dané a zůstává tak volnost přizpůsobovat a formulovat otázky dané situaci. Díky daným tématům je pak snadnější jejich následná analýza. Schéma návrhu si tazatel tvoří předem. Promyslí si hlavní téma, vedlejší témata a uspořádá je, pro něj, do logického pořadí. To se ale může v průběhu rozhovoru vlivem situace měnit. (Hendl, 2005, str.174) Návod k rozhovoru viz příloha.

Své rozhovory jsem vedla s vedoucí volnočasového denního klubu paní V. H., která má velké zkušenosti s prací s osobami s mentálním postižením. V. H. je pracovnící v sociálních službách, absolvovala několik kurzů například kurz pedagogického asistenta, kurz celoživotního vzdělávání v sociální oblasti, kurz sociálně právního minima, kurz

krizové intervence a kurz specifík práce u osob s mentálním postižením. Dále absolvovala kurz dramaterapie, taneční terapie a arteterapie. Dříve působila jako asistentka ve svépomocné skupině zdravotně handicapovaných, a poté čtyři a půl roku jako osobní asistentka. Později převzala šicí dílnu, registrovanou jako sociálně terapeutickou dílnu a stala se vedoucí volnočasového denního klubu, který sama založila.

Rozvory probíhaly v samotném zařízení klubu, za pomoci mého předem připraveného návodu (viz příloha). Nejdříve jsem zjišťovala informace o tom, jaké terapeutické techniky se zde využívají, a poté jsem se zaměřila jednotlivě na každou z nich. Shromážděné údaje z rozhovoru jsou shrnuty ve SWOT analýze.

Z rozhovoru jsem zjistila, že často využívanou terapeutickou technikou je **arteterapie**, také proto, že pro tuto terapii má vedoucí V. H. absolvovaný kurz. Vedoucí klubu využívá arteterapii pro rozvoj a zlepšení komunikace. *„Často využívám arteterapii jako prostředek komunikace, kdy klientům dám obrázek, například pohled, vlepený doprostřed papíru, a klienti mají za úkol dokreslit okolí tohoto obrázku. Poté klienti, kteří jsou toho schopni, o svém obrázku hovoří, co a jak nakreslili.“*

Klienti také v rámci arteterapie vyrábějí za pomoci vedoucí klubu košíky, či jiné předměty z papírových ruliček, které si sami smotávají, při čem si trénují jemnou motoriku. Dalším materiálem, který se zde velmi využívá je skartovaný papír, ze kterého vyrábějí předměty pro následný prodej v místním obchůdku. Také malují plátěné tašky, které jsou převážně také určené k prodeji.

Arteterapie je vedena jako skupinová činnost, které se účastní 3-5 klientů. Přičemž vedoucí sama říká: *“Pro tuto techniku je lepší spíše menší počet klientů, jelikož klienti často mívají poruchy pozornost, a je tak více čas na individuální dopomoc klientům. „*

Tuto terapii vede vedoucí sama, popřípadě ji dopomáhá dobrovolník, a to v časovém intervalu od 10 minut až 1 hodiny, vždy záleží na rozpoložení klientů.

Z pohledu vedoucí je mezi klienty tato technika velmi oblíbená, a to proto, že jak sama v rozhovoru uvádí: *„Je zde vše správně, mohou to namalovat tak jak oni chtějí a cítí. Je ale nutné klienty vždy za jejich práci pochválit.“*

Tato terapeutická technika se provádí v prostorách samotného klubu, který je pro tyto účely dostačující. Mezi pomůcky, včetně materiálů popsaných výše, patří pastelky, fixy, voskové barvy, vodové barvy, špejle, modelovací hmota a další.

Další terapeutickou technikou, která se v klubu využívá je **muzikoterapie**. Nejedná se přímo o samotnou muzikoterapii, ale spíše o její prvky. A to hlavně v rámci relaxace po více náročných činnostech. Kromě pasivní formy se využívají hry s rytmem, hry s předměty a nástroji, jako jsou různá dřívka a řehtadla, dále pohybová improvizace na hudbu, či hry se zpěvem. Vedoucí klubu v rozhovoru říká: *„Často využívám písně zaměřené například na roční období, tuto píseň se společně s klienty naučíme a poté si ji v průběhu celého dne několikrát zpíváme, což u klientů vede k výrazně lepšímu zapamatování informací.“*

Jedná se také o skupinové aktivity, které se odehrávají v časovém rozmezí 20 až 60 minut tuto techniku také vede vedoucí V.H. Prostory klubu nejsou příliš vhodné pro tuto techniku a pomůcky jsou zde minimální, například zde chybí kvalitní reproduktory.

Relaxační aktivity jsou více oblíbené u starších klientů, naopak mladší klienti se velmi aktivně zapojují do činností spojených s pohybem.

Díky vedoucí V.H., která má absolvovaný kurz **dramaterapie**, je možné zde tuto terapii využívat. Bohužel vybavení klubu není pro tuto techniku uzpůsobené, proto se zde nevyužívá. Pouze v roce 2014, kdy se klub ještě nacházel v jiných prostorách, vedoucí V.H. za pomoci osobních asistentek a dobrovolníku secvíčila s klienty historickou hru o Perštejněch. Jednalo spíše o teatroterapii. Sama vedoucí hodnotí takto: *„Celý nácvik a provedení hry bylo velmi náročné, jak ze strany nás organizátorů, tak ze strany klientů, jelikož jejich návštěvnost klubu není pravidelná a vžití se do rolí, či zapamatování minimálních scénářů je pro klienty velmi náročné.“*

Stejně jako u muzikoterapie se v klubu samotná **ergoterapie** neprovádí, ale využívají se pouze její prvky. Které jsou hlavně zaměřeny na zvyšování soběstačnosti a samostatnosti. Vedoucí říká: *„Nejčastěji se jedná o aktivity jako je práce na zahradě, vaření, úklid, dodržování hygieny, nakupování nebo jízda veřejnou hromadnou dopravou. Kdy z klubu jdeme na městskou hromadnou dopravu, dojedeme do centra města a jdeme si nakoupit potraviny, ze kterých poté uvaříme oběd.“*

Do činností, které v rámci této techniky vedoucí s klienty nacvičuje patří ergoterapie ruky, kdy se učí například správné držení tužky, příboru, psaní, dále procvičování jemné a hrubé, práce s papírem, ruční práce, práce s textílem, práce s přírodními materiály, lidové výtvarné techniky a nácvik jízdy na invalidním vozíku.

V. H. s klienty hraje hry, které také patří to technik ergoterapie. Příkladem těchto her jsou například hry konstruktivní, jejich cílem je dosáhnout nějakého výrobku například vystřihováním, modelováním, sestavováním. *„Také hrajeme hry, ve kterých klientům simulujeme nějakou situaci z běžného života, například nakupování v obchodě, či vyzvedávání zásilky na poště.“* Také napodobovací, kdy klienti pomocí pantomimy předvádějí různé činnosti, povolání, nebo pohybové hry za doprovodu hudby. Tyto hry slouží spíše jako doplňkové aktivity v klubu.

V rámci her se jedná o skupinové aktivity, ale při nácviku běžných denních činností se jedná o individuální formu práce s klientem, která se odehrává v různém časovém intervalu, dle náročnosti činnosti. Zázemí a pomůcky pro prvky ergoterapie jsou v klubu dostačující, sama vedoucí při rozhovoru uvádí: *„Ráda bych chtěla pro klienty školeného ergoterapeuta, pro plné využívání této terapie, protože vidím, jak velmi pozitivní vliv má na rozvoj klientů.“*

V rámci **zooterapie** spolupracuje denní klub s jinou neziskovou organizací zaměřenou na zooterapii, konkrétně hipoterapii. *„O zooterapii klienti příliš zájem nejeví, nejen že se větších zvířat bojí, ale také z důvodu velké tělesné hmotnosti. Také organizujeme návštěvy do útulků či farem, kde se klienti setkávají především s menšími hospodářskými zvířaty a mohou s nimi přijít do přímého styku, pohladit si je, či nakrmit. Tady u nás v klubu máme morčata, o které se klienti starají, pravidelně je krmí a čistí jim klec.“* Tím se zlepšuje jejich schopnost pečovat nejen o sebe, ale i jejich zodpovědnost. Do zařízení také dochází canisasistentka, která zde provádí canisterapii pouze formou AAA. Tato aktivita je časově rozvržena přibližně na 1 hodinu a účastní se jí většinou 5 klientů.

Biblioterapie ani **poetoterapie** se v zařízení nevyužívá. Pouze v minimální míře jejich prvky. Vedoucí říká: *„Spousta klientů, kteří k nám chodí buď neumí číst, anebo nemají o četbu zájem.“* Klienti zde spíše pracují s textem například ve formě doplňování přísloví, nebo textů. Jedná se o skupinové aktivity s menším počtem členů, a to z důvodu nutné dopomoci klientům od vedoucí klubu, která tyto aktivity vede. *„Chtěla jsem zařídit do klubu kvalifikovaného biblioterapeuta, jelikož zázemí klubu je pro tyto činnosti vhodné a pomůcky jsou snadno k sehnání, ale po mých zkušenostech s nezájmem o knihy a malé obliby práce s textem, jsem tuto možnost přehodnotila.“*

3.3.2 Zúčastněné pozorování

Zúčastněné pozorování je nedílnou součástí průzkumných akcí kvalitativního charakteru. Oproti rozhovorům, které obsahují informace o tom, co je, či co si informátor myslí, je pozorování o tom, co se skutečně děje. Pozorovatel ale není při pozorování pasivní, sám se účastní dění a je ve vztahu s pozorovanými. V procesu zúčastněného pozorování jsou důležité čtyři kroky: navázání kontaktu, pozorování, záznam dat a závěr pozorování. (Hendl, 2005, str.193-198)

Mé zúčastněné pozorování probíhalo během měsíce března a dubna vždy po předchozí domluvě s vedoucí klubu. Do klubu jsem se dostavovala dvakrát až třikrát týdně a strávila jsem zde pokaždé průměrně čtyři hodiny. Pozorováním jsem získala informace o využívání terapeutických technik. Vedoucí klubu, měla vždy pro klienty připravené tematický program dne a dle toho se odvíjely aktivity s klienty. Jelikož mé návštěvy v klubu byly pravidelné, bylo snadnější navázat s klienty kontakt.

Během mého pozorování, které probíhalo většinou v dopoledních hodinách, jsem sledovala klienty, kteří se zapojují do terapeutických technik, s jakými pomůckami pracují, jejich zaujetí a samostatnost během aktivit.

Arteterapie

Arteterapeutické aktivity, které se účastnili čtyři klienti, si každý z nich vybral jeden obrázek, z výběru, který jim vedoucí připravila. Již při výběru obrázků bylo zřejmé, o které oblasti, jaký klient jeví zájem, například o vlaky či pohádkové postavy. Tyto obrázky nalepili doprostřed bílého papíru většího formátu, a vedoucí jim dala za úkol dokreslit okolí obrázku. Klientům byli poskytnuty fixy a pastelky. Klienti pracovali samostatně, bez dopomoci vedoucí, ta kreslila svůj obrázek také. Poté co všichni klienti dokončili své obrázky, dostali za úkol okomentovat co nakreslili a proč. Jako první začala vedoucí klubu, která představila svůj obrázek a poté mluvili postupně všichni klienti. Někteří pouze popsali, co nakreslili, jiní vysvětlovali i proč a co se jim líbí a podobně. Každý klient byl za jeho obrázek pochválen. Tato činnost trvala přibližně 45 minut.

Muzikoterapie

Aktivita, která vycházela ze základů muzikoterapie, se účastnili 4 klienti, takže se jednalo o skupinovou aktivní formu. Jelikož se v klubu konal den zaměřený na recyklaci a ochranu životního prostředí, připravila vedoucí klubu pro klienty píseň, ve které se zpívá o třídění

odpadu. Všichni jsme si společně přečetli text písničky a poté zazpívali. Během dne jsme si tuto píseň zpívali několikrát a sloužila k usnadnění zapamatování informací o třídění odpadů. K závěru dne pak byla v klubu pouštěna reprodukováná hudba, na kterou klienti mohli improvizovat a tančit. Někteří klienti tancovali samostatně a jiní ve dvojici či ve skupině i s vedoucí klubu. Tato aktivita sloužila spíše jako uvolnění klientů.

Dramaterapie

Během mých návštěv v klubu jsem tuto terapii nemohla pozorovat, jelikož ji zde vedoucí klubu již neuplatňuje, a to z důvodu nedostatečného zázemí a velmi vysoké náročnosti při práci s klienty.

Ergoterapie

Jelikož v klubu není kvalifikovaný ergoterapeut využívají se zde pouze prvky ergoterapie. Jako je například příprava jídla. Kdy vedoucí klubu společně s jedním maximálně dvěma klienty v připravuje jídlo. Vedoucí učí klienty, jak manipulovat například se škrabkou na brambory a jak brambory uvařit. Během mého pozorování vařili klienti bramborovou polévku. Někteří klienti uměli určité činnosti, například krájení brambor, již z domova. Naopak pro mladšího klienta byla většina činností nových. Tato aktivita je pro klienty velmi náročná, protože vyžaduje jejich pozornost a pro mladšího klienta bylo právě toto velmi obtížné, aby dokázal dokončit přípravu jídla, a následně umyl špinavé nádobí. Takovéto činnosti se snaží vedoucí s klienty dělat pravidelně, protože jsou velmi podstatné pro jejich zvyšování soběstačnosti. Celá příprava jídla trvala přibližně 80 minut.

Zooterapie

V klubu mají umístěnou klec, kde chovají 2 morčata. Během pozorování jsem mohla sledovat jak klienti morčata krmí, čistí jim klec a hrají si s nimi.

Do klubu se také dostavila slečna canisasistentka M. P. se svým psem. Tato aktivita byla předem objednaná, z důvodu účasti klientů, protože, někteří klienti klubu mají ze psů strach. Na začátku aktivity si mohli všichni klienti postupně psa pohladit, aby se s ním uvítali. Canisasistentka prováděla formy AAA, kdy klienti dostávali do rukou pamlsky, které schovávali a pes měl za úkol poznat ve které ruce se pamlsky nachází. Této aktivity se účastnilo 5 klientů a trvala necelých 60 minut. Klienti byli během této aktivity uvolnění, usměvaví a byli rádi za každý kontakt se psem.

Biblioterapie a poetoterapie

Ani jednu z těchto terapií, nebo prvků terapií, jsem nemohla v klubu pozorovat, protože zde nebyli přítomni klienti, kteří by měli o knihy a četbu zájem.

3.3.3 Dokumentace

Dokumentace doplňuje data, která jsou získána během pozorování a rozhovoru. Za dokumenty můžeme považovat ta data, která vznikla již v minulosti nebo v současnosti uvažované události. Tato data netvořil výzkumník a nejsou určená pro výzkumníkův daný aktuální účel. (Hendl, 2005, str. 204)

V klubu je vedena dokumentace, kde je evidována docházka klientů a finanční úhrady. Dále jsou evidovány programy aktivit, kde je možné vyhledat data kdy jaké aktivity a jakým způsobem probíhaly. Jsou zde například vložené obrázky pro arteterapii, vypsání pomůcky, které jsou k práci potřeba. Také jsou zde stručně popsány tematické dny k významným datům a podobně. Jako jsou například zdravá strava, olympijské hry, Vánoce, Velikonoce, roční období a státní svátky.

3.4 Metodický postup zpracování dat

Rozhovory, které jsem vedla s vedoucí klubu paní V. H., pomocí návodu (příloha A) jsem si nahrála na mobilní telefon a poté přepsala (doslovný přepis rozhovorů není dán v příloze). Další poznatky jsem získala během mého pozorování, které jsem zapisovala do pozorovacího archu (příloha B). To vše jsem doplnila studiem dokumentace. Poté jsem veškerá tyto data zpracovala pomocí SWOT analýzy.

3.5 SWOT analýza

SWOT analýza je nejuniverzálnější analytická technika, kterou popsal v 60. letech Albert Huphrey. (Zlámal, 2009, str. 54)

Název SWOT analýza vychází z anglické zkratky čtyř slov a to: strong (silné stránky), weak (slabé stránky), opportunities (příležitosti) a threats (hrozby). Jedná se tedy o komplexní zhodnocení silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb dané tematiky. (Kaňáková, 2008, str. 141)

Silné a slabé stránky vyjadřují vnitřní faktory a vycházejí přímo z dané instituce. Badatel si je přímo uvědomuje. Oproti tomu příležitosti a hrozby představují vnější faktory zkoumaného objektu, a dají se považovat jako budoucí možnosti. (Zlámal, 2009, str. 54)

V mé SWOT analýze jsou shrnuté údaje, které byly získány během rozhovorů, pozorování a studiem dokumentace.

3.5.1 Silné stránky

Mezi silné stránky možností využívání terapeutických technik v denním klubu je jejich multifunkční uplatnění. Klub mohou navštěvovat klienti s různým typem postižení a širokého věkového spektra, jak je popsáno výše. Velkou předností klubu je jeho vedoucí, která má v oblasti práce s osobami s mentálním a kombinovaným postižením veliké zkušenosti, a dostatek informací získaných během své praxe a na absolvovaných kurzech. Další silnou stránkou je i finanční zisk z prodeje výrobků, které zde klienti vytvoří v rámci arteterapie.

Silnou stránkou samotných technik je jejich pozitivní působení na komunikaci, kdy klienti například sami hovoří o svých dílech, rozvíjí slovní zásobu během muzikoterapie, či zlepšují hrubou i jemnou motoriku během ergoterapeutických aktivit.

Dále se jedná o vliv poskytovaných terapeutických technik a jejich prvků na zvyšování soběstačnosti a samostatnosti klientů, zejména při aktivitách vycházejících z ergoterapie. Klienti se učí vařit, cestovat hromadnou dopravou, nebo nakupovat. Pro tyto činnosti je i velmi výhodná poloha klubu v blízkosti centra města, dostupnost dopravy a to, že mají svou malou kuchyň.

3.5.2 Slabé stránky

Do slabých stránek se může zařadit, nedostatečné personální zabezpečení aktivit, kdy veškeré aktivity vede vedoucí klubu sama, popřípadě za pomoci dobrovolníků či jiné neziskové organizace. Nenachází se zde kvalifikovaný muzikoterapeut a ergoterapeut, jejichž využití by zde bylo velkým přínosem. Také jsou zde nedostatečné pomůcky a vybavení pro poskytování některých technik, například muzikoterapie. Slabou stránkou je hlavně financování klubu. Klienti si platí za každý den strávený v klubu a cena pokryje výdaje na jídlo a pitný režim, ale finanční prostředky potřebné na zajištění terapeutických technik chybí.

Slabou stránkou ze strany klientů je strach z nových věcí, nebo z kontaktu se zvířetem. Dále nezájem o čtení, negramotnost, či zhoršený fyzický stav klienta, například obezita. Jelikož klienti nemají v klubu pravidelnou docházku, není příliš možné plánovat aktivity, které by na sebe navazovaly více dnů. Pokud se klubu dostaví klienti v různém věkovém rozmezí je složitější uzpůsobení aktivity, tak aby odpovídala potřebám všem klientům. Starší klienti preferují klidnější a relaxační techniky, naopak mladší klienti se raději zapojují do dynamičtějších aktivit.

3.5.3 Příležitosti

Do příležitostí se může řadit spolupráce klubu s dalšími organizacemi, jelikož klub nyní spolupracuje s neziskovou organizací zaměřenou na hipoterapii, mohlo by být možné navázat kontakt i s jinými organizacemi, které se například zaměřují na canisterapii, či muzikoterapii. Další příležitostí, co se týče financování, je možnost požádat Magistrát města Pardubice o dotace. Další možností je získání sponzorského daru, od různých firem, nebo soukromých podnikatelů, nejen ve finanční podobě, ale třeba i formou pomůcek k jednotlivým terapeutickým technikám.

Příležitostí ke zlepšení personálního zabezpečení by mohlo větší využívání dobrovolníků, kteří již v klubu působí ale jen velmi málo. Další variantou by bylo zřízení chráněného pracovního místa, na které by úřad práce poskytoval příspěvek. Další možností by mohlo být poskytnutí absolventského místa, o které by se mohli ucházet nejen zdravotně sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, ale i osoby s jiným vzděláním, které by o tuto oblast práce měly zájem, a potřebovaly by získat potřebnou praxi.

3.5.4 Hrozby

Jelikož prostory klubu nejsou příliš veliké mohlo by se stát, že při naplnění kapacity a nedostatečném personálním zabezpečení by budoucí klienti museli být z těchto důvodů odmítnuti. Další hrozbou je absence vedoucí klubu, například ze zdravotních důvodů. Vedoucí zde veškeré aktivity vede převážně sama, proto je na ní chod klubu závislý, a bez ní by nebylo možné klub provozovat. Klienti by neměli možnost zde smysluplně trávit svůj volný čas. Jak bylo již výše zmíněno, klienti si hradí každý den v klubu danou denní sazbou, a pokud by došlo ke zvyšování těchto denních sazeb, mohlo by to některé současné či budoucí klienty odradit od využívání klubu.

Za další hrozbu se dá považovat kvalita služeb. Služby klubu neposkytuje registrovaný poskytovatel sociálních služeb, a není tedy vázán na standardy kvality poskytování sociálních služeb. Mohlo by se tedy stát, že by služby zde poskytované nebyly dostatečně kvalitní a klienti by ztratili zájem o klub, který by mohl zaniknout.

4. DISKUZE

V této části mé práce jsou shrnuty výsledky výzkumné části práce. Zde se budu věnovat porovnávání výsledků mé bakalářské práce s jinou bakalářskou prací od Kolářové (2013) a dalšími literárními zdroji. Cílem této práce je zmapovat využití terapeutických technik v klubu pro osoby s mentálním postižením. Dílčím cílem je porovnat popsané terapeutické techniky v teoretické části s těmi, které se v praxi využívají a konkrétně jak.

V denním klubu pro osoby s mentálním postižením jsou poskytovány a prováděny tyto terapie: arteterapie, zooterapie, prvky muzikoterapie a ergoterapie. Dramaterapie, biblioterapie a poetoterapie v klubu využívané nejsou nebo pouze v minimální míře prvky těchto terapií.

Výzkumná otázka č. 1: Jak jsou terapeutické techniky využívány v praxi zkoumaného zařízení?

Z průzkumu vyplývá, že mezi využívané techniky v denní klubu patří arteterapie, která je zde stejně jako dle výsledků BP od Kolářové (2014) poskytována skupinovou formou a jsou k této technice užity podobné pomůcky, jako jsou pastelky, fixy, skartovaný papír, barvy a štětce. Také nejvíce užívané techniky, které obě BP popisují jsou stejné, a to kresba, malba a kombinované techniky. Tyto techniky a pomůcky také popisuje Müller (2014). U lidí s mentálním postižením jsou voleny spíše techniky relaxační a techniky při nich vzniká konečný produkt, který se poté může využít například jako dar, předmět k prodeji či výstavě. (Müller, 2014, str. 77-128) Toto tvrzení potvrdila i vedoucí klubu, která se v rozhovoru zmiňovala o malování plátěných tašek, které poté slouží k prodeji. Značný rozdíl je zde v časové dotaci aktivity. V mnou zkoumaném zařízení se jedná o maximálně hodinovou aktivitu, zatímco dle Kolářové (2014) tato technika trvá až 4 hodiny.

Další terapií jejíž prvky se využívají v zařízení je muzikoterapie. Pomocí muzikoterapie si osoby s mentálním postižením rozvíjí slovní zásobu, zlepšují výslovnost a dynamiku řeči. (Müller, 2014, str. 64-65). To potvrzuje i dotazovaná vedoucí, která se hlavně pomocí prvků muzikoterapie snaží o rozvoj slovní zásoby, a zlepšení zapamatování si informací. Na rozdíl dle výsledků Kolářové (2014) je muzikoterapie spíše zaměřena na procvičení hrubé a jemné motoriky a koordinace těla. Müller (2014) dělí muzikoterapii do dvou forem dle počtu klientů, a to individuální a skupinovou. Dotazovaná vedoucí klubu se přiklání, nebo spíše nejčastěji v zařízení provádí formu skupinovou. Muzikoterapie se dále dělí na aktivní a receptivní formu. (Müller 2014, str. 64-65) Dle vedoucí klubu jsou relaxační neboli receptivní

aktivity více oblíbené u starších klientů, a to hlavně po více náročných činnostech. Naopak mladší klienti se velmi aktivně zapojují do činností spojených s pohybem a hrou na nástroji jako jsou dřívka a řehtadla. Velmi oblíbené jsou i hry se zpěvem. Toto potvrzuje i Kolářová (2014), která ve své práci uvádí že, nejvíce oblíbenými technikami jsou hry s předměty a nástroji a hry s rytmem.

Co se týče dramaterapie Vítková (2001) uvádí, že tato terapie podněcuje rozvoj komunikace, představivosti, zvyšuje sociální interakce, zlepšuje pozornost a slovní zásobu, vede k uvolnění a kontrole emocí. S dramaterapií také velmi úzce souvisí teatroterapie, která je ale zaměřena na výsledný produkt terapie, tedy divadelní představení, na rozdíl od dramaterapie, ve které jde především od daný terapeutický proces. O popsané teatroterapii se v rozhovoru zmiňuje i vedoucí klubu, která s klienty secvičila historickou hru, ale hodnotí to jako velmi náročné, jak ze strany organizátorů, tak ze strany klientů, protože vžití se do rolí, či zapamatování minimálních scénářů je pro klienty velmi náročné. V zařízení, ve kterém jsem prováděla průzkum není dramaterapie více využívána. Kolářová (2014) popisuje ve své práci tyto techniky: dramatické hry s prvky improvizace se zadaným tématem a pravidly, improvizace, jednoduché společenské hry na uvolnění a zábavu, dále dechová a hlasová cvičení. Nejedná se ovšem o dramaterapii ani dramatickou výchovu ale pouze o dramatický kroužek.

Zooterapie

Zooterapie vede ke zlepšení psychické pohody, komunikačních a sociálních schopností, hrubé i jemné motoriku a empatie. S tvrzením od Müllera (2014) souhlasí i vedoucí klubu, která organizuje návštěvy do útulků či farem, kde se klienti setkávají především s menšími hospodářskými zvířaty a mohou s nimi přijít do přímého styku, pohladit si je, či nakrmit. U těchto činností si klienti procvičují jak hrubou, tak i jemnou motoriku, a často si se zvířetem sami začnou povídat.

Zooterapie je i výchovným prostředkem, který vede k osvojování správného chování ke zvířatům a poté i k lidem. (Müller, 2014, str. 480-485) To jsem mohla sama pozorovat v klubu, kde se klienti starali o morčata, učili se tím nejen šetrné manipulace se zvířetem, ale získávali tím i zodpovědnost za péči o zvíře.

Müller (2014) také uvádí, že k zooterapii jsou využívány metody v různých programech jako je návštěvní program, kdy odborníci zooterapie navštěvují klienty. Dále se jedná o jednorázové akce často za účelem zviditelnění. anebo je zvíře v zařízení trvale. Přičemž návštěvní terapie je nejrozšířenější formou. (Müller, 2014, str. 61) I v denním klubu se

jednalo o zooterapii, konkrétně canisterapii, návštěvní. Klub navštěvuje canisasistentka se svým psem. Tato aktivita je časově rozvržena přibližně na 1 hodinu a účastní se jí většinou 5 klientů. Jedná se o předem objednanou aktivitu, z důvodu účasti klientů, protože, někteří klienti klubu mají ze psů strach. Na začátku této aktivity si všichni klienti postupně psa pohladili, aby se s ním uvítali a seznámili. Canisasistentka prováděla formy AAA. Například klienti dostávali do rukou pamlsky, které schovávali a pes měl za úkol poznat, ve které ruce se pamlsek nachází.

Také výsledky práce od Kolářové (2014) se shodují s tím, že nejčastěji prováděnou terapií zooterapie je canisterapie. Psi, kteří jsou k této terapii využívání pomáhají zlepšovat komunikaci, zdokonalovat jemnou a hrubou motoriku a všeobecně aktivovat tělesně postižené dítě. K tomu, aby těchto cílů bylo dosaženo jsou používány techniky AAA, AAT a AAE. K procvičení jemné a hrubé motoriky používají techniky AAA. AAA probíhá nepravidelně, dle objednaní. Délka trvání je 1 a půl hodiny.

V rámci hipoterapie spolupracuje denní klub s jinou neziskovou organizací. Straší klienti o tyto techniky nejeví příliš zájem, nejen že mají strach z větších zvířat, ale také z důvodu velké tělesné hmotnosti klientů. Kolářová (2014) popisuje ve své práci využívání hipoterapie u dětí, u kterých je naopak tato terapie velmi oblíbená.

Ergoterapie

Jelínková (2009) ve své knize uvádí že, hlavním cílem této terapie je, aby si člověk dokázal udržet, nebo obnovit schopnosti nutné pro výkon činností zejména v oblasti sebezpečí, a tím podpořil fyzickou, psychickou i sociální složku zdraví. I když v denním klubu není kvalifikovaný ergoterapeut, využívá vedoucí klubu prvky ergoterapie, které jsou hlavně zaměřeny právě na zvyšování soběstačnosti a samostatnosti. Nejčastěji se jedná o aktivity jako je práce na zahradě, vaření, úklid, dodržování hygieny, nakupování nebo jízda veřejnou hromadnou dopravou.

Kolářová (2014) ve své práci uvádí, že nejvíce praktikována je kondiční ergoterapie napomáhající zlepšení psychického stavu, dále ergoterapie začleněna na cílenou oblast, do které spadá například ergoterapie ruky a ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti neboli nácvik všedních denních dovedností ADL. Tak aby bylo dosaženo v maximální možné míře, co nevyšší soběstačnosti a tím došlo ke zvýšení kvality života. Jak již bylo výše zmíněno je toto hlavním cílem i vedoucí denního klubu a samotné ergoterapie.

Činnosti v ergoterapii se dají rozdělit do tří kategorií. První kategorií jsou všední denní činnosti, druhou kategorií instrumentální denní činnosti a třetí kategorií jsou činnosti spojené s trávením volného času a hrou. (Jelínková, 2009, str. 66) Vedoucí klubu s klienty provádí techniky všech těchto tří kategorií. Jedná se o i techniky ergoterapie ruky, kdy se učí například správné držení tužky, příboru, psaní, dále procvičování jemné a hrubé, práce s papírem, ruční práce, práce s textilem, práce s přírodními materiály, lidové výtvarné techniky a nácvik jízdy na invalidním vozíku. Dále hraje vedoucí klubu s klienty hry, ve kterých klientům simuluje nějakou situaci z běžného života, například nakupování v obchodě, či vyzvedávání zásilky na poště. V rámci těchto her se jedná o skupinové aktivity, ale při nácviku běžných denních činností se jedná o individuální formu práce s klientem, která se odehrává v různém časovém intervalu, dle náročnosti činnosti.

Nejčastěji používanými hrami v ergoterapii dle Kolářové (2014) jsou hry napodobovací, úlohové a tematické hry, konstruktivní hry, pohybové a rytmicko – hudební hry a hry společenské. Kolářová (2014) také píše že, většinou jsou všechny činnosti a aktivity klienty přijímány kladně. Nácviky ADL jsou celkem oblíbené – např. vaření a příprava pokrmů. Oproti tomu v denním klubu vaření patří mezi méně oblíbené aktivity.

Biblioterapie a poetoterapie

Müller (2014) ve své knize uvádí, že obě tyto terapie využívají práci s textem a jedná se buď o formu aktivní či receptivní. Poetoterapie na rozdíl od biblioterapie navíc využívá hudební a melodické prvky psané či mluvené řeči. U osob s mentálním postižením by měly vést k rozšiřování slovní zásoby, nácviku správné artikulace, melodie a intonace řeči, zlepšování pravolevé orientace, zlepšování představ a fantazie. (Müller, 2014, str. 200) Tyto terapie se ale v denním klubu nevyužívají z důvodu negramotnosti klientů a nezájmu o četbu. Pouze v minimální míře klienti pracují s textem například ve formě doplňování přísloví, nebo textů. Jedná se o skupinové aktivity s menším počtem členů, a to z důvodu nutné dopomoci klientům od vedoucí klubu, která tyto aktivity vede.

Všechny prováděné techniky v rámci jednotlivých terapií, jsou odvozeny od aktuální nálady klientů a jednotlivá témata jsou vybírána na základě aktuálního dění kolem.

5. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá tématem využití terapeutických technik v denním klubu pro osoby s mentálním postižením. Z již výše uvedených kapitol vyplývá, které terapeutické techniky se využívají při práci s osobami s mentálním postižením v daném zařízení.

Teoretická část práce popisuje charakteristiku osob s mentálním postižením, sociální služby, které jsou pro tyto osoby určené. Jsou zde také popsány vybrané terapeutické techniky a systém ucelené rehabilitace, který je s touto tematikou velmi úzce spojeny.

V průzkumné části práce jsem se zaměřila na konkrétní zařízení pro osoby s mentálním postižením a pomocí designu kvalitativního výzkumu jsem rozhovorem, pozorováním a studiem dokumentace získala potřebné informace, které jsem poté shrnula ve SWOT analýze a vyhodnotila.

Cílem celé práce bylo zmapovat využití terapeutických technik v denním klubu pro osoby s mentálním postižením. Vzhledem k výše zmíněnému se domnívám, že stanovený cíl bakalářské práce byl v plném rozsahu naplněn. A tohoto cíle bylo dosaženo.

Zařízením, kde terapeutické techniky využívají, je právě Denní klub pro osoby s mentálním postižením. Zde techniky slouží především k rozvoji hrubé a jemné motoriky, zlepšování a rozvoji slovní zásoby, rozvoji komunikace, nácviku všedních denních činností, a to vše poté působí na posilování soběstačnosti, samostatnosti klientů a jejich hudební a estetické citění. Každá z těchto technik se provádí za určitým cílem a je zde nutné propojení všech zúčastněných členů od vedoucí klubu, klientů až po rodinu, tak aby bylo dosaženo účinku a úspěchu.

V Pardubicích se nenachází více podobných zařízení, které by obsáhli tak široké věkové spektrum klientů a různorodost jejich postižení, a proto je práce, hlavně vedoucí klubu, nesmírně cenná. Ale zároveň toto vidím i jako největší problém, že je nedostatek podobných zařízení, a hlavně s nedostatečným personálním obsazením.

Díky systému ucelené rehabilitace, je možné poskytovat lidem s mentálním postižením komplexní péči. Do složek ucelené rehabilitace se dají zařadit již zmíněné, terapeutické techniky, které se ale v rámci toho systému příliš nevyžívají.

Myslím si, že by tato práce mohla být inspirací a přínosem nejen pro zdravotně – sociální pracovníky, ale i pro jiné profese, či širokou veřejnost. Může vést ke lepší orientaci v možnostech práce s osobami s mentálním postižením, jelikož je v práci konkrétně popsáno,

které techniky klienti preferují a jakým způsobem, za pomoci, jakých pomůcek a v jakém prostředí je možné techniky provádět. Také tato práce může pomoci se zařazením terapeutických technik do systému ucelené rehabilitace.

A vzhledem ke stárnutí populace a zvyšování věku, kdy mají ženy děti, je velmi pravděpodobné, že se s mentálním postižením budeme shledávat čím dál častěji. A proto je velice důležité se tímto tématem stále zabývat.

Zpracování této práce pro mne bylo užitečné a doufám, že bude užitečné i pro ty, kteří se o danou problematiku zajímají.

6. POUŽITÁ LITERATURA

1. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
2. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
3. JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.
4. KAŇÁKOVÁ, Eva. *Jak efektivně vést porady*. Praha: Grada, 2008. Vedení lidí v praxi. ISBN 978-80-247-1625-1.
5. KOLÁŘOVÁ, Marie. *Terapeutické techniky a jejich využití u dětí s tělesným postižením ve školním věku*. České Budějovice, 2013. 80 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Vlastimila Urbanová.
6. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
7. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-. ISBN 978-80-904259-0-3.
8. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
9. SOLOVSKÁ, Vendula. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0369-8.
10. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.
11. VITÁKOVÁ, Petra, ed. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání: projekt EQUAL – rozšíření metodiky, národní a evropská spolupráce*. Praha: Rytmus, 2005. ISBN 80-903598-0-9.

12. VÍTKOVÁ, Marie a Jarmila PIPEKOVÁ, ed. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. rozš. vyd. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
13. VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-07-08-5.
14. ZLÁMAL, Jaroslav. *Marketing ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009. ISBN 80-7013-441-0.

7. LEGISLATIVA

15. ČESKO. Vyhláška č. 27/2006 o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. In: Sbírka zákonů České Republiky. 2016, částka 10, s. 234-312. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://ftp.aspi.cz/opispdf/2016.html#castka_10
16. ČESKO. Vyhláška č. 72/2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In: Sbírka zákonů České Republiky. 2005, částka 20, s. 490-502. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://ftp.aspi.cz/opispdf/2005.html#castka_20
17. ČESKO. Zákon č. 108/2006 o sociálních službách. In: Sbírka zákonů České Republiky. 2006, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://ftp.aspi.cz/opispdf/2006.html#castka_37
18. ČESKO. Zákon č. 435/2004 o zaměstnanosti. Sbírka zákonů České Republiky. 2004, částka 143, s. 8270-8316. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://ftp.aspi.cz/opispdf/2004.html#castka_143

8. PŘÍLOHY

| | |
|-------------------------------------|----|
| Příloha A – Návod k rozhovoru | 48 |
| Příloha B – Pozorovací arch | 49 |

Příloha A – Návod k rozhovoru

TECHNIKY TERAPIE

1. Jaké terapeutické techniky používáte v rámci terapie?
2. Jedná se o skupinové nebo individuální aktivity?
3. Kolik klientů se účastní skupinových aktivit?
4. Kolik osob zajišťuje tuto aktivitu (terapeut, osobní asistent, dobrovolníci)?
5. Které z Vámi využívaných technik jsou z vašeho pohledu u klientů oblíbené a proč?

POMŮCKY

6. S jakými pomůckami při arteterapii pracujete?
7. Jsou podle Vás pomůcky, které máte k dispozici dostačující?

ZÁZEMÍ

10. Jsou podle Vás prostory pro techniky terapií dostačující?

ČASOVÝ INTERVAL

11. V jakém časovém intervalu probíhá tato terapie? (hodiny/týden)

ZÁJEM KLIENTŮ

Příloha B – Pozorovací arch

| | |
|--|--|
| Datum a čas pozorování | |
| Počet pozorovaných klientů | |
| Terapeutická technika | |
| Pomůcky a zázemí | |
| Personální zajištění poskytované terapeutické techniky | |
| Chování, aktivita klientů | |
| Poznámky vedoucí zařízení | |
| Jiné | |