

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Zvyšování kvality života u osob s mentálním postižením

Improving the quality of personal life of persons with mental disabilities

Praha 2011

Vedoucí bakalářské práce:

PaedDr. Jaroslava Zemková, Ph.D.

Vypracovala:

Bc. Šárka Piskačová

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Zvyšování kvality u osob s mentálním postižením“ vypracovala samostatně a použila pouze pramenů, které uvádím v přiložené bibliografii.

Beru na vědomí, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorského zákona v platném znění, zejména skutečnost, že Univerzita Karlova v Praze má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona.

V Praze dne 8. dubna 2011

.....

podpis

Ráda bych na tomto místě poděkovala paní PaedDr. Jaroslavě Zemkové, Ph.D. za odborné metodické vedení práce a cenné rady.

Dále bych své poděkování chtěla věnovat všem osobám, které se zúčastnily výzkumného šetření, za jejich čas, zájem a mnohdy také podporu v mé práci.

ANNOTACE

Bakalářská práce „Zvyšování kvality života u osob s mentálním postižením“ se zabývá vlivem canisterapie, ergoterapie a muzikoterapie na rozvoj vybraných složek psychomotorického vývoje. Myslím si, že terapie mohou vést ke zlepšování řečových dovedností, jemné a hrubé motoriky. Tím se nepochybně zvyšuje kvalita života a možnost seberealizace osob s mentální retardací.

Práce je rozdělena na část teoretickou ve které jsou obsažena základní fakta z oblasti terminologie, etiologie a klasifikace mentální retardace a charakteristiky osob jí postižených, představen pojem kvality života, jednotlivé terapie a psychomotorické funkce a část praktickou, která se zabývá výzkumným šetřením.

Výzkumné šetření tvoří dva samostatné celky. První byl zaměřen na zjištění názoru pracovníků a rodičů mentálně postižených osob na vliv terapií na uvedené psychomotorické funkce. Druhý se zabýval výběrovostí terapií u vzorku osob s mentální retardací.

Klíčová slova: mentální postižení, mentální retardace, kvalita života, canisterapie, ergoterapie, muzikoterapie, hrubá motorika, jemná motorika, řeč

ANNOTATION

Bachelor thesis "*Improving the quality of personal life of persons with mental disabilities*" examines the influence of canistherapy, ergotherapy and music therapy on the development of selected components of psychomotor development. I think therapy can lead to improvement of language skills and fine and gross motor skills. This undoubtedly enhances the quality of life and the possibility of self-realization of people with mental retardation.

The work is divided into a theoretical part which contains the essential facts about the terminology, etiology, and classification of mental retardation and characteristics of people affected by it, it introduces the concept of quality of life, different therapies, and psychomotor functions and a practical part, which deals with my research.

The survey consists of two separate units. The first was aimed at identifying the views of workers and parents of mentally disabled persons to the effect of therapy on psychomotor function. The second dealt with the selectivity of therapies for a sample of persons with mental retardation.

Key words: mental disability, mental retardation, quality of life, canistherapy, Ergotherapy, music therapy, gross motor skills, fine motor skills, speech

OBSAH:

ÚVOD	8
 TEORETICKÁ ČÁST	
1 TERMINOLOGIE.....	10
2 PROBLEMATIKA OSOB S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	11
2.1 Definice mentální retardace.....	11
2.2 Etiologie mentální retardace.....	13
2.3 Klasifikace mentální retardace.....	14
2.4 Charakteristika osob s mentální retardací.....	15
3 KVALITA ŽIVOTA.....	17
3.1 Zvyšování kvality života osob s mentálním postižením.....	17
4 VYBRANÉ TERAPIE A JEJICH VLIV NA PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ A ZVYŠOVÁNÍ KVALITY ŽIVOTA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	19
4.1 Canisterapie.....	20
4.2 Ergoterapie.....	21
4.3 Muzikoterapie.....	22
5 PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ ČLOVĚKA.....	23
5.1 Hrubá motorika.....	24
5.2 Jemná motorika.....	25
5.3 Řeč.....	25
 PRAKTICKÁ ČÁST	
6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	26
6.1 Metodologie výzkumného šetření.....	26
6.1.1 Dotazník.....	26
6.1.2 Rozhovor.....	27
6.1.3 Projektivní technika (výběr fotografií).....	27
6.2 Popis průběhu výzkumného šetření.....	28
6.2.1 Výzkumný vzorek.....	28
6.2.2 Sběr dat	29
7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	30

7.1 Výsledky dotazníkové metody	30
7.1.1 Porovnání výsledků dotazníkové metody s vlastními názory	32
7.2 Výsledky rozhovoru a projektivní techniky.....	33
7.2.1 Porovnání výsledků rozhovoru a projektivní techniky s vlastním očekáváním.....	35
ZÁVĚR.....	36
SEZNAM POUŽITÉ A CITOVANÉ LITERATURY.....	39
PŘÍLOHY	

Motto:

„Podívaná nic není . Žít můžeš jen z toho, co přetváříš. Ne však z toho, co je do tebe ukládáno jako do skladiště. Kdyby ten člověk mohl vzít bič a šlehat koně a nosit kameny a pomáhat při stavbě chrámu, žil by. Ale jemu je všechno dáváno.“

Antoine de Saint-Exupéry, Citadela

ÚVOD

V posledních dvaceti letech se objevil zvýšený zájem o problematiku tzv. „kvality života“, která se stává předmětem zájmu o subjektivní pocit spokojenosti každého člověka se svým životem, společenským postavením, ekonomickým zázemím, duševním i fyzickým zdravím a dalších. Četné výzkumy a statistiky se podílejí na zjišťování míry kvality života v populaci a její následné zvyšování.

Z hlediska speciální pedagogiky, a oborů jí příbuzných, nelze přehlédnout vzrůstající tendence o transformaci systému podpory a péče o osoby se zdravotním znevýhodněním, směřující ke zlepšení kvality jejich života.

Úroveň spokojenosti člověka, a tedy kvalitu jeho života, ovlivňuje z velké části uspokojování základních lidských potřeb. Není pochyb o tom, že osoby zdravotně znevýhodněné, které mají jiné dispozice v oblastech smyslového vnímání, myšlení, komunikace či samostatného pohybu, budou jinak disponovány i v oblasti saturace vlastních potřeb. Je tedy nabíledni, že musí existovat různé formy pomoci a podpory, které by zajistily, či byly nápomocny, vyrovnávání příležitostí zdravotně znevýhodněných při naplňování jejich potřeb. Pomocí kompenzačních pomůcek, široké nabídky sociálních služeb, socializace, zaměstnávání a jiných, se snažíme o odstraňování bariér a bourání pomyslné zdi mezi zdravotně znevýhodněnými jedinci a většinovou společností. Co se týče mentálního postižení, dá se říci, že tato „zed“, tvořená předsudky, obavami, nepřijetím a mnohými dalšími negativními přístupy ze strany intaktní společnosti, má mnohem pevnější základy než u jiných typů zdravotního znevýhodnění.

Mentální retardace se promítá do všech psychických složek, které jsou sice značně limitovány v závislosti na jejím stupni (případně také dalšími přidruženými vadami), ale na jejich rozvoji se významně podílí výchova a různé metody stimulace.

S psychomotorickým rozvojem pak značně souvisí již zmíněná saturace potřeb, neboť čím je člověk samostatnější, tím je schopnější naplňovat svá přání (nebo je vyjádřit a poprosit o pomoc k jejich dosažení), zvyšovat kvalitu svého života.

S tím také souvisí motto, které jsem si vypůjčila z Exupéryho Citadely. Zde sice autor vypráví o malomocném, avšak podíváme-li se na tento příklad z širšího hlediska, můžeme si na jeho místě představit i člověka s mentálním postižením. Podle Exupéryho život vyživoval malomocného jen „matnou podívanou“, neboť žil mimo společnost, nepracoval a nemohl se tudíž seberealizovat. Lidé z města mu sice denně z lítosti nosili jídlo, byl obsluhován, ale „*zatím co on potřeboval všechny, jeho nepotřeboval nikdo*“. Na základě tohoto příkladu si lehce můžeme domyslet, že spíše než lítost a hyperprotektivní péče, je pro rozvoj a kvalitu života osob se zdravotním znevýhodněním důležitější jejich vedení k co největší možné míře samostatnosti, pracovnímu uplatnění a začlenění se do společnosti.

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na zvyšování kvality života u osob s mentální retardací za využití canisterapie, ergoterapie a muzikoterapie, které podle mého názoru mohou výrazně ovlivnit jejich psychomotorický vývoj. V praktické části své práce jsem se pokusila zjistit, zda je mezi osobami s mentální retardací zjevná preference některé z výše uvedených terapií.

Také mě zajímal názor rodičů a klíčových pracovníků na možný vliv terapií na rozvoj řeči, hrubé a jemné motoriky a tyto získané závěry pak porovnat s vlastními představami.

1 TERMINOLOGIE

Terminologie mentální retardace a problematiky osob jí zatížených, prošla velkým vývojem. V zásadě lze říci, že názvosloví této oblasti se neustále inovuje v souvislosti s rozvojem péče a změnami v přístupu k osobám s mentálním postižením.

Jak uvádí Černá, od druhé poloviny 20. století se stále více zdůrazňuje významnost osobnosti, tj. individuální specifičnosti každého člověka s postižením. (Černá a kol., 2008) Oproti dřívějšímu termínu „mentálně postižená osoba“ se nověji dává přednost spíše méně pejorativnímu – „osoba s mentálním postižením“. *„Tímto označením se vyjadřuje skutečnost, že mentálně postižení jsou především lidské bytosti, individuality a teprve potom, na druhém místě, mají postižení.“* (Černá a kol., 2008, s. 76)

K progresivním změnám v terminologii se vyjadřuje také Šiška: *„V některých zemích se z důvodu pejorativního obsahu starších názvů zavádějí nové pojmy jako např. postižení intelektu (intellectually disabled people – Austrálie, USA) nebo obtíže ve vzdělávání (people with learning difficulties – Velká Británie).“* (Šiška, 2005, s. 14) Dále podotýká, že ve Velké Británii se na změnách v terminologii podílelo hnutí sebeobhájců (People First – Především lidé) – svépomocné hnutí osob s mentálním postižením. (Šiška, 2005)

Lze předpokládat, že terminologie bude i nadále procházet vývojem, upravovat názvosloví týkající se problematiky těchto osob, a napomůže tak mírnit či v nejlepším případě odstranit předsudky a bariéry ze strany většinové společnosti.

2 PROBLEMATIKA OSOB S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Každý člověk je originální lidskou bytostí, jakousi soustavou povahových vlastností, osobnostních a speciálních charakteristik, mezi které můžeme řadit také různé typy zdravotního znevýhodnění či oslabení, včetně mentálního postižení.

„Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projevují neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit.“ (Vágnerová, 2004, s. 289) Udává se, že mentální postižení se vyskytuje přibližně u 3 % populace a jsou jím postihováni o něco více jedinci mužského pohlaví. V rámci samotného postižení pak tvoří největší skupinu osoby s lehkou mentální retardací (70 %).

Problematika osob s mentálním postižením tvoří specifickou oblast na poli speciální pedagogiky. Dle mého názoru se osoby s tímto typem zdravotního znevýhodnění setkávají s předsudky a odmítáním ze strany intaktní společnosti mnohem častěji a ve větší míře než osoby s jiným typem postižení, kupříkladu smyslovým.

2.1 Definice mentální retardace

Mentální retardace označuje deficit rozumových schopností, který se v závislosti na jejím stupni, různou měrou promítá do psychomotorického vývoje, běžných aktivit a zejména socializace osob s tímto typem postižení.

„Mentální retardaci lze charakterizovat jako odchylný vývoj osobnosti, který je limitován nebo omezován nejen dosaženou, ale i dosažitelnou úrovní rozumových schopností.“ (Lesný, Špitz, 1989, s. 187)

Vágnerová tento typ postižení popisuje jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Podle ní jsou hlavními znaky mentální retardace nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky. (Vágnerová, 2004)

Podle Malé se jedná o globální poškození intelektových funkcí spolu s narušeným vývojem celé osobnosti a společenskou nedostačivost v důsledku snížení intelektu od počátku duševního vývoje. (Hort a kol., 2008)

Diagnostický manuál Světové zdravotnické organizace (WHO) definuje mentální retardaci takto: „*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.*“ (<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>).

Americká asociace pro mentálně postižené (dříve American Association on Mental Retardation, která od roku 2006 užívá název American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) se řídí diagnostickým a statistickým manuálem americké psychiatrické asociace (DSM-IV) a hovoří o mentálním postižení (intellectual disability) jako o postižení vznikajícím před 18. rokem života, které se vyznačuje velkými omezeními v duševních funkcích a adaptačním chování vyjádřeným abstraktními, sociálními a praktickými dovednostmi. (<http://www.aaid.org/index.cfm>)

Z hlediska etiologie postižení se tak DSM-IV značně rozchází s Mezinárodní klasifikací nemocí, která stanovuje hranici vrozených příčin mentální retardace maximálně do 2 let věku. Mentální postižení, které vzniká v průběhu života a dochází při něm ke ztrátě již naučených dovedností vlivem degenerativních změn mozkové tkáně se nazývá demence.

V posledních letech se mění pohled na postižení jako takové, příkladem může být sociální model postižení, který vznikl jako opozice medicínskému modelu, kde je dominantním aspektem především diagnóza, která „zneschopňuje, oslabuje nebo znevýhodňuje jedince“. Podle sociálního modelu je postižení naopak zapříčiněno „strukturálními handicapujícími vlivy ze strany společnosti“ (zaměření na schopnosti a výkon jedince, pojem normality). (Šiška, 2005)

Je velmi zřetelné, že nové trendy v přístupu k osobám s mentálním postižením se nepromítají pouze v terminologii, ale mají vliv také na samotné definice daného zdravotního znevýhodnění.

2.2 Etiologie mentální retardace

Z všeobecného hlediska lze v rámci etiologie mentální retardace říci, že příčiny vzniku tohoto typu postižení jsou rozličné. Švarcová podotýká, že po narození mentálně postiženého dítěte nebo při pozdějším odhalení tohoto znevýhodnění, chtějí rodiče velmi často znát přesný původ tohoto stavu, přičemž žádný viník ani prostá a snadno zjistitelná příčina obvykle neexistují. Autorka poté dodává, že k mentální retardaci mohou vést různorodé příčiny, které se vzájemně podmiňují, prolínají a spolupůsobí. (Švarcová, 2006)

Podle Vágnerové může porucha vzniknout různým způsobem a její etiologie se projeví kvantitativně i kvalitativně v klinickém obrazu – závažností postižení a převažujícími symptomy. (Vágnerová, 2004)

Stejně, jako je tomu u jiných zdravotních znevýhodnění, rozdělujeme mentální postižení dle doby vzniku na vrozené (do 2 let věku) a získané (to bývá označováno jako demence). Vrozené mentální postižení pak můžeme ještě rozdělit na prenatální, perinatální a (časně) postnatální, které tuto dobu vzniku dále upřesňují.

Faktory podílející se na vzniku mentálního postižení zpravidla rozlišujeme na vnitřní (genetické dispozice) a vnější (teratogenní vlivy). Jako nejčastější genetické příčiny Vágnerová označuje: odlišný počet a strukturu chromozomů (pohlavních a autozomů), onemocnění způsobené genovou poruchou na jehož bázi může mentální retardace vzniknout (např. poškození mozku patologickými metabolity u neléčené fenylketonurie) a polygenně podmíněné omezení intelektového vývoje (jedinec má malý počet funkčních genů potřebných k rozvoji mentálních schopností, obvykle tímto bývají postiženi i rodiče a sourozenci). (Vágnerová, 2004) Stejná autorka pak rozděluje teratogenní faktory na fyzikální (RTG záření, mechanické poškození či nedostatečné okysličování mozku při porodu), chemické (léky, alkohol, drogy) a biologické (viry, mikrobi). (Vágnerová, 2004)

Černá a kolektiv uvádějí, že mezi lidmi s mentální retardací existuje obrovská variabilita týkající se příčin vzniku mentální retardace a jejich možných kombinací. Dále pak podotýkají, že původní obraz postižení může být pozitivně i negativně pozměněn vlivem podnětného či nepodnětného sociálního prostředí a životních zkušeností, a tak může být poměrně těžké jednoznačně určit, zda byla mentální retardace způsobena pouze jevy biologickými a do jaké míry se na současném stavu

podílejí vlivy sociální, protože tyto biologické a sociální faktory se v osobnosti každého člověka prolínají. (Černá a kol., 2008)

Pokud mluvíme o příčinách snížených mentálních schopností, musíme vzít v potaz také to, že většinou jde o souhrn více činitelů, které se na vzniku onemocnění podílejí, v tom případě pak hovoříme o multifaktoriálně podmíněném postižení. (Vágnerová, 2004)

2.3 Klasifikace mentální retardace

S rozvojem lékařských věd se začala krom jiného objevovat také snaha rozdělovat osoby se zdravotním znevýhodněním podle typu daného postižení, jeho hloubky, společných fyziognomických znaků či povahových charakteristik. I to možná vedlo k základní kategorizaci speciální pedagogiky, vytvořené profesorem Milošem Sovákem, která měla ujasnit a usnadnit systém péče o osoby s různým zdravotním znevýhodněním.

V rámci psychopedie, jak Sovák speciálně-pedagogický obor zabývající se problematikou osob s mentálním postižením pojmenoval, prošla také samotná klasifikace tohoto zdravotního znevýhodnění velkými změnami. Ještě v nedávné historii se pro kategorizaci mentálně retardovaných užívalo velmi známých pojmů – debilita, imbecilita a idiotie. Pro jejich pejorativní zabarvení a také užívání těchto pojmů jako nadávek v laické veřejnosti se od nich upustilo a přešlo na nový klasifikační systém.

V České republice se v současné době ke klasifikaci mentální retardace využívá Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která ji rozděluje do šesti kategorií na lehkou, středně těžkou, těžkou, hlubokou, jinou a nespecifikovanou mentální retardaci. (Švarcová, 2006) Jde o kvantitativní hodnocení poruchy, kdy se úroveň rozumových schopností mentálně postiženého jedince srovnává s populační normou a následně se určuje jeho pozice podle kvantity úbytku či zachování příslušných kompetencí. (Vágnerová, 2004)

Rozmezí mentální retardace, od její nejspodnější hranice k té nejvyšší, je velmi široké, a není tedy pochyb o tom, že i osoby se stejným typem postižení budou mít v závislosti na jeho hloubce zcela rozdílné potřeby a budou vyžadovat také odlišnou míru podpory. Stejně tak nesmíme zapomenout na to, že tento typ klasifikace je pouze jedním z možných pohledů na mentální retardaci. „*Posouzení rozumových schopností mentálně postižených musí zahrnovat i kvalitativní hodnocení jejich struktury, individuálních zvláštností, předností i nedostatků.*“ (Vágnerová, 2004, s. 303)

Vágnerová upozorňuje na to, že při kvalitativním hodnocení by se měla posoudit také míra využitelnosti zachovalé inteligence. Ta je podle autorky kromě faktorů týkajících se samotné inteligence (její celková úroveň, struktura) ovlivněna rovněž dalšími činiteli jako jsou emoční stabilita, adaptibilita jedince, úroveň jeho pozornosti, osobní tempo, motivace atd. (Vágnerová, 2004)

2.4 Charakteristika osob s mentální retardací

Každá lidská bytost je jedinečná a to platí i o osobách se zdravotním znevýhodněním. Navzdory tomu však bývají uváděny určité typické fyziognomické a psychické znaky pro různá postižení. Tyto specifické charakteristiky se mohou stát velkým pomocníkem při speciálně-pedagogické a diferenciativní diagnostice.

Podle Černé a kolektivu je velice obtížné charakterizovat osoby s mentální retardací jako celek, právě proto, že se tito lidé od sebe vzájemně velmi liší a jejich populace je jednoznačně heterogenní. (Černá a kol., 2008) Podle Švarcové se však i přesto, že je každý člověk s mentálním postižením svébytný subjekt s charakteristickými osobními rysy, projevují (ve větší či menší míře) společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na hloubce a rozsahu mentální retardace, na míře postižení jednotlivých psychických funkcí a na rovnoměrnosti psychického vývoje v rámci mentální retardace. (Švarcová, 2006)

Podle Vágnerové je typickým znakem poznávacích schopností mentálně postižených omezenější potřeba zvědavosti a preference podnětového stereotypu. K tomuto dále podotýká, že mentálně postižení jedinci bývají obvykle pasivnější a více závislí na zprostředkování informací jinými lidmi. (Vágnerová, 2004)

Rubinštejnová ve své knize Psychologie mentálně zaostalého žáka upozorňuje na zvláštnosti vyšší nervové činnosti mentálně zaostalých dětí, zejména pak na pomalé vytváření nových podmíněných spojů, které navíc bývají nepevné, křehké. *„Tato slabost spojovací funkce mozkové kůry, projevující se v obtížném vytváření nových, zvláště složitých podmíněných spojů, je nejdůležitější zvláštností vyšší nervové činnosti mentálně zaostalých dětí. Především tím si lze vysvětlit pomalé tempo jejich učení.“* (Rubinštejnová, 1986, s. 64) Autorka dále podotýká, že u těchto osob není ovlivněn pouze proces vytváření nových nervových spojů, ale také jejich diferenciací, která hraje důležitou roli při rozlišování různých podnětů. *„Základem každého oddělení, rozlišení jsou diferenciací podmíněné spoje. Výzkumy vyšší nervové činnosti mentálně zaostalých dětí ukázaly, že se u nich taková diferenciací vypracovává velmi obtížně, zřídka dosahuje dostatečné přesnosti a vyznačuje se malou stálostí, tj. lehce vyhasíná.“* (Rubinštejnová, 1986, s. 65) Rubinštejnová také uvádí, že po různém poškození mozku se mění funkční stav mozkové kůry, což se následně projevuje i v tom, že se „práceschopnost“ nervových buněk snižuje a i po menším zatížení u nich dochází k tzv. ochrannému útlumu. (Rubinštejnová, 1986)

U lidí s mentální retardací jsou také velmi patrné odchylky v různých psychických funkcích, a to zejména v myšlení, vnímání a komunikaci.

Co se týče charakteristiky mentálně postižených osob, existuje mnoho předsudků (např. že jsou to veselí a bezstarostní lidé, či naopak, že bývají agresivní atd.), které jsou v majoritní společnosti hluboce zakořeněny. Tyto předsudky bohužel stále silně ovlivňují pohled většinové společnosti, což se také negativně podepisuje při snahách o integraci těchto osob do běžné společnosti.

Pro osoby které s jedinci s mentálním postižením pracují, či s nimi jinak pravidelně přicházejí do kontaktu, by však nadále mělo platit zejména to, že každý mentálně postižený je originální lidskou bytostí, která vyžaduje a potřebuje vysoce individuální přístup.

3 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je poměrně široký pojem, což se promítá i do jejího definování, které je nejednotné. Hnilicová v knize *Kvalita života a zdraví* uvádí, že přestože v literatuře existuje celá řada definic kvality života, neexistuje ani jedna, která by byla v průběhu posledních třiceti let všeobecně akceptována. (Payne a kol., 2005)

O kvalitě života se zmiňuje také Černá a kolektiv v *České psychopedii*. Hovoří o ní jako o obtížně definovatelném pojmu, který lze obecně chápat jako momentální stav, který lze posuzovat subjektivně, objektivně či kombinací obojího. (Černá a kol., 2008)

Podle Hnilicové je kvalita života na nejobecnější úrovni chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů, a to především sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek. Tyto spolu kumulativně a velmi často neznámým (či neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností. (Payne a kol., 2005)

Podle WHO byla kvalita života (Quality of life – QOL) definována jako individuální představa člověka o jeho postavení v životě v kontextu kulturního a hodnotového systému, ve kterém žije a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. To je ovlivněno fyzickým zdravím, psychickým stavem, úrovní nezávislosti, sociálními vztahy, životním prostředím a osobním přesvědčením. (The WHOQOL Group, 1996, s. 354)

3.1 Zvyšování kvality života osob s mentálním postižením

Švarcová uvádí, že prubířským kamenem úrovně demokracie a humanity každé společnosti je úroveň jejího zájmu o občany, kteří jsou na její péči nejvíce závislí (nemocní, postižení a staří lidé). (Švarcová, 2006) Je tedy naprostou samozřejmostí, že pokud se společnost zajímá o kvalitu života intaktních občanů, musí se s nemenším zájmem starat také o úroveň kvality života osob se zdravotním znevýhodněním.

Podle Votavy těžší stupeň zdravotního postižení obecně snižuje kvalitu života, ta je negativně ovlivněna bolestí, únavou a dalšími nepříjemnými tělesnými pocity, stejně jako omezením životních příležitostí, kladných zážitků a závislostí na pomoci cizích osob. Na druhé straně však v postižení spatřuje jakousi výzvu k mobilizování

všech sil, čímž si může postižený sám kvalitu života zvýšit. (Votava, 2005) Votava dále podotýká, že kvalita života je také cílem terapeutické intervence v rámci léčebné a ucelené rehabilitace u osob zdravotně postižených, kde nedokážeme léčebnými prostředky postižení odstranit. (Votava, 2005)

V posledních letech prochází systém péče o zdravotně znevýhodněné velkými změnami, stejně tak zaznamenáváme značný rozvoj vědy a s tím související vývoj nových, nejenom kompenzačních, pomůcek a také snahy odstranit bariéry, které těmto osobám brání v úplném začlenění do společnosti. To vše dozajista napomáhá zvyšování kvality života osob se zdravotním znevýhodněním.

Postavení mentálně postižených osob ve společnosti vždy bylo a zřejmě také vždy bude velmi složité. Ať chceme nebo ne, nikdy nedosáhneme toho, aby si všichni lidé byli rovni, a to už jen z hlediska toho, že se každý rodíme s jinými, velmi individuálními, dispozicemi. Je však nutné postarat se o to, aby byly vytvořeny takové zákony, které by zajistily alespoň rovnoprávnost všech občanů, tedy i těch se zdravotním znevýhodněním. *„Každá země by měla přijmout takové zákony, které budou chránit práva všech zdravotně postižených osob a zajistí poskytování vzdělávacích, lékařských, sociálních služeb a služeb v oblasti zprostředkování zaměstnání, které umožní všem zdravotně postiženým osobám využívat svých práv a plně rozvíjet své schopnosti.“* (Vysokajová, 2000, s. 15)

Je nesporné, že zákony zajišťující práva osob se zdravotním postižením, mezi které patří také spoluobčané s mentální retardací, se významnou měrou podílejí na zajištění určité kvality života a jejím zvyšování. Práva jedinců s mentální retardací byla poprvé stanovena v Deklaraci práv mentálně postižených osob v roce 1971. Ta již ve svém prvním bodě uvádí, že mentálně postižený by měl mít v co nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti. V dalších bodech pak vymezuje práva na zdravotní péči a vzdělání, možnost podle svých možností produktivně pracovat, právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň a je-li to možné na život v kruhu své rodiny. Mentálně postižený má také právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím chováním. (In Švarcová, 2006)

Není pochyb o tom, že významným činitelem v oblasti zvyšování kvality života mentálně znevýhodněných jsou také nestátní neziskové organizace a občanská sdružení, která těmto osobám a jejich rodinám nezměrně pomáhají. Na tomto poli má v České republice jistě nejvíce zkušeností Sdružení pro pomoc mentálně postiženým ČR (SPMP), které vzniklo již v roce 1969.

4 VYBRANÉ TERAPIE A JEJICH VLIV NA PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ A ZVYŠOVÁNÍ KVALITY ŽIVOTA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Mezi přirozenou součástí lidského žití patří potřeby a přání každého z nás a snaha o jejich uspokojování a naplňování. Naplňování a uspokojování potřeb se bezesporu podílí na formování osobnosti člověka a významnou měrou také ovlivňují jeho kvalitu života. Při vyjadřování lidských potřeb se v zásadě nejčastěji využívá Maslowova pyramida potřeb, jež je rozdělil do pěti pater na fyziologické potřeby, potřebu bezpečí, potřebu lásky a sounáležitosti, potřebu uznání a sebeúcty a potřebu seberealizace.

Je naprosto samozřejmé, že i lidé s mentálním postižením mají své potřeby a touhy. Podobně jako my, touží být milováni a milovat, potřebují místo a okruh nejbližších, kde by se cítili v bezpečí a podobně jako každý z nás, mají tito spoluobčané také své sexuální potřeby, které však stále nejsou intaktní společností, a bohužel také značnou částí osob, které s nimi pracují, vnímány jako přirozená součást jejich života.

Osob s mentálním postižením se bezpochyby týká také potřeba seberealizace. Touží vykonávat smysluplnou práci či jinou činnost, kterou by mohli být užiteční pro své okolí. V tomto směru jsou však velmi limitováni hloubkou postižení a přidruženými poruchami. Pro mnohé z nich se mohou stát určitou formou seberealizace různé druhy terapií, a to zejména tehdy, kdy není možné jiné pracovní uplatnění. Tyto terapie, pokud jsou odborně vedené, mohou výrazně ovlivnit psychomotorický vývoj mentálně retardovaného jedince. Domnívám se tedy, že tímto se ve velké míře podílejí na zvyšování kvality života osob s mentálním postižením.

4.1 Canisterapie

Canisterapie je jednou z nejčastějších forem zooterapie či animoterapie (terapie, které využívají jako léčebného prostředku kontaktu člověka se zvířetem). Jak uvádí Eisertová v knize Zooterapie ve světle objektivních poznatků, autorem termínu canisterapie se stala v roce 1993 Jiřina Lacinová, která se společně se sdružením Filia stala průkopníkem a osvětovým pracovníkem v tomto oboru. (Kolektiv autorů, 2007)

Eisertová canisterapii definuje jako léčebný kontakt psa a člověka, který může být prováděn jak individuální, tak skupinovou formou. Přičemž tato podpůrná forma psychoterapie, podle téže autorky, klade důraz na řešení problémů psychologických, citových a sociálně integračních. (Kolektiv autorů, 2007)

Je nesporné, že cílená odborně vedená canisterapie se může nenásilnou formou pomocí her a kontaktu se psem podílet na celkovém rozvoji psychomotoriky. Při česání psího kamaráda, zapínání obojků a vodítek, dávání pamlsků, ale také hlazení a mnoha dalších rozličných činností dochází k procvičování a zlepšování jemné motoriky. Hrubá motorika se dá rozvíjet různými cviky (prolézání pod psem, jeho přelézání, házení míčku...) nehledě na využití polohování zejména u osob se zvýšeným svalovým napětím (hypertonií). Na rozvoj řeči může mít také pozitivní vliv možné rozšiřování pasivní slovní zásoby novými slovy (oboek, vodítko, aport atd.) a aktivní slovní zásoby při komunikaci s psovodem a psem (např. dávání povelu sedni, lehni, čekej...). Dále pak canisterapie ovlivňuje také ostatní psychomotorické funkce jako tělové schéma (určování částí těla psa a sebe sama), zrakové a sluchové vnímání, koordinaci oko-ruka, orientaci v prostoru atd.

4.2 Ergoterapie

Výraz ergoterapie má svůj původ v řeckých slovech ergon a therapia – tedy práce a léčení. Za svůj cíl si klade dosažení maximální možné úrovně soběstačnosti a nezávislosti osob se zdravotním znevýhodněním. Podle Votavy má ergoterapie v naší zemi dlouhodobou tradici, sahající až do 19. století, kdy se zaváděla zejména v psychiatrii. (Votava, 2005) Defektologický slovník uvádí, že zakladatelem „léčby prací“ byl u nás prof. dr. Rudolf Jedlička. (Sovák a kol., 2000)

Česká asociace ergoterapeutů o ní hovoří jako o profesi, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností, a to u osob různého věku a s jakýmkoliv postižením. Podle této asociace je primárním cílem ergoterapie umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které je pro jeho život smysluplné a nepostradatelné. (<http://www.ergoterapie.org/>)

„Ergoterapie využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy, event. činnosti při léčbě jedinců každého věku s různým typem postižení, kteří jsou trvale nebo dočasně fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi. Jako důležitá součást ucelené rehabilitace přispívá k zmírnění vzniku handicapu u osob s disabilitou.“ (Votava, 2005)

Defektologický slovník ji dělí na psychologickou (tou rozumíme každou duševní nebo fyzickou činnost, která dokáže postiženého člověka myšlenkově upoutat a vytlačit jeho pesimistické úvahy) a orgánovou, která prospěšně zaměstnává postiženou část těla a tím zlepšuje její funkci. (Sovák a kol., 2000)

Je nepopiratelné, že ergoterapie výrazně ovlivňuje rozvoj psychomotorických funkcí a napomáhá zvyšování kompetencí v oblasti sebeobsluhy a dosažení co nejvyššího možného stupně samostatnosti jedince.

4.3 Muzikoterapie

Muzikoterapie bývá řazena mezi tzv. expresivní terapie, tedy přístupy které pracují s výrazovými prostředky (hudebními, dramatickými, výtvarnými apod.). Defektologický slovník o ní píše jako o hraničním oboru mezi medicínou, psychologíí a hudebním uměním, který se zabývá zkoumáním vlivu hudby na tělesné a duševní onemocnění, vytvářením speciálních léčebných metod a jejich aplikací v praxi. (Sovák a kol., 2000)

Podle Votavy může být léčebným prostředkem jak samotné vytváření hudby či aktivní podílení se na její produkci, tak její poslech, vnímání a další kreativní zpracování (výtvarnými technikami, pohybem...). (Votava, 2005)

Jejím cílem, jak uvádí Kantor v Základech muzikoterapie, je reaktivovat systémy, které během raného života jako první vytvářejí pocity bezpečí a důvěry, a tím navodit emocionální stabilitu. (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009) Autor přirovnává hudební komunikaci ke komunikaci preverbální, přičemž zmiňuje, že pro osoby, které se nemohou vyjádřit verbálně představuje možnost sebevyjádření. *„Díky hudbě se může muzikoterapeut setkat s klientem na primárních úrovních, které předcházely slovům.“* (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 149) Kromě rytmu, melodií apod. je také využíváno vibrací a rezonance a jejich působení na tělo. Podobně jako při bazální stimulaci tak muzikoterapie využívá vibračního vnímání, při kterém dochází k vyvolávání hlubokých tělesných podnětů.

Také muzikoterapie se může bezpochyby významně podílet na rozvoji psychomotoriky. Vokálními činnostmi výrazně působí na rozvoj komunikačních dovedností, ale stejně tak hrou na různé nástroje dochází k rozvoji motoriky, poslechem hudby k rozvoji sluchového vnímání a koncentrace pozornosti a vibrace působí na vnímání tělesného schématu.

5 PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ ČLOVĚKA

Vývoj člověka můžeme rozdělit na fylogenetický a ontogenetický. Ontogenetický vývoj se (narodil od vývoje fylogenetického, který se zabývá vývojem lidského druhu jako takového) zaměřuje na vývoj každého jedince, a to od doby, kdy dojde ke spojení pohlavních buněk až do jeho smrti. Obvykle ho dále dělíme na vývoj prenatalní a postnatalní.

Podle Monátové je fyzický a psychický vývoj vždy individuálním procesem, ve kterém se uplatňují věkové zvláštnosti jako projevy různých fází lidského života. *„Tyto fáze následují za sebou v jisté posloupnosti, nelze je přehodit, či některou vynechat, řídí se jednoznačnými zákonitostmi.“* (Monátová, 1996, s. 25) Autorka také konstatuje, že každý vývojový stupeň je současně přípravným obdobím pro stupeň následující. (Monátová, 1996)

Vágnerová podotýká, že každý jedinec má v genetickém aparátu zakódován program individuálního rozvoje, který se projevuje variabilitou zrání, rozdílností dispozic k rozvoji jednotlivých funkcí (psychických i somatických) různou mírou koordinovanosti a integrovanosti jejich vývoje. *„Vývoj mozku se uskutečňuje zráním, jehož průběh určuje genetický kód. Pokud by byla genetická informace poškozena, projevil by se to narušením vývoje nervových struktur a jejich funkcí.“* (Vágnerová, 2004, s. 33)

Neměli bychom však zapomínat na to, že vývoj člověka nezávisí pouze na genetických předpokladech. Jak uvádí Kocourková v Dětské a adolescentní psychiatrii, současný pohled na vývoj člověka zdůrazňuje interakci mezi vrozenými biologickými faktory a zkušenostmi dítěte, které získává v průběhu života. (Hort a kol., 2008) Dá se tedy říci, že na vývoji dítěte se kromě vrozených predispozic v další řadě podepisuje především vliv rodiny (její funkčnost, zázemí, styl výchovy...), a to zejména v prvních letech života. Po té má na člověka a jeho kultivaci vliv také škola a společnost ve které vyrůstá.

Pro ontogenetický vývoj člověka je typické, že probíhá od jednoduššího ke složitějšímu. Zelinková uvádí, že ve vývoji jedince je nejdříve patrný vývoj motoriky, který se stává prvním prostředkem v procesu poznávání okolního světa a podílí se na vývoji kognitivních funkcí. (Zelinková, 2007) Podle autorky je vývoj motoriky klíčový pro celý psychomotorický vývoj. Opatřilová podotýká, že s rozvojem

motoriky souvisí, kromě již zmíněného vývoje poznávacích procesů, také celková socializace jedince. (Opatřilová, 2008)

Z hlediska diagnostiky můžeme rozlišovat vývoj normální, opožděný, předčasný, omezený, narušený a scestný. Z hlediska specifík mentální retardace, která představuje určitá omezení v oblasti myšlení lze s jistou pravděpodobností předpokládat omezení i v ostatních oblastech psychomotorického vývoje, a to především v závislosti na hloubce postižení a dalších přidružených vadách.

Nyní bych ráda krátce popsala vybrané psychomotorické funkce, jejichž rozvoj za využití canisterapie, ergoterapie a muzikoterapie se stal předmětem zájmu jedné části mého výzkumného šetření.

5.1 Hrubá motorika

Defektologický slovník motoriku definuje jako souhrn všech pohybů lidského těla – reflexních, mimovolních i řízených (volních). (Sovák a kol., 2000)

Motorika se skládá z mobility (řízené pohyby umožňující přemísťování těla a pracovní výkon) a motility (mimovolní pohyby ovládané vegetativním nervovým systémem a vykonávané hladkým svalstvem). Mobilita pak bývá rozdělována do dvou složek – hrubé a jemné motoriky.

Hrubá motorika je vykonávána prostřednictvím velkých svalových skupin a k jejímu největšímu rozvoji dochází z pravidla v prvních třech letech života, během kterých se dítě postupně naučí sedět, lézt, stát, chodit atd. V dalších letech jde spíše o zdokonalování a koordinaci naučených pohybů na základě stimulace a zrání mozku a pohybového aparátu. (Zelinková, 2007)

Podle Gesella, který formuloval některé z vývojových zákonitostí, probíhá vývoj motoriky mimo jiné na principu vývojového směru, při kterém dochází k postupnému ovládnutí jednotlivých částí těla podle tělesného růstu, tedy od hlavy k patě a od centra těla k periferii. (In Langmeier, Krejčířová, 2006)

5.2 Jemná motorika

Jemná motorika je zajišťována drobným svalstvem a její vývoj vychází z motoriky hrubé. Pohyb ruky nejprve vychází z ramene a pokračuje směrem dolů k prstům, jejichž motorika je nejnáročnější.

Jak uvádí Zelinková, prostředkem jejího rozvoje jsou různé hry s uchopováním předmětů, hry s kostkami a stavebnicemi, hra na hudební nástroje, kreslení, malování, či navlékání korálků, které se často využívají také pro diagnostiku její úrovně. Úroveň jemné motoriky se výrazně promítá do sebeobsluhy. (Zelinková, 2007)

Kromě motoriky ruky do ní bývá řazena mikromotorika očních pohybů, artikulačních orgánů a grafomotorika. (Zelinková, 2007)

5.2 Řeč

Defektologický slovník o ní hovoří jako o schopnosti člověka používat sdělovacích (výrazových) prostředků, které můžeme dělit na slovní (mluva, písmo) a mimoslovní (posunky, mimika, výrazové chování...). (Sovák a kol., 2000)

Podle Koukolíka je rozvoj řeči a jazyka závislý na neurokognitivní síti, tvořené řadou korových a podkorových oblastí obou hemisfér, přičemž jakékoliv narušení některé z jejich funkcí, či vzájemné souhry, se může projevit narušením rozvoje řeči nebo úpadkem již osvojených kompetencí. (In Vágnerová, 2004)

Klenková uvádí, že samotnému vývoji řeči, který probíhá ve stádiích mezi kterými jsou jen nepatrné hranice, předchází přípravné (předřečové) období. (Klenková, 1996) Přípravné období trvá většinou do 1. roku života. Po něm nastupuje samotný vývoj řeči, jehož stádia Klenková rozděluje na: stádium emocionálně volní, stádium egocentrické, stádium rozvoje komunikační řeči, stádium logických pojmů a proces intelektualizace řeči, který se týká kvantitativní stránky řeči, osvojování nových pojmů a probíhá po celou dobu, kdy je člověk schopen přijímat nové informace a učit se. (Klenková, 1996)

Zelinková také podotýká, že stupeň vývoje řeči je jeden z nejdůležitějších ukazatelů vývoje jedince. (Zelinková, 2007)

6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Bakalářská práce je zaměřena na zvyšování kvality života u osob s mentální retardací. Jak už jsem nastínila v teoretické části, je nesporné, že canisterapie, ergoterapie a muzikoterapie se mohou stát významným činitelem při rozvoji řeči, hrubé a jemné motoriky u osob s mentálním postižením, čímž zároveň dochází ke zvyšování kvality jejich života.

V poslední době se různé formy terapií teší velkému zájmu a dochází k nárůstu jejich využívání při práci s osobami se zdravotním znevýhodněním. Pro spoluobčany s mentálním postižením, kteří ne vždy nacházejí pracovní uplatnění, se terapeutické činnosti mohou stát vhodnou příležitostí k seberealizaci.

Předmětem výzkumného šetření v praktické části mé bakalářské práce se stalo zjištění názoru pracovníků v přímé péči a rodičů osob s mentální retardací na význam vlivu daných terapií na vybrané psychomotorické funkce a zejména pak zjištění samotné výběrovosti a možné preference terapií u výzkumného vzorku jedinců s mentálním postižením.

6.1 Metodologie výzkumného šetření

Výzkumy jako takové představují v oboru pedagogiky, a tedy i speciální pedagogiky, důležitý nástroj pro její evaluaci, sebereflexi a další rozvoj.

Metodologie představuje oblast zkoumání samotných výzkumných metod a postupů. Vždy je bezpodmínečně nutné zvolit pro daný výzkum vhodnou výzkumnou metodu a postup, aby byla zajištěna validita získaných výsledků.

6.1.1 Dotazník

Pro zjišťování názoru rodičů a osob, které s mentálně postiženými spoluobčany pracují, na vliv canisterapie, ergoterapie a muzikoterapie na rozvoj řeči, hrubé a jemné motoriky, jsem zvolila škálovací dotazník.

V tomto dotazníku respondenti vybírali u výše zmíněných psychomotorických funkcí předpokládaný vliv (nevýznamný, spíše nevýznamný, spíše významný, významný) daných terapií na jejich rozvoj a také z nich vždy vybírali jednu, která má podle nich na vybranou psychomotorickou funkci největší vliv.

Pro obě skupiny respondentů byl použit stejný dotazník, jeho kopie je uvedena v přílohách bakalářské práce.

6.1.2 Rozhovor

Co se týče problematiky osob s mentální retardací a oblasti terapií, zajímalo mě, jestli se u nich objevuje preference nějaké terapie, a jestli ano, jak si jednotlivé terapie stojí z hlediska oblíbenosti, či zájmu o ně.

Ke zjištění této otázky jsem se rozhodla použít jednak rozhovor, ale také projektivní techniku.

Při rozhovoru byla položena tato otázka:

„Kdyby sis mohl(a) vybrat, co bys dělal(a) nejraději?“

A na výběr byly dány tři možnosti, které stručně vystihovaly dané terapie:

- 1) *modeloval, něco vyráběl*
- 2) *cvičil a hrál si se psem*
- 3) *poslouchal hudbu a zpíval*

6.1.3 Projektivní technika (výběr fotografií)

Druhým způsobem, který jsem pro zjišťování výběrovosti a možné preference terapií zvolila, byla projektivní technika využívající fotografií canisterapie, ergoterapie a muzikoterapie. Každá terapie byla znázorněna na třech různých fotografiích velikosti 10 x 15 mm, které jsem pro lepší manipulaci a údržbu nechala zalaminovat.

Pro získání fotografií jsem se rozhodla využít jiné (neutrální) zařízení než kde probíhal výzkum, jelikož jsem nechtěla, aby došlo k případnému ovlivnění výsledků tím, že by část výzkumného vzorku poznala známé prostředí, což by se do výběru mohlo jistě promítnout. Fotografie ergoterapie, muzikoterapie a částečně také canisterapie byly pořízeny v nejmenovaném jihočeském zařízení se souhlasem rodičů,

kteří byli náležitě informováni o způsobu jejich využití. Zbylé fotografie canisterapie byly použity z archivů canisterapeutického sdružení Hafík, o. s. Třeboň, se svolením sdružení a zákonných zástupců jejich klientů.

Důležité podle mne bylo i samotné rozestavění fotografií, kdy jsem se rozhodla rozložit je do „čtverce“ tři na tři, aby byl možný pohled na všechny fotky najednou, který by např. při vyrovnání obrázků do řady nebyl možný a myslím si, že tento způsob by byl také náročnější na koncentraci pozornosti, což by také mohlo ovlivnit celkové výsledky šetření. Také jsem se rozhodla poskládat fotky tak, aby v každém řádku i sloupci byla vždy jedna fotografie z každé terapie (viz. Přílohy – obrázek č.1). Fotografie byly na zadní straně označeny číslem pro určení pozice ve „čtverci“, aby bylo zajištěno, že budou předkládány před všechny probandy stejně. Zároveň dostala každá fotografie název složený z iniciály dané terapie a římské číslice od jedné do tří (např. C I, E II, M III...)

6.2 Popis průběhu výzkumného šetření

Výzkumné šetření proběhlo v rozmezí ledna a února 2011. Výzkum výběrovosti terapií u osob s mentálním postižením byl proveden na území kraje Vysočina, oproti tomu u dotazníkové metody se zapojily také zaměstnanci jednoho jihočeského zařízení a rodiče klientů kteří ho navštěvují. Jelikož se jedná o zařízení ve kterém byly pořízeny fotografie pro projektivní techniku, nebudu jej jmenovat.

6.2.1 Výzkumný vzorek

Ta část výzkumného šetření, která byla zaměřena na výběrovost terapií u osob s mentální retardací, byla provedena se souhlasem zákonných zástupců a to v Diagnostickém ústavu sociální péče Černovice, Ústavu sociální péče Lidmaň a Centru LADA o.s. Pacov (občanské sdružení pro pomoc lidem s mentálním a kombinovaným postižením).

Výzkumný vzorek byl tvořen 50 osobami v pásmu lehké až těžké mentální retardace. Převážná část vzorku (72%) byla zastoupena spoluobčany se středně těžkou mentální retardací.

Co se týče zastoupení osob ve výzkumném vzorku z hlediska pohlaví, šetření se zúčastnilo 36 mužů a 14 dívek či žen.

Věk probandů se pohyboval od 10 do 66 let. Toto věkové pásmo je velmi široké, čehož jsem hodlala využít při závěrečném porovnávání získaných výsledků.

6.2.2 Sběr dat

Pracovníkům v přímé péči bylo rozdáno celkem 100 dotazníků. Jednalo se o pracovníky stejných zařízení, kde byla provedena projektivní technika a pracovníky zařízení, kde byly pořizeny fotografie terapií. Z tohoto počtu se mi vrátila část dotazníků nevyplněná nebo vyplněná neúplně, tyto byly samozřejmě vyřazeny. Správně (úplně) vyplněných dotazníků se mi od pracovníků vrátilo 60, což se dá shodně vyjádřit i procenty.

Rodičům dětí s mentální retardací bylo v nejmenovaném jihočeském zařízení rozdáno 50 dotazníků. Dotazník byl také vyvěšen na internetovém portálu, který je určen pro rodiče a přátele dětí zdravotně postižených nebo postižením ohrožených – Postižené Děti. Návratnost použitelných dotazníků byla v této skupině ještě nižší než u pracovníků. Z rozdaných 50 dotazníků se jich vrátilo správně vyplněných 17, tedy 34%. Sběr dat elektronickou cestou se v mém případě neosvědčil, neboť přišly pouze tři odpovědi, všechny však vyplněné správně.

Celkem se mi tedy vrátilo 80 správně vyplněných dotazníků.

Výzkumné šetření s klienty výše jmenovaných zařízení probíhalo vždy individuálně, na dobrovolné bázi (do šetření se zapojili pouze ti, kdo měli zájem) a za přítomnosti odpovědného pracovníka daného úseku. Zúčastněným bylo na začátku vždy vysvětleno, za jakým účelem přicházím a co od nich potřebuji, po té následovala individuální práce, kdy jsem výběrovost terapií zjišťovala nejprve pomocí otázky stanovené v rozhovoru, pak následovala práce s fotografiemi. U osob, které mají značné obtíže ve verbální komunikaci a metoda rozhovoru u nich nebyla možná, jsem pracovala rovnou s projektivní technikou.

Při pokládání otázky, co by dělali nejrady kdyby si mohli vybrat, jsem vždy řekla, že jim dám na výběr ze tří možností a při jejich vyjmenovávání současně ukazovala od jedné do tří na prstech. Pokud dotazovaný váhal nebo jsem si myslela, že si možnosti nezapamatoval, znovu jsem mu je s ukazováním na prstech zopakovala,

ale ve zkrácené podobě, kdy jsem vyslovila pouze klíčová slova – „vyrobění“, „se psem“, „hudba“. Někteří z dotazovaných pro změnu odpovídali ještě než byly vysloveny všechny tři možnosti. I u nich jsem se rozhodla je takto zopakovat, a až po té zaznamenat odpověď.

Projektivní technika probíhala tak, že fotografie jsem před probandy vyskládala postupně a u každého obrázku vždy vysvětlila, co se na něm odehrává za činnost. Po té jsem každého vyzvala, aby se na všechny fotky pořádně podíval a vybral z nich činnost, která by se mu líbila nejvíce a nejraději by ji vykonával. Z takto předložených fotografií, kterých bylo devět, vybíral každý zúčastněný tři.

7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole bych ráda přikročila k samotným výsledkům šetření a jejich rozboru. Na začátku bych ráda uvedla, že výzkumné šetření splnilo mé domněnky jen zčásti a tak se dá říci, že některé z výsledků pro mě byly překvapivé.

Své představy uvádím jako samostatné podkapitoly, vždy po interpretaci výsledků daných výzkumných metod.

7.1 Výsledky dotazníkové metody

Jak už jsem uvedla výše, u dotazníkové metody bylo pracováno s celkovým počtem 80, kdy ze vzorku respondentů tvořila 75% skupina pracovníků a 25% rodiče. Hodnotila jsem jednak celkové výsledky, ale také porovnála názory rodičů a pracovníků na vliv jednotlivých terapií na rozvoj vybraných psychomotorických funkcí.

V zásadě lze říci, že obě dotazované skupiny považují vliv daných terapií na řeč, jemnou a hrubou motoriku za významný (49%) či spíše významný (36%), které tak dohromady tvořily 85% celkových odpovědí. Poměr výsledků jednotlivých voleb je znázorněn na grafu č. 1 z kterého lze dobře vidět, že pouze malá část respondentů považuje vliv vybraných terapií na rozvoj daných psychomotorických funkcí za nevýznamný (2%) či spíše nevýznamný (13%). K tomu je však nutné říci, že respondenti, kteří takto odpovídali a nepřikládali u konkrétní terapie významný vliv na

rozvoj určité psychomotorické funkce tak neodpovídali u všech příkladů a podobně jako ostatní volili převážně kladné hodnocení vlivu terapií. Nelze tedy říci, že by byl mezi pracovníky a rodiči nějaký vyložený skeptik, který by si myslel, že vliv všech těchto terapií na rozvoj řeči, jemné a hrubé motoriky je nevýznamný.

Při porovnání výsledků obou skupin respondentů (grafy č. 1a a 1b) je pak zajímavé, že i když nikdo z rodičů nezaškrtl, že si myslí, že některá z terapií má na určitou psychomotorickou funkci nevýznamný vliv je poměr mezi volbami „významný“ (45%) a „spíše významný“ (42%) vyrovnanější než u skupiny pracovníků, kteří častěji hodnotili vliv terapií jako významný (49%) než pouze spíše významný (36%).

Co se týče pohledu respondentů na rozvoj daných funkcí, výsledky ukazují, že v oblastech hrubé a jemné motoriky přikládají nejvýznamnější vliv ergoterapii, která dosáhla vysokého hodnocení jak při určování významnosti vlivu na rozvoj psychomotorických funkcí (graf č. 3), tak při samotném výběru terapie, která by mohla mít na rozvoj vybrané funkce největší vliv (grafy č. 5 a 6).

Srovnáme-li však výsledky terapií, kterým je připisován největší vliv na rozvoj uvedených funkcí u dvou sledovaných skupin (pracovníků a rodičů), uvidíme, že ne vždy se shodují. Zatímco v oblastech jemné motoriky a řeči se u obou skupin objevily téměř totožné výsledky, kdy při výběru terapií s největším předpokládaným vlivem na dané funkce byla jak u rodičů, tak u pracovníků volena u jemné motoriky ve více než 90% ergoterapie (grafy č. 6a a 6b) a s podobnými výsledky pak muzikoterapie u řeči (grafy č. 7a a 7b), tak v oblasti rozvoje hrubé motoriky už se názory skupin rozcházejí.

Zde uváděli pracovníci nejčastěji canisterapii (51%) jako terapii u které předpokládají největší vliv. Jen o 5% méně, tedy 46% pracovníků, si myslí, že nejvýznamněji se na rozvoji hrubé motoriky může podílet ergoterapie. Dá se tedy říci, že výsledky těchto dvou terapií jsou v této konkrétní oblasti u skupiny pracovníků značně vyrovnané (viz graf č. 5a). Nic takového však neplatí u skupiny rodičů, která se z velké většiny (67%) shodla na tom, že největší vliv na rozvoj hrubé motoriky má ergoterapie a pouze 28% takto ohodnotilo canisterapii (graf č. 5b). To pak mělo jednoznačný vliv na celkové výsledky (graf č. 5).

Zajímavé je také porovnání jednotlivých terapií z hlediska významnosti vlivu znázorněných na grafech č. 2, 3 a 4. Můžeme z nich usuzovat, že nejmenší vliv respondenti připisují canisterapii, která oproti muzikoterapii a ergoterapii dosáhla nižších výsledků v oblasti „významnosti“ a zároveň zaznamenala vyššího čísla u možnosti „spíše nevýznamná“ (19%).

7.1.1 Porovnání výsledků dotazníkové metody s vlastními názory

Pokud bych měla já sama vyplnit dotazník, který jsem pro výzkumné šetření sestavila, všechny terapie bych uvedla jako významné pro rozvoj všech uvedených psychomotorických oblastí. Jejich podíl na rozvoji je u každého jedince individuální, ale jejich významnost pro zvyšování kompetencí jim upřít nelze. Proto mě překvapilo, že pouze 6 respondentů (4 pracovníci a 2 rodiče) to vidí stejně a všechny terapie považují za významné pro rozvoj řeči, hrubé a jemné motoriky.

O něco častější byla možnost, kdy u některé z oblastí považují respondenti všechny terapie za významné, ale u jiné oblasti už o tomto přesvědčení nejsou a volili tak jiné možnosti.

Podobně jako naprostá většina z řad pracovníků a rodičů, kteří mi na dotazník odpověděli, sdílím názor, že na jemnou motoriku má největší vliv ergoterapie. Naopak u hrubé motoriky bych se přikláněla k části respondentů, která se domnívá, že největší vliv na rozvoj této psychomotorické oblasti by mohla mít canisterapie. U osob s těžkou až hlubokou mentální retardací, které se v časté míře objevují v kombinaci s tělesným postižením je možné pomocí polohování se psem uvolňovat svalové napětí, dochází také k prohřátí svalů, a proto bývá canisterapie leckdy zařazována před fyzioterapeutická cvičení nebo probíhá zároveň s nimi. Hrubou motoriku lze také rozvíjet pomocí různých cviků se psy, kdy je lokomoce procvičována hravou formou.

V oblasti rozvoje řeči lze dle mého názoru přisuzovat největší vliv muzikoterapii. V tomto jsem nepochybně s pracovníky a rodiči osob s mentálním postižením zajedno. Nelze však říci, že bych se ztotožňovala s názorem mnohých z nich, kteří spatřují vliv zbylých dvou terapií na rozvoj řeči jako spíše významný či dokonce jako spíše nevýznamný.

7.2 Výsledky rozhovoru a projektivní techniky

Jak už bylo uvedeno výše, druhá část výzkumného šetření, která byla zacílena na osoby s mentálním postižením, proběhla u 50 jedinců.

Už během samotného šetření se ukázalo, že zvolené metody se u části výzkumného vzorku jeví jako nepříliš vhodné. A to především z hlediska zvláštností v oblastech vnímání a myšlení, které se u osob s mentální retardací objevují v závislosti na stupni postižení, získaných zkušenostech, temperamentu apod. Na druhou stranu naprostá většina probandů byla při šetření aktivní, projevila o práci zájem a spolupráce je bavila.

Jelikož se ve výzkumném vzorku objevili i tací, u kterých nebylo možné zjistit výběr pomocí rozhovoru, byla tato technika použita pouze u 39 probandů. Přesto jsem měla jisté obavy, do jaké míry může být tato výzkumná metoda u cílové skupiny reliabilní. Z výsledků, které jsou znázorněny na grafu č. 8, vyplývá, že valná většina (67%) dotazovaného vzorku, by si nejraději z nabízených možností vybrala poslech hudby a zpěv. Zbýlých 33% se téměř rovnoměrně rozdělilo mezi odpovědi představující ergoterapii a canisterapii. Na základě této výzkumné metody by se tak dalo předpokládat, že největšímu zájmu se u vybraného vzorku osob s mentální retardací těší muzikoterapie.

Na druhou stranu je nutné zmínit to, že možnost představující muzikoterapii byla uváděna jako poslední a je tedy důležité brát v potaz to, že část odpovědí mohla být echolálická.

Jisté nepochopení a v souvislosti s tím i méně věrohodné výpovědi se vyskytly i u druhé výzkumné metody, kterou jsem pro zjištění výběrovosti terapií použila – projektivní techniky. I když se tedy ve výzkumném vzorku objevili tací, kteří s největší pravděpodobností nepochopili, na jakém principu má být jejich výběr fotografií založen (zde mám na mysli tu část probandů, která mi podala fotografie ležící vedle sebe v jedné řadě), většinou jsem se setkávala spíše s tím, že si probandi fotky pečlivě prohlíželi a až po té vybírali.

Přehled výběrovosti terapií u výzkumného vzorku osob s mentálním postižením získaných projektivní technikou a rozhovorem je uveden v tabulce č. 2 v přílohách práce. U každého probanda je uveden věk, stupeň mentální retardace a pohlaví. Kromě individuálních výsledků projektivní techniky zachycuje také volby získané rozhovorem. V případech, kdy nebylo možné použít rozhovor a zjistit výběr

terapie ústní volbou, byl zvolen symbol „xxx“, a to jak v tabulce č. 2, tak v grafech znázorňujících výsledky rozhovoru u jednotlivých skupin výzkumného vzorku.

Z celkových výsledků, získaných projektivní technikou, vyplývá, že nejčastěji byly vybírány fotografie canisterapie (graf č. 9), to však ještě nevyovídá nic o tom, zda by větší část výzkumného vzorku upřednostňovala tuto terapii. Lze nad tím ale uvažovat v případě, kdy se podíváme na výsledky u probandů, kteří ve svém výběru zvolili alespoň dvě či dokonce všechny tři fotografie se stejnou terapií. Tyto dvě skupiny, u kterých lze předpokládat, že výběr nebyl náhodný, tvořily dohromady téměř tři čtvrtiny výzkumného vzorku (graf č. 11). Poměr mezi volenými terapiemi u těchto dvou skupin probandů, jenž je znázorněn v grafu č. 12, ukazuje jasnou převahu canisterapie, která získala 54%, před ergoterapií (27%) a muzikoterapií (19%).

Z hlediska výběrovosti terapií však můžeme za nejvíce směřodatnou považovat teprve shodnou volbu terapie u obou výzkumných metod. Z výzkumného vzorku se toto uskutečnilo pouze u 10 probandů, kteří se rovnají počtu 20%. Porovnáme-li celkové výsledky terapií u této úzké skupinky, zjistíme, že jejich preference je poměrně vyrovnaná (graf č. 13).

V rámci daného výzkumného vzorku mě také zajímalo, zda se objeví určité rozdíly v preferenci terapií na základě rozdílného věku, či stupně mentální retardace.

Z hlediska věku byli probandí rozděleni do čtyř skupin: 10 – 20 let (9 probandů), 21 – 30 let (11 probandů), 31 – 40 let (17 probandů) a od 41 let výše (13 probandů). V zásadě lze říci, že ve výsledcích věkových skupin najdeme rozdíly, které se liší jak od celkových výsledků, tak i mezi sebou.

Ukázalo se však, že vliv věku na preferenci terapií nelze u tohoto výzkumného vzorku prokázat, neboť složení jednotlivých skupin bylo velmi rozdílné. Jako klíčový faktor se pro výběr terapií jevil spíše stupeň mentální retardace na kterém je porozumění zadanému úkolu závislé. To je vidět zejména na výsledcích skupiny probandů ve věkovém rozmezí 21 – 30 let, která byla z více než jedné třetiny tvořena osobami, které nebyly schopny ústního výběru při rozhovoru a metodu výběru fotografií s nejvyšší pravděpodobností nepochopily. To se pak jednoznačně projevilo ve výsledcích celé skupiny (grafy č. 15 a 15a). Nasvědčují tomu i výsledky představující preferenci terapií u skupiny probandů s těžkou mentální retardací (grafy č. 20 a 20a). U většiny z nich nebyl možný výběr ústní formou a při projektivní technice vybrali fotky ležící v jedné řadě, což vedlo k vyrovnanému počtu voleb u

všech terapií. Na druhou stranu byla tato skupina tvořena pouze čtyřmi probandy, což znamená 8% celého výzkumného vzorku.

U skupin probandů s lehkou a středně těžkou mentální retardací dosáhla podobně jako v celkových výsledcích nejvyšších výsledků v projektivní technice canisterapie a u metody rozhovoru muzikoterapie, přičemž u skupiny osob s lehkou mentální retardací byla tato převaha získaných voleb nejvýraznější (grafy č. 18 a 18a).

7.2.1 Porovnání výsledků rozhovoru a projektivní techniky s vlastním očekáváním

Co se týče této části výzkumu, domnívala jsem se, že pokud se objeví preference nějaké terapie z těchto tří uvedených, bude to nejspíše canisterapie. Usuzovala jsem tak proto, že při ní dochází ke kontaktu s živým zvířetem, což jí může činit zajímavější oproti zbylým dvěma terapiím. Jako další terapii, u které jsem očekávala druhý nejvyšší zájem, jsem předpokládala muzikoterapii a naopak nejmenší zájem a tím pádem i nižší výběrovost jsem čekala u ergoterapie.

Tyto mé domněnky se však postupem času zdály jako liché. Již průběhu samotného výzkumu jsem došla k závěru, že reliabilita vybraných metod bude zřejmě do značné míry ovlivněna specifickými psychickými zvláštnostmi dané cílové skupiny, což se samozřejmě může promítnout do celkových výsledků, které tak v mnohém zůstaly nezodpovězeny. Nelze však s naprostou určitostí říci, zda to, že se výsledky obou metod rozcházejí, je způsobeno výše zmíněnými odchylkami psychiky, nebo třeba tím, že většina osob má více zájmů a tedy ani jejich výběr nebyl zaměřen pouze na jednu konkrétní terapii.

Kromě těchto faktorů lze předpokládat, že se do výběru u jednotlivých probandů promítala také momentální nálada, individuální zájmy, předchozí zkušenosti apod. U fotografií jsem se navíc setkala s tím, že pro některé z probandů mohou být zavádějící, neboť pozitivně reagovali spíše na nějaký výrazný prvek (trampolína, lehátko...), který je zaujal, než na činnost, která je na fotografii znázorněna. To mě přivedlo k názoru, že úspěšnější by mohlo být výzkumné šetření, které by pro zjištění výběrovosti použilo přímo názornou ukázkou a možnost vyzkoušet si dané terapie.

ZÁVĚR

Osoby s různým typem postižení se rodily snad od počátku věků, tvoří přirozenou součást společnosti, ačkoliv z pohledu intaktní většiny tak mnohdy vnímání a přijímání nejsou, přestože žijeme již ve 21. století. Mám-li vybrat jedno ze zdravotních znevýhodnění, o kterém si troufám říci, že to platí dvojnásob, je to nepochybně mentální postižení.

Osoby s mentální retardací se ve většině případů setkávají během svého života s nepochopením, a to velmi často! Na mentální retardaci neexistuje žádná kompenzační pomůcka, není žádná operace, či kouzlo, které by ji odstranilo. Správným výchovným vedením, vzděláváním, různými formami stimulace a snahou o co největší možnou úroveň rozvoje je možné dosáhnout viditelných výsledků, přesto základním faktem zůstává, že vzhledem k vrozeným dispozicím bude vždy existovat určitá (u každého individuální) hranice, kterou osoby s mentální retardací nikdy nepřekročí. To tuto skupinu spoluobčanů staví do nelehké situace, kdy je na ně mnohými z většinové společnosti nahlíženo jako na méněcenné lidské bytosti.

Jedním ze základních úkolů a snah odborné veřejnosti, která se pohybuje na poli speciální pedagogiky, je bezesporu přibližování „světa osob s postižením“ většinové společnosti a naopak, s cílem přirozeného sloučení těchto dvou světů v jeden. Tomu mimo jiné pomáhají také různé formy integrace žáků se speciálními potřebami do hlavního vzdělávacího proudu a zaměstnávání osob se zdravotním znevýhodněním mimo chráněné dílny.

V oblasti socializace osob s mentálním postižením a jejich spoluúčasti na vytváření společenského dění máme jako společnost pořád velké mezery. Je nesmírně důležité poskytnout osobám s mentální retardací dostatek podnětů a prostoru pro seberealizaci a, pokud použiji znovu Exupéryho slova, tímto zajistit, aby se „*nesytíli pouhými sny a nestali se tak pouze králi v království stínů*“.

Myslím si, že uvedené terapie (a nejen tyto) se mohou z velké části podílet na rozvoji psychomotoriky. Na základě výsledků škálovacího dotazníku se dá říci, že podobný názor sdílí také pracovníci v přímé péči a rodiče osob s mentální retardací. Většina z nich si myslí, že vliv canisterapie, ergoterapie a muzikoterapie na rozvoj řeči, jemné a hrubé motoriky je významný, či spíše významný. Téměř nikdo se nedomnívá, že jejich vliv je nevýznamný.

Z dotazníků také vyplynulo, že pracovníci a rodiče se domnívají, že každá z terapií má jinak významný vliv u vybraných psychomotorických funkcí. Například muzikoterapii přikládají významný vliv na rozvoj řeči, ale méně významný až spíše nevýznamný na rozvoj jemné a hrubé motoriky. Největší vliv pak přikládají ergoterapii.

S rozvojem kompetencí v uvedených psychomotorických funkcích jednoznačně souvisí zvyšování samostatnosti a seberealizace, šance žít aktivněji a také větší participace při rozhodování o svém životě a jeho náplni. Všechno toto nepochybně zvyšuje kvalitu života osob s mentálním postižením.

I když by se dalo říci, že výsledky výzkumného šetření, tedy jeho části která zjišťovala možnou preferenci jedné z vybraných terapií, jsou nejednotné a upřednostnění určité terapie u osob s mentálním postižením tak nebylo jednoznačně potvrzeno, je důležité zmínit, že není jisté, zda na tyto výsledky měly vliv zvolené metody, skladba výzkumného vzorku, či je zájem osob s mentální retardací o dané terapie rozptýlený, nevyhraněný. K tomuto závěru musíme nutně dojít, porovnáme-li výsledky obou výzkumných metod, tedy rozhovoru a projektivní techniky.

Zatímco u rozhovoru ve většině případů volili probandi jako činnost, které by se nejraději věnovali, poslech hudby, při projektivní technice vybírali nejčastěji fotografie znázorňující canisterapii. Vzhledem k tomu, že poslech hudby a zpěv byly při rozhovoru uváděny jako poslední ze tří nabízených činností popisujících dané terapie, je nutné zamyslet se nad věrohodností výsledků také z hlediska možných psychických charakteristik osob s mentální retardací a konkrétně v tomto případě nad možnostmi, že výpovědi mohly být z podstatné části echolálické. Na druhou stranu je důležitým faktem také to, že láska k hudbě a muzikálnost je typická pro mnoho osob s mentálním postižením a i to se mohlo do odpovědí při rozhovoru promítnout.

Z výsledků je tedy těžké říci, která z vybraných terapií by mohla být mezi osobami s mentální retardací nejvyhledávanější. Myslím si, že zaručeně zajímavějších a možná i objektivnějších výsledků by se dalo dosáhnout za pomoci aktivního vyzkoušení všech terapií probandy a následné vyhodnocení toho, co je bavilo nejvíce. I zde by však bylo nutné počítat s tím, že by se do výběru mohla promítnout momentální nálada, zájem a to, kdy která terapie proběhla, neboť by mohlo dojít (podobně jako při rozhovoru) k tomu, že by vzhledem k odchýlkám ve vnímání, paměti a myšlení volili spíše tu poslední.

Nejdůležitějším faktem však zůstává, že výběr terapií by měl být velmi individuální záležitostí, neboť každého nemusí bavit a zajímat všechno. Smyslem terapií by mělo být zajištění dostatečného množství pozitivních podnětů osobám s mentálním postižením zaměřené na uspokojování jejich potřeb. Proto by mělo být v zájmu poskytovatelů sociálních služeb, jejichž cílovou skupinou jsou osoby s mentálním postižením, nabídnout svým klientům dostatečně široké spektrum terapií a aktivit, ze kterých by si mohli klienti sami vybrat ty, které by jim byly svou nabídkou nejbližší a které by vhodně stimulovaly jejich vývoj a podílely se tak na zvyšování kvality jejich života.

Přestože se ukázalo, že zvolené metody nejsou u vybraného vzorku osob s mentálním postižením dostatečně průkazné, abych mohla ze získaných dat vyvodit věrohodnější výsledky, a dá se tak říci, že pro oblast speciální pedagogiky nebylo výzkumné šetření ničím zásadní, nelze mu upřít jeho osobní hodnotu, kterou má pro mě, neboť mi přineslo nové zkušenosti a spoustu příjemných zážitků.

SEZNAM POUŽITÉ A CITOVANÉ LITERATURY:

ČERNÁ, M. a kol.: *Česká psychopedie : Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha, Karolinum 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. a kol.: *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha, Portál 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.

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

KLENKOVÁ, J.: *Kapitoly z logopedie I*. Brno, Paido 1996. ISBN 80-85931-41-9.

Kolektiv autorů.: *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice, Dona 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D.: *Vývojová psychologie*. Praha, Grada 2006. ISBN 80-247-1284-9.

LESNÝ, I., ŠPITZ, J.: *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Praha, SPN 1989. ISBN 80-04-22922-0.

MONATOVÁ, L.: *Pedagogika speciální*. Brno, Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta 1996. ISBN 80-210-1009-6.

OPATŘILOVÁ, D.: *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno, Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta 2008. ISBN 978-80-210-3819-6.

PAYNE, J. a kol.: *Kvalita života a zdraví*. Praha, Triton 2005, ISBN 80-7254-657-0

RUBINŠTEJNOVÁ, S. J.: *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. Praha, SPN 1986.

SOVÁK, M. a kol.: *Defektologický slovník*. Jinočany, H & H 2000. ISBN 80-86022-76-5.

ŠIŠKA, J.: *Mimořádná dospělost : Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha, Karolinum 2005. ISBN 80-246-0992-4.

ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Praha, Portál 2006. ISBN 80-7367-060-7.

VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VOTAVA, J. a kol.: *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha, Karolinum 2005. ISBN 80-246-0708-5.

VYSOKAJOVÁ, M.: *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. Praha, Karolinum 2000. ISBN 80-246-0057-9.

ZELINKOVÁ, O.: *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha, Portál 2007. ISBN 978-80-7367-326-0.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

The WHOQOL Group. What quality of life?. *World Health Forum : An International journal of health development* [online]. 1996, vol. 17, 4, [cit. 2010-12-07]. s. 354-356.
http://whqlibdoc.who.int/whf/1996/vol17-no4/WHF_1996_17%284%29.pdf

<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>

<http://www.aaid.org/index.cfm>

<http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageID=1>

PŘÍLOHY

Dobrý den,
jmenuji se Šárka Piskačová, jsem studentkou 3. ročníku oboru Speciální pedagogika na Univerzitě Karlově v Praze a ráda bych Vás poprosila o vyplnění mého dotazníku k bakalářské práci, ve které se zabývám otázkou zvyšování kvality života u osob s mentálním postižením za využití vybraných terapií (canisterapie, ergoterapie, muzikoterapie).

Vyberte jaký vliv mají podle Vás dané terapie na rozvoj vybraných složek psychomotorického vývoje

Hrubá motorika

	Nevýznamný	Spíše nevýznamný	Spíše významný	Významný
Canisterapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergoterapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muzikoterapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Největší vliv na hrubou motoriku může podle mého názoru mít:
(vyberte jednu z výše uvedených terapií)

Jemná motorika

	Nevýznamný	Spíše nevýznamný	Spíše významný	Významný
Canisterapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergoterapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muzikoterapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Největší vliv na jemnou motoriku může podle mého názoru mít:

Řeč

	Nevýznamný	Spíše nevýznamný	Spíše významný	Významný
Canisterapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergoterapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muzikoterapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Největší vliv na řeč může podle mého názoru mít:

Má Vaše dítě či Vám svěřený klienti zkušenosti s některými z uvedených terapií?

.....

Děkuji Vám za Váš čas a zájem

Obrázek č. 1 – Rozestavění fotografií použitých při projektivní technice



Obrázek č. 2 – Grafické znázornění rozestavěných fotek

E I	C I	M I
M II	E II	C II
C III	M III	E III

Tabulka č. 1 – Výsledky dotazníku

Hrubá motorika

	Nevýznamný	Spíše nevýznamný	Spíše významný	Významný
Canisterapie	0	8	28	44
Ergoterapie	1	1	22	56
Muzikoterapie	2	14	45	19
CELKEM	3	23	95	119

Jemná motorika

	Nevýznamný	Spíše nevýznamný	Spíše významný	Významný
Canisterapie	2	14	39	25
Ergoterapie	0	0	9	71
Muzikoterapie	2	15	28	35
CELKEM	4	29	76	131

Řeč

	Nevýznamný	Spíše nevýznamný	Spíše významný	Významný
Canisterapie	2	23	36	19
Ergoterapie	2	17	43	18
Muzikoterapie	0	1	11	68
CELKEM	4	41	90	105

Tabulka č. 1a – Výsledky dotazníku – pracovníci

Hrubá motorika

	Nevýznamný	Spíše nevýznamný	Spíše významný	Významný
Canisterapie	0	6	20	34
Ergoterapie	1	1	17	41
Muzikoterapie	2	12	33	13
CELKEM	3	19	70	88

Jemná motorika

	Nevýznamný	Spíše nevýznamný	Spíše významný	Významný
Canisterapie	2	9	28	21
Ergoterapie	0	0	8	52
Muzikoterapie	2	10	17	31
CELKEM	4	19	53	104

Řeč

	Nevýznamný	Spíše nevýznamný	Spíše významný	Významný
Canisterapie	2	16	30	12
Ergoterapie	2	15	29	14
Muzikoterapie	0	1	4	55
CELKEM	4	32	63	81

Tabulka č. 1b– Výsledky dotazníku – rodiče

Hrubá motorika

	Nevýznamný	Spíše nevýznamný	Spíše významný	Významný
Canisterapie	0	2	8	10
Ergoterapie	0	0	5	15
Muzikoterapie	0	2	12	6
CELKEM	0	4	25	31

Jemná motorika

	Nevýznamný	Spíše nevýznamný	Spíše významný	Významný
Canisterapie	0	5	11	4
Ergoterapie	0	0	1	19
Muzikoterapie	0	5	11	4
CELKEM	0	10	23	27

Řeč

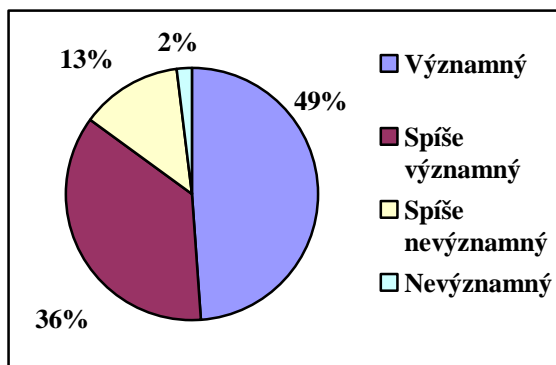
	Nevýznamný	Spíše nevýznamný	Spíše významný	Významný
Canisterapie	0	7	6	7
Ergoterapie	0	2	14	4
Muzikoterapie	0	0	7	13
CELKEM	0	9	27	24

Tabulka č. 2 – Přehled výběrovosti terapií u výzkumného vzorku osob s mentálním postižením

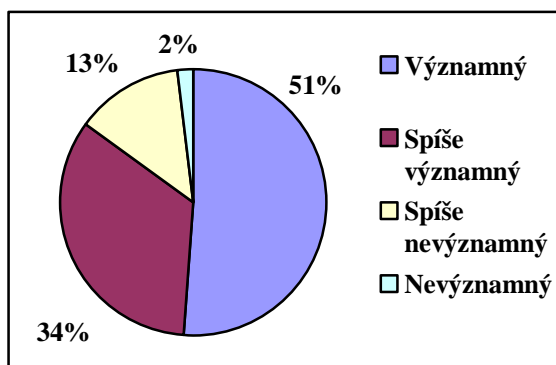
Č./věk/MR/pohlaví	CI	C II	C III	E I	E II	E III	M I	M II	M III	Rozhovor
	Canisterapie			Ergoterapie			Muzikoterapie			
1. 21,10 STMR ♀			1			1			1	xxx
2. 20,7 STMR ♀					1	1		1		Muziko
3. 27,9 TMR ♀		1				1			1	xxx
4. 27,1 STMR ♀			1			1			1	xxx
5. 34,6 STMR ♀		1	1						1	xxx
6. 31,6 STMR ♀	1	1	1							Canis
7. 31,11 LMR ♀		1	1				1			Muziko
8. 29,0 STMR ♂	1	1					1			Muziko
9. 28,9 STMR ♂			1					1	1	Muziko
10. 27,11 STMR ♂			1			1			1	xxx
11. 32,0 STMR ♂	1	1				1				Muziko
12. 51,10 STMR ♂			1				1	1		Muziko
13. 27,6 STMR ♂			1					1	1	Muziko
14. 21,3 STMR ♂	1	1					1			Muziko
15. 39,4 STMR ♂			1		1	1				Muziko
16. 32,1 STMR ♂			1			1			1	Muziko
17. 44,5 STMR ♂		1	1						1	Muziko
18. 45,3 STMR ♂		1				1	1			Muziko
19. 39,8 STMR ♂			1		1			1		Canis
20. 38,1 TMR ♂			1			1			1	xxx
21. 35,0 STMR ♂			1					1	1	xxx
22. 29,6 TMR ♂			1			1			1	xxx
23. 39,4 STMR ♂						1	1		1	xxx
24. 47,7 STMR ♂	1	1	1							xxx
25. 34,2 STMR ♂				1	1			1		Ergo
26. 40,5 STMR ♂	1	1	1							Canis
27. 38,9 STMR ♂				1	1	1				Canis
28. 43,4 STMR ♂		1		1					1	Muziko
29. 40,6 STMR ♂				1	1	1				Muziko
30. 30,3 STMR ♂			1				1		1	Canis
31. 47,5 STMR ♂				1		1		1		Ergo
32. 35,1 STMR ♂	1		1					1		Muziko
33. 15,8 STMR ♀		1	1						1	Ergo
34. 12,10 LMR ♀	1	1	1							Canis
35. 11,3 LMR ♂	1					1		1		Muziko
36. 10,1 LMR ♀	1			1	1					Ergo
37. 19,7 STMR ♀					1	1		1		Muziko
38. 19,0 STMR ♀			1					1	1	Muziko
39. 19,5 LMR ♀			1	1				1		Muziko
40. 13,4 STMR ♂		1	1						1	xxx
41. 45,2 LMR ♀		1	1	1						Muziko
42. 32,6 LMR ♂	1	1					1			Muziko
43. 21,9 LMR ♂			1	1		1				Muziko
44. 42,5 LMR ♂	1	1		1						Ergo
45. 42,0 LMR ♂	1		1				1			Muziko
46. 48,11 STMR ♂		1	1	1						Ergo
47. 66,4 STMR ♂	1		1				1			Muziko
48. 33,5 STMR ♂			1	1	1					Muziko
49. 51,3 STMR ♂	1	1	1							Ergo
50. 53,9 TMR ♂	1			1			1			Muziko
CELKEM	16	20	32	13	9	18	11	13	18	
	68			40			42			

GRAFY – VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉ METODY

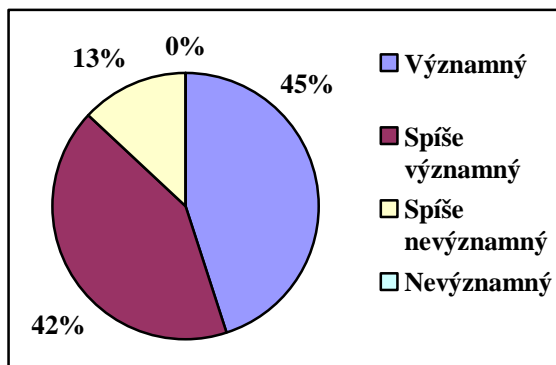
Graf č. 1 – Přehled celkových výsledků z hlediska významnosti terapií na rozvoj řeči, hrubé a jemné motoriky



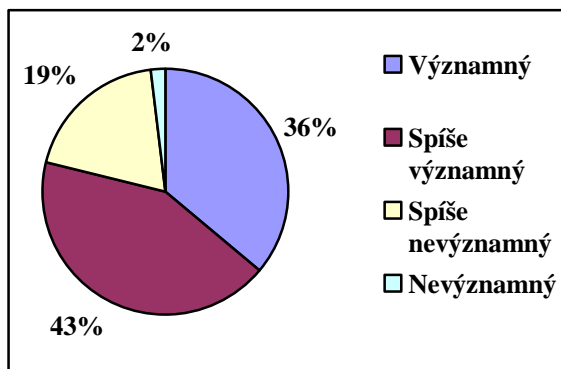
Graf č. 1a – Přehled celkových výsledků z hlediska významnosti terapií na rozvoj řeči, hrubé a jemné motoriky – pracovníci



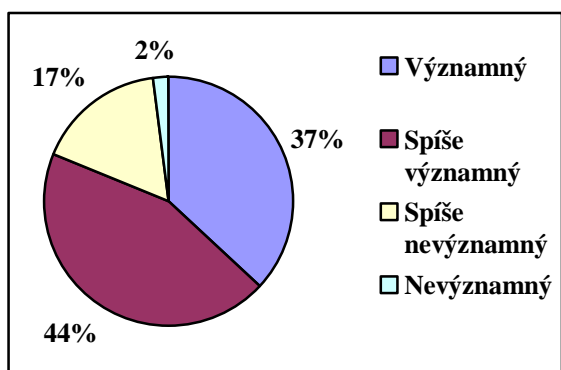
Graf č. 1b – Přehled celkových výsledků z hlediska významnosti terapií na rozvoj řeči, hrubé a jemné motoriky – rodiče



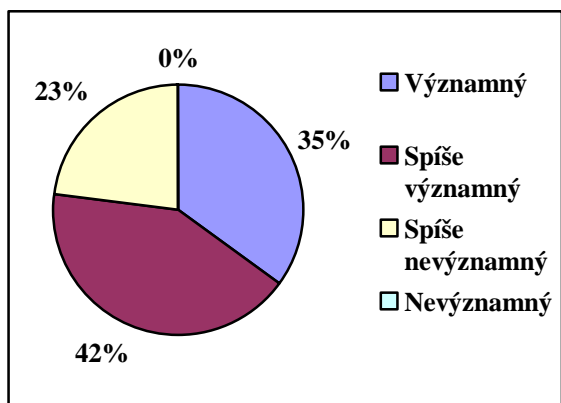
Graf č. 2 – Názor na vliv canisterapie na rozvoj vybraných psychomotorických funkcí



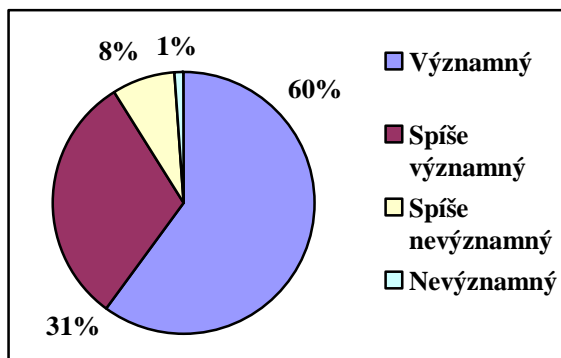
Graf č. 2a – Názor na vliv canisterapie na rozvoj vybraných psychomotorických funkcí – pracovníci



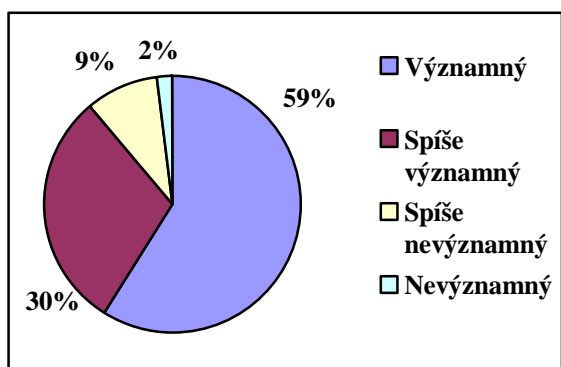
Graf č. 2b – Názor na vliv canisterapie na rozvoj vybraných psychomotorických funkcí – rodiče



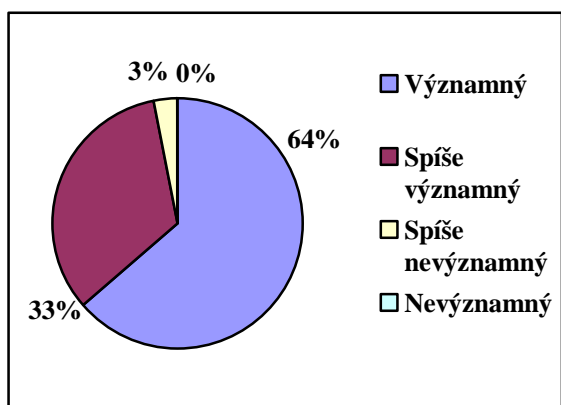
Graf č. 3 – Názor na vliv ergoterapie na rozvoj vybraných psychomotorických funkcí



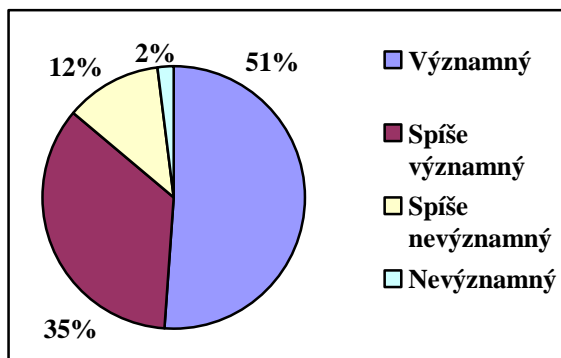
Graf č. 3a – Názor na vliv ergoterapie na rozvoj vybraných psychomotorických funkcí – pracovníci



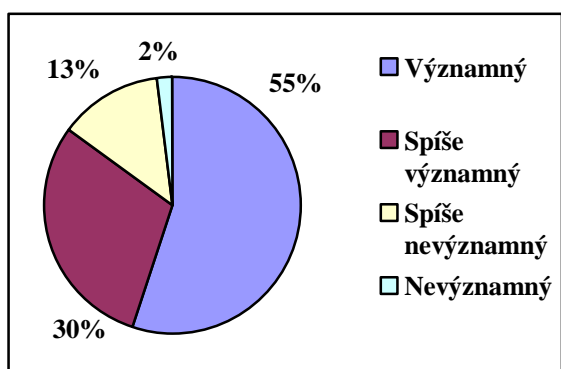
Graf č. 3b – Názor na vliv ergoterapie na rozvoj vybraných psychomotorických funkcí – rodiče



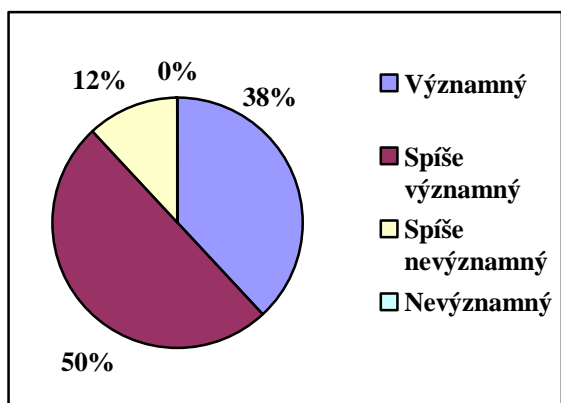
Graf č. 4 – Názor na vliv muzikoterapie na rozvoj vybraných psychomotorických funkcí



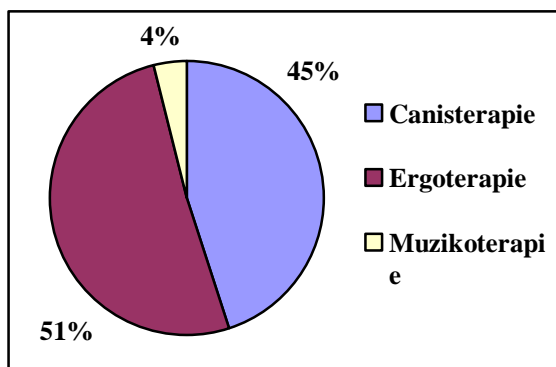
Graf č. 4a – Názor na vliv muzikoterapie na rozvoj vybraných psychomotorických funkcí – pracovníci



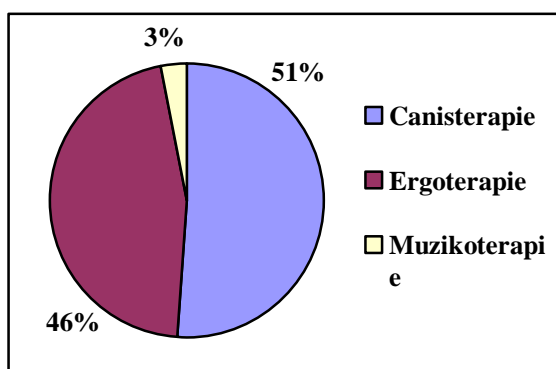
Graf č. 4b – Názor na vliv muzikoterapie na rozvoj vybraných psychomotorických funkcí – rodiče



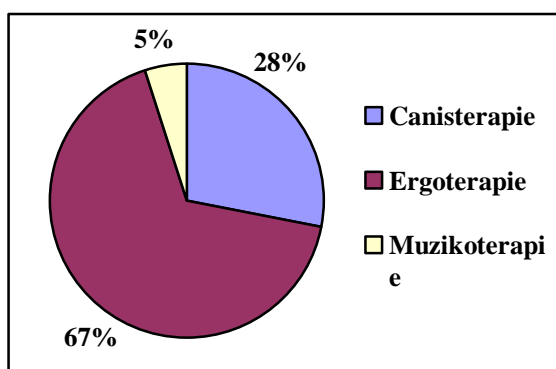
Graf č. 5 – Předpokládaný největší vliv na hrubou motoriku



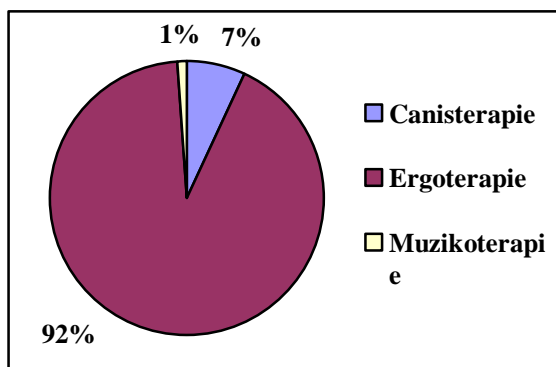
Graf č. 5a – Předpokládaný největší vliv na hrubou motoriku – pracovníci



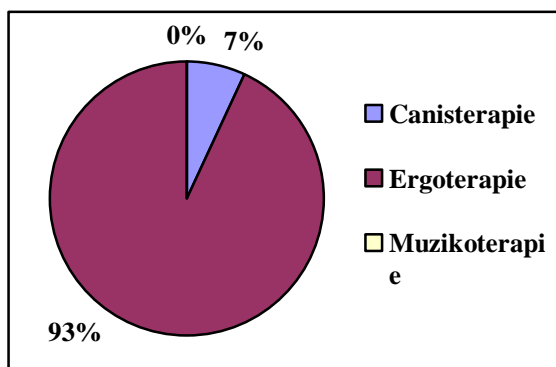
Graf č. 5b – Předpokládaný největší vliv na hrubou motoriku – rodiče



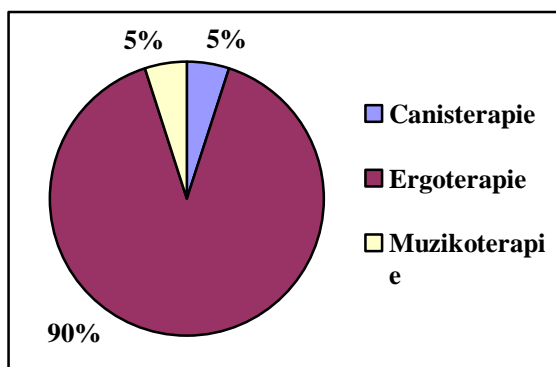
Graf č. 6 – Předpokládaný největší vliv na jemnou motoriku



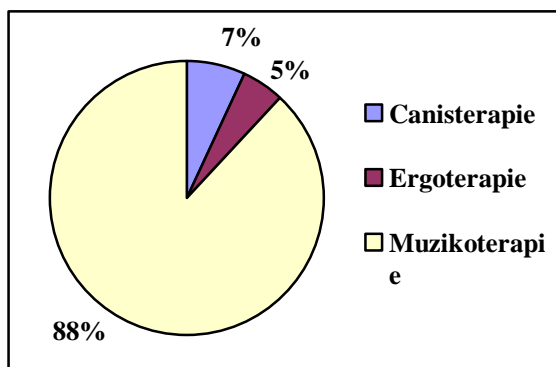
Graf č. 6a – Předpokládaný největší vliv na jemnou motoriku – pracovníci



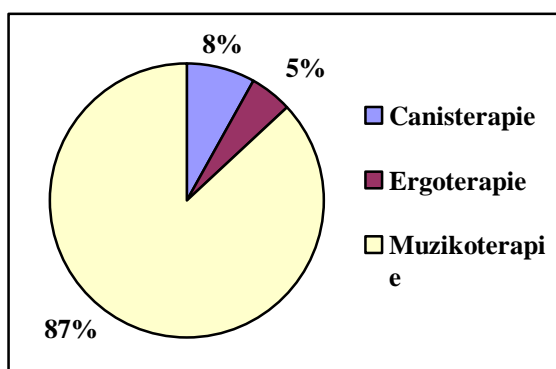
Graf č. 6b – Předpokládaný největší vliv na jemnou motoriku – rodiče



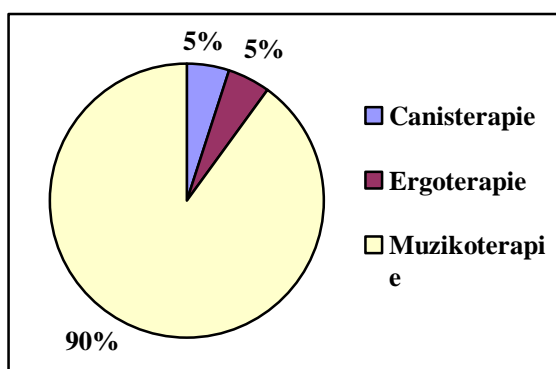
Graf č. 7 – Předpokládaný největší vliv na řeč



Graf č. 7a – Předpokládaný největší vliv na řeč – pracovníci

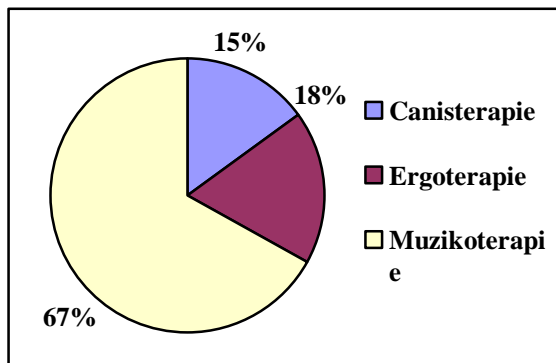


Graf č. 7b – Předpokládaný největší vliv na řeč – rodiče

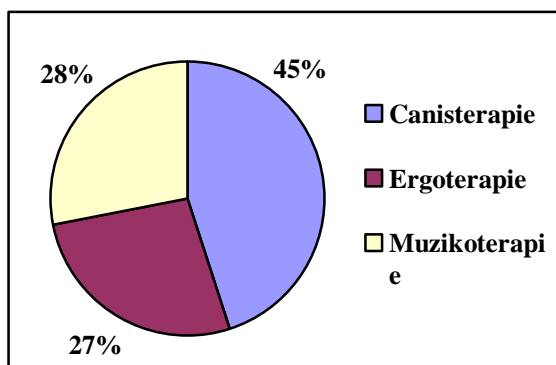


GRAFY – VÝSLEDKY PROJEKTIVNÍ TECHNIKY

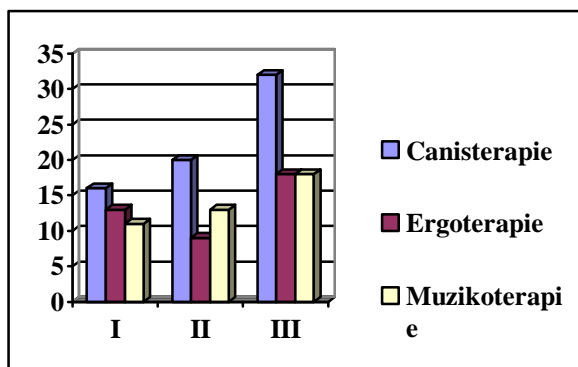
Graf č. 8 – Celkový poměr voleb u jednotlivých terapií – rozhovor



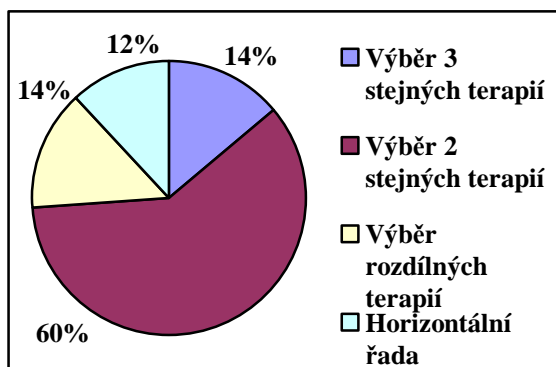
Graf č. 9 – Celkový poměr voleb u jednotlivých terapií – projektivní technika



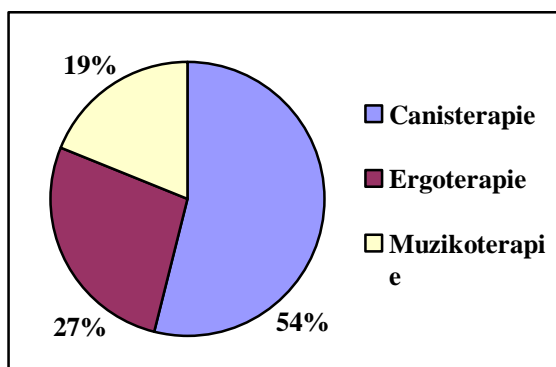
Graf č. 10 – Podíl voleb u jednotlivých fotografií



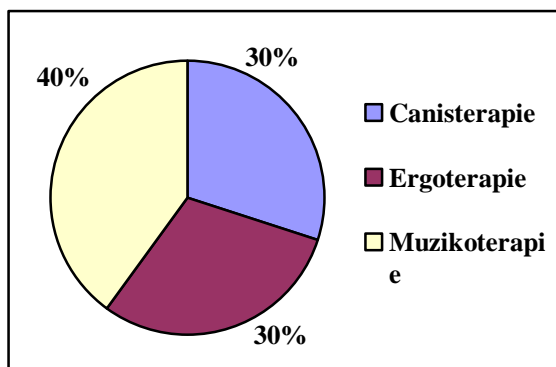
Graf č. 11 – Preference terapií z hlediska výběru fotografií:



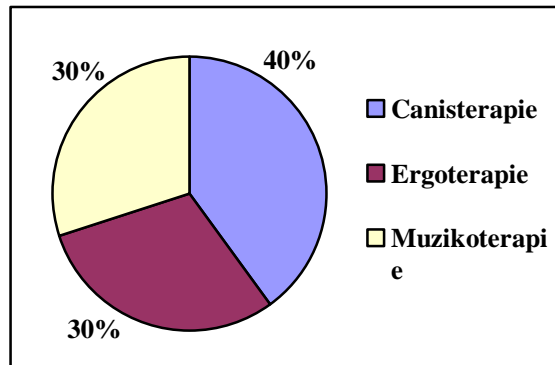
Graf č. 12 – Poměr voleb terapií u případů, kde se objevila možná preference při projektivní technice (výběr tří a dvou fotografií stejných terapií)



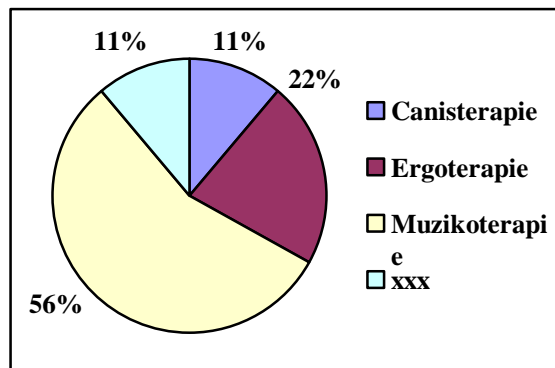
Graf č. 13 – Výsledky preference terapií u případů, kdy došlo ke shodě výpovědí rozhovoru a projektivní techniky



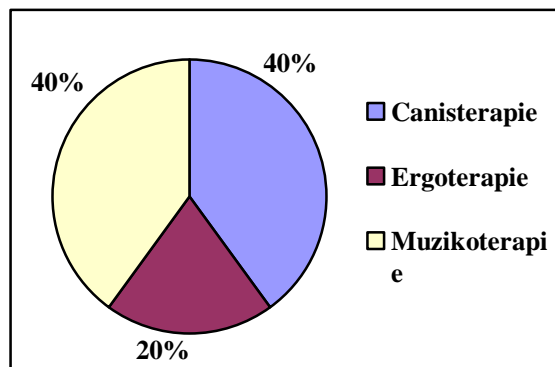
Graf č. 14 – Celkový poměr voleb u jednotlivých terapií při projektivní technice u věkové skupiny 10 – 20 let



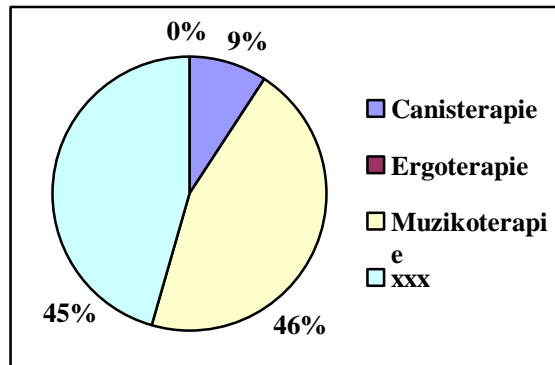
Graf č. 14a – Celkový poměr voleb u jednotlivých terapií získaných rozhovorem u věkové skupiny 10 – 20 let



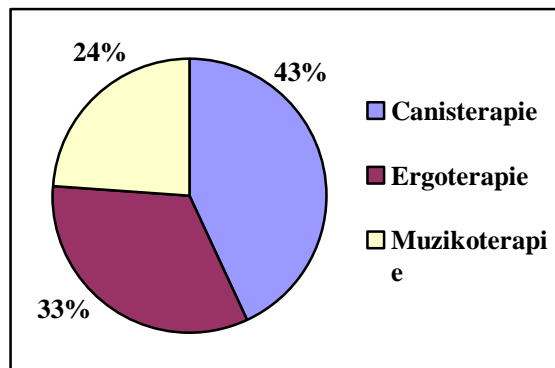
Graf č. 15 – Celkový poměr voleb u jednotlivých terapií při projektivní technice u věkové skupiny 21 – 30 let



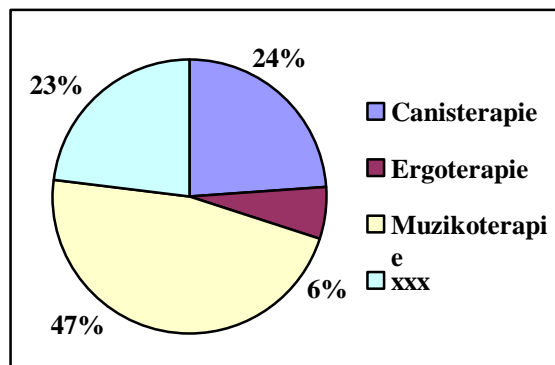
Graf č. 15a – Celkový poměr voleb u jednotlivých terapií získaných rozhovorem u věkové skupiny 21 – 30 let



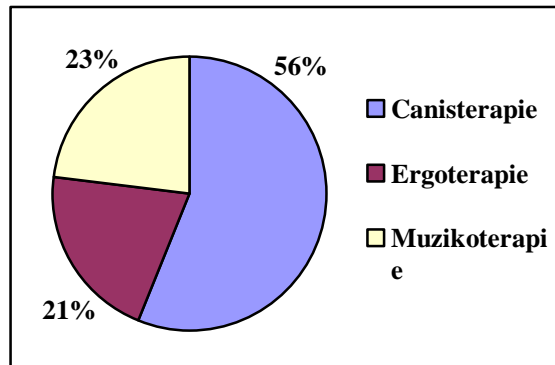
Graf č. 16 – Celkový poměr voleb u jednotlivých terapií při projektivní technice u věkové skupiny 31 – 40 let



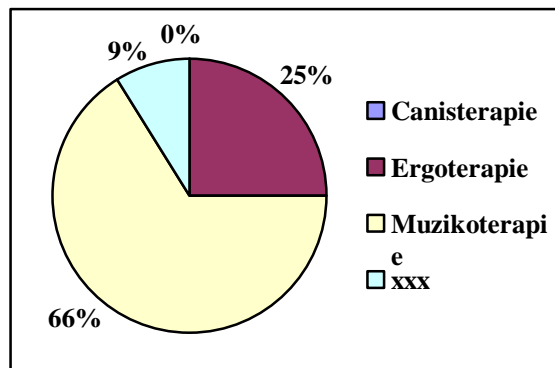
Graf č. 16a – Celkový poměr voleb u jednotlivých terapií získaných rozhovorem u věkové skupiny 31 – 40 let



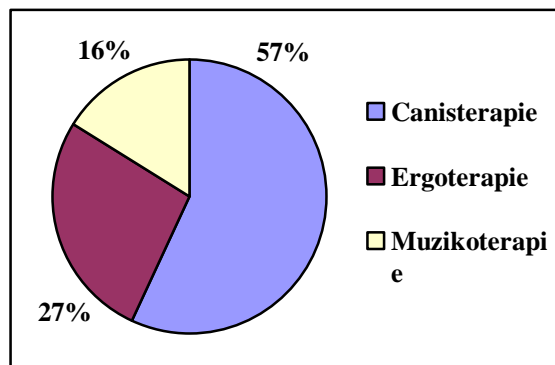
Graf č. 17 – Celkový poměr voleb u jednotlivých terapií při projektivní technice u věkové skupiny od 41 let výše



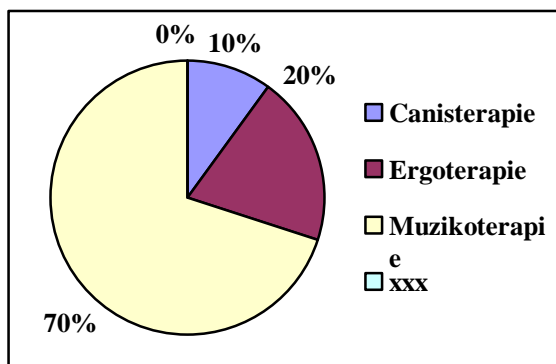
Graf č. 17a – Celkový poměr voleb u jednotlivých terapií získaných rozhovorem u věkové skupiny od 41 let výše



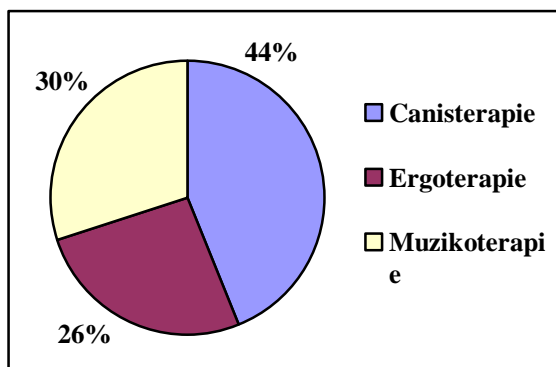
Graf č. 18 – Celkový poměr voleb u jednotlivých terapií při projektivní technice u skupiny osob s lehkou mentální retardací



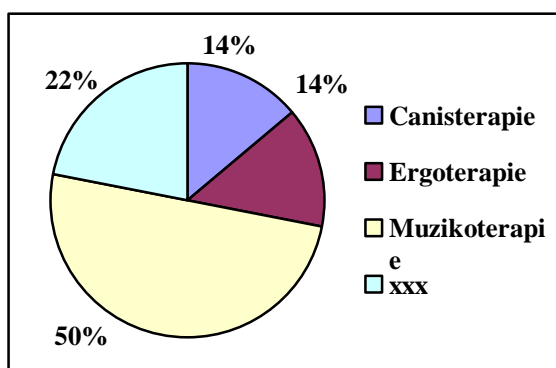
Graf č. 18a – Celkový poměr voleb u jednotlivých terapií získaných rozhovorem u skupiny osob s lehkou mentální retardací



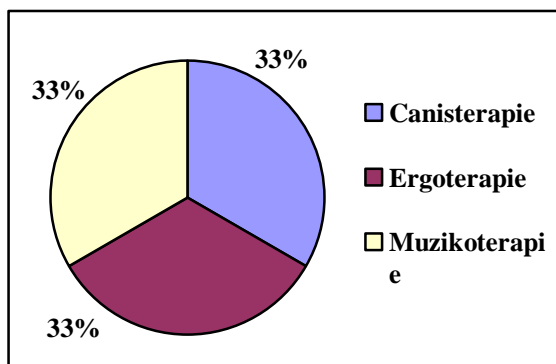
Graf č. 19 – Celkový poměr voleb u jednotlivých terapií při projektivní technice u skupiny osob se středně těžkou mentální retardací



Graf č. 19a – Celkový poměr voleb u jednotlivých terapií získaných rozhovorem u skupiny osob se středně těžkou mentální retardací



Graf č. 20 – Celkový poměr voleb u jednotlivých terapií při projektivní technice u skupiny osob s těžkou mentální retardací



Graf č. 20a – Celkový poměr voleb u jednotlivých terapií získaných rozhovorem u skupiny osob s těžkou mentální retardací

