

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky



**SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ PODPORA KLIENTŮ
DOMOVA PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ PALATA**

Special educational support of clients of Home For Visually Impaired
People Palata

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Lea Květoňová, Ph.D.

Autor práce:

Barbora Zbořilová

Praha 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí práce s využitím uvedených pramenů a literatury.

V Praze, dne 29. dubna 2013

.....
Barbora Zbořilová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce doc. PhDr. Lee Květoňové, Ph.D. za odborné vedení práce, pomoc a za udělené cenné rady. Dále bych ráda poděkovala pracovníkům Domova pro zrakově postižené Palata, konkrétně pak Mgr. Evě Švecové za umožnění zúčastnění se aktivit a terapií spolu s klienty Palaty.

Anotace

Předmětem bakalářské práce je ucelený popis a charakteristika speciálně pedagogických aktivit Domova pro zrakově postižené Palata. Práce se skládá z několika kapitol, které se zprvu věnují problematice seniorského věku, dále problematice zrakového postižení v seniorském věku a volnému času v kontextu kvality života u seniorů. V poslední části nalezneme charakteristiku speciálně pedagogických aktivit na Palatě, jejich specifika pro seniory se zrakovým postižením a popis jejich průběhu. Cílem bakalářské práce je podat ucelený přehled o speciálně pedagogické podpoře v Domově pro zrakově postižené Palata a díky analýzám speciálně pedagogických činností, pozorování a analýze odborné literatury demonstrovat důležitost a potřebu těchto aktivit v zařízení pro seniory.

Klíčová slova

- zrakové postižení, senior, Domov pro zrakově postižené seniory Palata, speciální pedagogika, terapie, volný čas

Bibliografický odkaz

ZBOŘILOVÁ, B. *Speciálně pedagogická podpora klientů Domova pro zrakově postižené Palata*. Bakalářská práce. Praha : Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce: doc. PhDr. Lea Květoňová, Ph.D., 2013. 57 s.

Abstract

The topic of this bachelor's thesis is comprehensive description and characteristics of special educational activities used at Home For Visually Impaired People Palata. Thesis consists of several chapters which initially deal with senior age issue, then the issue of elderly with vision impairment, and then the matter of spare time in context of quality of life of senior citizens. In the last section we find the characteristic of special educational activities at Palata, their specifics for seniors with vision impairment, and description of the process. The purpose of this thesis is to give a summary of special educational activities at Home For Visually Impaired People Palata, and thanks to analyses of these activities, observation and analysis of professional literature, to demonstrate the importance and need for these activities in facilities for the elderly.

Key words

- visual impairment, senior, Home For Visually Impaired People Palata, special education, therapy, spare time

Obsah

ÚVOD	7
1 Problematika seniorského věku	9
1.1 Projevy stáří a stárnutí	9
2 Senior se zrakovým postižením	11
2.1 Vliv zrakového postižení na osobnost	11
2.2 Problematika zrakového postižení v seniorském věku	13
2.3 Senior s handicapem v institucionálním zařízení	13
2.4 Volný čas v kontextu kvality života v seniorském věku	14
3 Speciálně pedagogická podpora klientů Domova Palata	15
3.1 Terapeutické služby	17
Taneční terapie.....	17
Canisterapie.....	20
Reminiscenční terapie	24
Muzikoterapie	28
Aromaterapie.....	32
Arteterapie.....	34
3.2 Ostatní speciálně-pedagogické činnosti na Palatě	39
Adaptační skupina.....	39
Trénování paměti	39
3.3 Sociálně-rehabilitační služby.....	40
Používání kompenzačních pomůcek.....	40
Prostorová orientace.....	41
3.4 Hodnocení analýz speciálně pedagogických aktivit Domova Palata	43
ZÁVĚR.....	44
POUŽITÉ ZDROJE	45
Seznam příloh.....	49
OBRAZOVÁ PŘÍLOHA	50

„Tady je to mé tajemství, úplně prostinké: správně vidíme jen srdcem. Co je důležité, je očím neviditelné.“ (Antoine de Saint-Exupéry)

ÚVOD

Aktivní a hlavně účelné trávení volného času v pobytových zařízeních pro seniory je dle mého názoru téma, o kterém se v odborných kruzích málo diskutuje, a dle mého by se mu měla odborná veřejnost více věnovat. Tento fakt souvisí i s fenoménem prodlužování věku a s tím související stárnutí populace, což je stále více aktuální téma, především pro příští generace. Daleko větší problém ovšem vidím v praxi, kde se často nedbá a zapomíná na to, jak tyto prodloužené roky trávit a využít.

Bakalářská práce „Speciálně pedagogická podpora klientů Domova pro zrakově postižené Palata“ se proto zabývá představením Domova Palata, jeho speciálně pedagogických aktivit a měla by být příkladem toho, jak správně a efektivně vyplnit volný čas v zařízeních pro handicapované seniory.

Práce se skládá z několika kapitol, které na sebe logicky navazují a jsou provázané. První část je teoretická a zabývá se problematikou seniorského věku, stárnutí a projevy stárnutí. Druhá část se zaměřuje na problematiku seniorského věku v kombinaci se zrakovým postižením, dále vlivem zrakového postižení na osobnost a problematikou seniora s handicapem v institucionálním zařízení. Další kapitola se zabývá volným časem v kontextu kvality života v seniorském věku. Na tu navazuje třetí, poslední, část, která se věnuje speciálně pedagogické podpoře Domova Palata. V této poslední části dochází k propojení teoretické a praktické části. Věnuje se jednotlivým speciálně pedagogickým aktivitám na Palatě, nejdříve jsou teoreticky popsány a pak je zaznamenán jejich průběh doplněný o krátké zhodnocení a prospěšnost. Na konci práce nalezneme přílohy – fotografie ze speciálně pedagogických aktivit.

Práce by měla ukázat, že vhodně vybrané aktivity, smysluplně trávený a rozvržený volný čas v pobytových zařízeních pro seniory je nejen důležitý, ale hlavně pro ně samé velmi přínosný. Chtěla bych dokázat, že absolvování různých speciálně pedagogických aktivit činí pobyt nejen příjemnější, ale život handicapovaných seniorů v těchto zařízeních se pak stává kvalitnější. K tomuto

účelu jsem vybrala metodu analýzy odborné literatury, analýzy jednotlivých aktivit a metodu pozorování.

Cílem této bakalářské práce je podat ucelenou výpověď o speciálně pedagogických aktivitách a podpoře na Palatě. Posléze v rámci analýz jednotlivých aktivit a terapií ukázat, že smysluplné trávení času v tomto pobytovém zařízení je velice důležité a měla by se jím inspirovat i další podobná zařízení pro seniory.

Předpokládám, že moje práce by se mohla stát příkladem pro další zařízení nebo odbornou veřejnost, jak vybrat, volit a modifikovat aktivity v pobytových zařízeních pro seniory.

Zaměření a téma bakalářské práce jsem si vybrala z jediného důvodu. Už od začátku studia se profiluji na seniory jako cílovou skupinu. V budoucnu plánuji pracovat se seniory a chtěla bych se podílet na zlepšení péče, služeb a aktivit pro tuto, často opomíjenou a přehlíženou, cílovou skupinu. Svoje úsilí bych pak dále po studiu chtěla koncentrovat na zlepšení v oblasti paliativní péče.

Konkrétní téma jsem si pak vybrala díky návštěvě Palaty před dvěma lety, kdy jsem se zúčastnila exkurze do Domova pro zrakově postižené Palata v rámci předmětu tyflopédie a poprvé jsem tak navštívila toto zařízení, které už tehdy ve mně zanechalo stopu a hluboký dojem. Palata se tak díky tomu stala volbou při výběru zařízení pro handicapované seniory, o kterém budu psát svoji závěrečnou práci.

1 Problematika seniorského věku

Pacovský (1997) definuje stárnutí jako nezvratné změny v živém organismu, omezení a zeslabení jeho jednotlivých funkcí s určitou časovou dynamikou, které podléhají formativním vlivům prostředí a genetiky. Podle Pacovského (1997) je stárnutí cestou do stáří z hlediska vývoje jedince.

Mühlpachr (2004) stáří označuje jako pozdní fáze ontogeneze. Stáří je podle něj důsledkem a projevem procesů, které jsou geneticky podmíněny. Tyto procesy jsou určovány dalšími faktory, jako jsou nemoci, životní styl a podmínky. Stárnutím ale Mühlpachr označuje celoživotní proces.

Pro lepší uchopení výrazu a termínu stáří si ještě uvedeme definici psycholožky Vágnerové (2007), která stáří rozděluje podle dosaženého věku člověka. Je to rané stáří (60-75 let) a pravé stáří (75 let a více). Rané stáří je dle Vágnerové období změn, které jsou podmíněny stárnutím, ale díky těmto změnám ještě nedochází ke znemožnění aktivního a plnohodnotného života. V pravém stáří se pak zvyšuje počet problémů, které jsou dané tělesným i mentálním úpadkem. Narůstá riziko *zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci (např. umístění do institucionální péče).*“ (Vágnerová, 2007, s. 398)

Obecně lze vyvodit závěr, že stáří provází mnoho změn, které mohou ovlivnit dosavadní život. Mohou to být tělesné i psychické problémy. Tyto změny si podrobněji přiblížíme v další kapitole.

1.1 Projevy stáří a stárnutí

Stáří provází nejen fyziologické a biologické změny, které jsou patrné na první pohled, ale i změny psychické. Mezi biologické důsledky stárnutí patří snížení adaptačních schopností a odolnosti k zátěži, pokles imunity, úbytek svalové a kostní hmoty a úbytek funkcí většiny orgánů včetně smyslů. Dále to je zhoršení psychomotoriky, s tím související snížení počtu nervových buněk a změny v působení a tvorbě hormonů. (Pacovský, 1997)

„S pokročilejším věkem se dostávají více či méně zjevné fyziologické změny, zejména: kůže se svrašťuje, vysušuje; vlasy a chlupy šediví a ubývají; uši obtížněji vnímají vysoké tóny a jsou citlivější na šumy; zrak slábne, obtížněji se adaptuje na světlo a na tmou, obsáhne menší šířku (zúžení vizuálního pole); svalstvo ochabuje;

ubývá kostní hmoty; dýchací soustava se rychleji unaví, hlavně při námaze; mění se hormonální produkce, sekrece a aktivita (konkrétně v menopauze); přetváří se imunitní systém.“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 23)

Čevela, Kalvach a Čeledová (2012) pak uvádí pojem **geriatrická křehkost** (frailty), která je podmíněna některými somatickými aspekty, které rozpracovala L. Friedová jako koncept. Jsou to nechutenství, únava, úbytek svalové hmoty, pomalá chůze a hypomobilita, které vlastně souvisí s úbytkem svalové hmoty i únavou.

Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 118) mezi tělesné příčiny řadí „*somatické choroby, bolest, pokles imunity, chronické záněty, dušnost, hormonální změny – deficit androgenů, estrogenů, růstového hormonu, nežádoucí účinky léků, malnutrice, poruchy chrupu a polykání, závratě.*“

Zajímavé je, že ani Pacovský nebo Pichaud a Thareauová neuvádí v biologických změnách pojem **nechutenství** a **malnutrice**, se kterým se u seniorů setkáváme velice často (dále viz kapitola „*Aromaterapie*“). A také nežádoucí účinky léků, o kterých se v souvislosti se seniory mezi odbornou veřejností diskutuje poměrně krátkou dobu. Kvůli tomu, že nežádoucí a vedlejší účinky léků u seniorů jsou diskutované teprve až v nedávné době, se nemůžeme podívat, že se tento fakt u starších autorů jako je Pacovský nebo Pichaud a Thareauová v publikacích neobjevil.

Psychické změny ve stáří však nezahrnují jen negativa. Objevují se vlastnosti jako vytrvalost, trpělivost, pochopení pro jednání ostatních seniorů, soudnost, rozvaha a názorová stálost. S rostoucím věkem ale také bohužel souvisejí psychické změny, které nejsou pro seniora ani jeho okolí příliš pozitivní. Jedná se hlavně o zpomalení psychomotoriky, změny v citovém prožívání, konzervatismus, problémy s pamětí, pasivita a nízká koncentrace pozornosti. (Pacovský, 1997)

Pacovský (1997) na rozdíl od Pichauda a Thareauové uvádí i pojem stárnutí sociální. U seniorů přetrvává a dokonce se někdy i zvyšuje potřeba sdružovat se. Bohužel se ve stáří snižují možnosti. U seniorů je velmi nebezpečná náchylnost k izolaci. Mezi další příznaky sociálního stárnutí můžeme zařadit úbytek samostatnosti a nárůst závislosti na druhých. Závislost na druhých osobách má různé stupně. Od lehké závislosti až po závislost úplnou, kterou nelze kompenzovat. Dalším typickým příznakem sociálního stárnutí je omezení schopností, které dříve byly obvyklé.

Vágnerová (2007) uvádí u změn v oblasti socializace hlavně ztrátu sociálních kontaktů a s tím související **izolaci** od společnosti a **osamělost**. Dále pak uvádí problémy s komunikací, které zahrnují jak složku porozumění, tak vlastní interpretaci a redukci sociálních rolí. Tato změna závisí především na fyzickém a psychickém stavu člověka. Senior se díky úbytkům a ztrátám schopností a funkcí dostává do postavení nesoběstačného. Často se jeho sociální role a status mění díky přechodu do ústavního zařízení. Problematiku seniora umístěného v zařízení si pak objasníme v kapitole „*Senior s handicapem v institucionálním zařízení*“.

2 Senior se zrakovým postižením

V této kapitole si shrneme a přiblížíme problematiku zrakového postižení a seniorské populace. Objasníme si vliv zrakového postižení na osobnost, avšak nebudeme se zabývat zrakovými vadami, klasifikacemi, stupni postižení nebo popisovat onemocnění vedoucí ke zrakové vadě. Pro tento typ práce je to nepodstatné. Navíc v současné literatuře se vyskytuje málo speciálně pedagogických definic zrakového postižení.

Nejčastěji používané definice jsou potom klinického charakteru. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007 srov. Finková a kol., 2007)

2.1 Vliv zrakového postižení na osobnost

„Zrakovým postižením rozumíme víc, nežli představuje pouhé poškození (patologie, defekt) anatomických struktur a poruchy funkcí zrakového analyzátoru.“
(Jesenský, 2002, s. 25)

Jedná se o stav, kdy se zrakové postižení negativně odráží ve všech složkách, které charakterizují kvalitu života. Především je to oblast jednání a výkonů a oblast schopností a vlastností člověka, díky nimž se člověk přizpůsobuje na různá prostředí jako například sociální, kulturní, pracovní i edukační. *„Negativní průmět poškození zraku a poruchy vidění do uvedených struktur povětšinou znamená:*

- *snížení citlivosti na vizuální (zrakové) podněty*
- *zvýšení reakčních časů a prodlužování průběhů procesů poznávání*
- *chyby a nedostatky průběhu a výsledku poznávání*

- *neúplnosti procesů a výsledků poznávání*
- *informační deficit a sensorická deprivace ZH*
- *zvýšení citového prožívání nedostatků s depresivním nebo agresivním vyústěním*
- *snížená adaptabilita na různá prostředí*
- *snížená výkonnost v různých aktivitách*
- *snížená míra soběstačnosti při zvýšené potřebě samostatnosti a asertivity*
- *zvýšená míra specifických potřeb umožňujících vyrovnávat nedostatky vyvolané poškozením zraku a poruchou vidění*
- *zvýšená míra podpory psychosociální, kulturní, edukační, materiálně-technické a finanční*
- *zvýšená míra sociálně právní ochrany“* (Jesenský, 2002, s. 25)

Hamadová, Květoňová a Nováková (2007) popisují dopad na osobnost v oblastech kognitivního a pohybového vývoje a v oblasti socializace. V oblasti kognitivního vývoje to je hlavně význam kompenzačních smyslů a používání zbytků zraku. Z kompenzačních smyslů je to především sluch, díky kterému se člověk se zrakovým postižením lépe orientuje v prostoru. Dále je to hmat, kterým si zrakově postižený kompenzuje poznávací procesy. Tento hmat může být aktivní-haptika nebo zprostředkovaný-instrumentální hmat. Instrumentálním hmatem můžeme označit ohmatávání okolních předmětů nějakým nástrojem. Nejčastěji je tímto nástrojem bílá hůl-charakteristická pomůcka zrakově postižených. Dalším kompenzačním mechanismem je pro zrakově postiženého řeč a paměť, která bývá často více rozvinuta, než u intaktní populace. Pohyb je další oblastí, která je negativně ovlivněna zrakovým postižením. Kvůli němu osoby se zrakovým postižením hůře získávají a nabývají motorické dovednosti. Často můžeme u zrakově postižených pozorovat špatnou koordinaci pohybů, hypotonii nebo nejistou chůzi.

Socializace je zase omezená kvůli ztrátě schopnosti učení nápodobou, nedostatku vizuálního kontaktu a zhoršené schopnosti vnímání neverbálních signálů v komunikaci. Dále to jsou problémy v určitých sociálních a společenských

situacích. A nakonec oslabená orientace v prostředí, se kterou souvisí závislost na dalších osobách. (Vágnerová, in Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

2.2 Problematika zrakového postižení v seniorském věku

Zrakově postižený senior může mít zrakovou vadu již od narození, nebo postižení získal v průběhu života, ovšem často zrakové postižení souvisí právě s věkem. (Finková a kol., 2007)

Žádná přesná statistika o počtu zrakově postižených seniorů v České republice neexistuje, ale s trendem prodlužování délky života souvisí nárůst počtu lidí se slabozrakostí. „*Přímá úměrnost vzniku zrakových vad a vyššího věku je jednoznačně prokázána: 80% lidí starších 75 let má vážné problémy se zrakem a 70 - 75% nových případů zrakových vad vzniká u lidí starších 65 let. Z toho se dá vyvodit, že stárnutí je samo o sobě významným činitelem vedoucím ke vzniku zrakové vady.*“ (www.sons.cz)

Kvůli nárůstu zrakových vad v seniorském věku, se kterým souvisí nárůst potřeby částečné nebo úplné pomoci při sebeobsluze a dalších oblastech, často senior nebo jeho rodina volí pobyt v nějakém institucionálním zařízení. Tuto problematiku si shrneme v další kapitole.

2.3 Senior s handicapem v institucionálním zařízení

Přesun do instituce (ústavního zařízení) je pro seniora velkou změnou i zátěží zároveň. Změny zahrnují například ztrátu osobního zázemí, ztrátu jistoty, pocitu bezpečí, autonomie a soběstačnosti a také signál „*blížího se konce života*“, který popisuje Vágnerová (2007, s. 419).

Změny, které obecně senioři špatně snášejí, se týkají organizace času nebo nově nastolených pravidel. Dále se také mohou potýkat se sociální izolací, kdy se senioři často stýkají jen se seniory s podobným handicapem v rámci zařízení, do kterého jsou umístěni. Velkým problémem institucí je **monotónnost** a **prázdný denní program**. Senioři najednou při přechodu do zařízení přicházejí o aktivity, které dříve vykonávali a byli pro ně samozřejmostí. (Vágnerová, 2007)

Při pobytu v zařízení nabývají dojmu, že tyto aktivity už pro ně nemají smysl. Také často podléhají pasivitě a naučené bezmocnosti a stávají se závislí. (Perlmutter a Hall, 1992; Pichaud a Thareauová, 1998; Novotná, 2003, in Vágnerová, 2007)

2.4 Volný čas v kontextu kvality života v seniorském věku

Dle Křížové (in Dvořáčková, 2012) se odborná veřejnost shoduje na tom, že kvalita života zahrnuje tři hlavní oblasti. Je to **fyzické prožívání, psychická pohoda a sociální postavení jedince**, které zahrnuje i vztahy k druhým lidem. Dvořáčková (2012) uvádí, že kvalita života může být brána jako důsledek působení mnoha faktorů, které jsou ve vzájemné interakci. Jsou to faktory sociální, zdravotní, ekonomické, ale i environmentální. Kvalita života také může obsahovat faktory jako smysl a užitečnost vlastního života i hodnocení života v pojetí osobní svobody a spokojenosti.

Žádný z autorů se neshoduje na faktorech, které reprezentují kvalitu života. Výše uvedené oblasti, které obsahuje pojem kvalita života, si pak v dalším odstavci přiblížíme v kontextu aktivního stáří a stárnutí.

WHO (in Dvořáčková, 2012, s. 29) uvádí termín **aktivní stárnutí**. Tento koncept vychází z principů Organizace spojených národů pro seniory. Nejedná se však jen o zdraví a péči o zdraví. Koncept se řídí několika zásadami. Jsou to: *„nezávislost, účast na životě společnosti, důstojnost, péče a seberealizace“*.

Pichaud a Thareauová (1998) uvádějí kromě fyziologických potřeb a potřeb bezpečí také potřeby sociální, potřebu autonomie a seberealizace. Do sociálních potřeb patří potřeby jako informovanost (kontakt se světem, se společností), potřeba náležitosti k nějaké skupině, potřeba lásky a potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut. Potřeba seberealizace souvisí s užitečností, uznáním, zažitím pocitu úspěchu a smyslem života.

Mühlpachr (2004, s. 16) se zmiňuje o přístupu ke stáří, respektive k aktivnímu stáří, takto: *„V duchu výzev světových organizací a jejich programů je reálné usilovat o to, aby byl přidáván život létům, nikoliv léta životu. Prodloužení aktivního období života vyžaduje další nabídku smysluplných aktivit.“*

Před Mühlpachrem myšlenku v tomto duchu zformulovali i Pichaud a Thareauová (1998, s. 25) *„Změny funkcí nejsou fatální. Vhodná duševní a tělesná aktivita může zpomalit nástup funkčních změn a prodloužit aktivní věk.“*

Avšak Sak a Kolesárová (2012, s. 11) se o stáří a prodloužení délky života vyjadřují takto: *„Prodlužování délky života člověka má význam nejen vzhledem k jednotlivému člověku. Prodlužování střední délky života obsahuje potenciál zpětného vlivu na kvalitu společnosti na její proměnu v ‚dlouhověkovou společnost‘.“*

Nelze proto se zabývat jen myšlenkou, jak prodlužovat délku života, aniž bychom se nezabývali tím, jak aktivně tuto fázi strávit. Proto je třeba v institucích a zařízeních pro seniory dbát a klást velký důraz na výběr aktivit, terapií a sociálně-rehabilitačních služeb. Také je třeba respektovat složení klientů a jejich handicap. Aktivity je třeba naplánovat na celý den, aby nedocházelo k pasivitě a předcházelo se nečinnosti. Zároveň je však třeba zdůraznit, že veškeré takové aktivity jsou dobrovolné. Nesmíme nutit klienty k činnostem, které nechtějí z jakýchkoliv důvodů vykonávat a provádět. Aktivity je třeba zacílit na oblasti, které jsou popsány výše. Jedná se o sociální potřeby, potřeby seberealizace a autonomie.

Rheinwaldová (1999) ve své publikaci přibližuje náměty k programům a činnostem v zařízeních. Jedná se o hry a aktivity „vzpomínáme si“, které mají rozvíjet komunikaci a sociální interakci mezi obyvateli. Dále pak zábavné programy jako různé akce, plesy, pantomimu. Potom to jsou hudební programy, zájmové kroužky, terapie zahradničením, aktivity na rozvoj smyslů a relaxační techniky. Tyto činnosti by měly být stěžejní a víceméně podobné pro všechna zařízení. Je jedno, jestli činnost nazveme hudebním programem nebo muzikoterapií, jedná se o účinek a splnění cílů, které jsme si u klientů vytyčili.

Abychom si ukázali a demonstrovali, jak důležité je cílené aktivní trávení volného času v zařízeních pro seniory a do jaké míry jim pomáhá, analyzujeme speciálně pedagogické aktivity Domova pro zrakově postižené Palata.

3 Speciálně pedagogická podpora klientů Domova Palata

Nejprve si stručně představíme Domov Palata. Dále se na budovu a prostory Palaty podíváme z pohledu speciálního pedagoga.

„Posláním Domova je poskytování komplexní péče osobám se zrakovým postižením, udržení jejich plnohodnotného života a zvyšování jejich soběstačnosti s důrazem na individuální přístup.“ (Výroční zpráva, 2011)

Palata je pobytové zařízení pro osoby (seniory) se zrakovým postižením, jejímž zřizovatelem je Hlavní město Praha. Domov Palata se nachází v městské části Praha 5 – Smíchov. Domov byl postaven v roce 1893, což si můžeme přecíst na průčelí historické budovy obklopené velkým parkem. Taktéž na budově nalezneme nápis „*Francisco Josephinum*“, který nás informuje, k jakému významnému jubileu byl

„*Ústav pro zaopatřování slepců*“ postaven. Bylo tomu k výročí vlády císaře Františka Josefa I.

Budova má celkem 3 podlaží, ve kterých jsou zřízena 4 oddělení (A, B, C, D). Na těchto odděleních jsou klienti ubytováni v jedno, dvou a třílůžkových pokojích. Každé oddělení má svoji sesternu, spádové pracovníky (sociální, zdravotnické) a vedoucího úseku, který zodpovídá za dané oddělení. Oddělení jsou rozdělena podle míry soběstačnosti klientů, o jejichž pohodlí a zdraví se stará přesně 101 zaměstnanců. Jsou to psychologové, zdravotnický personál, logoped nebo sociální pracovníci, ale například i zaměstnanci stravovacího úseku. V nedávné době byla budova zrekonstruována a na rekonstrukcích se stále pracuje.

V dalším odstavci si stručně představíme budovu Palaty z pohledu speciálního pedagoga.

Díky výše zmíněným rekonstrukcím je celá budova Palaty bezbariérová. Ve vstupní části jsou umístěny schody, takže je opatřena zvedací plošinou a rampami pro vozíky. V celé budově chybí dveřní prahy a pohyb imobilních klientů po patrech budovy je zajištěn pomocí tří bezbariérových výtahů s hlasovými výstupy. Pro lehčí orientaci po budově je každá chodba vymalována výraznou a odlišnou barvou. Podél zdí je připevněno zábradlí, které má na koncích dobře hmatatelné kovové cvoky. Na každém zábradlí je jich jiný počet, díky tomu se klienti lépe orientují a mohou bez problému nalézt svůj pokoj („*můj pokoj je tam, kde jsou čtyři kuličky*“). Na podlahách chodeb můžeme nalézt vodící linie a dělicí pruhy v kontrastní barvě – bílá uprostřed a na okrajích černá barva. Díky tomuto uzpůsobení podlahy se klient lépe orientuje, kde je vchod do místnosti, kde se nachází dveře pokoje nebo kde je zeď. Lehce se tak díky tomu předchází úrazům. U dveří můžeme nalézt tabulky s názvy a jmény v Braillovu bodovém písmu. Tyto tabulky jsou umístěné v dosahu hmatového pole tak, aby je klient mohl bez problému najít a přečíst.

Speciálně pedagogickou podporu v Domově Palata lze rozdělit na dvě části nebo skupiny, a to na **terapeutickou část**, při které se využívá terapie jako prostředku ke zvyšování kvality a plnohodnotnosti života, a **sociálně-rehabilitační služby**, které pomáhají částečně navrátit nebo plně nahradit schopnosti a dovednosti, které byly ztraceny díky ztrátě zraku nebo jeho poškozením. (www.helpnet.cz)

3.1 Terapeutické služby

Terapie je proces styku lidí určitým (odborným a cíleným) způsobem, který pomáhá nebo napomáhá odstranit či zmírnit zdravotní nebo psychické problémy a celkově vede ke změně. Aby terapie vedla k této změně, která má být pro klienta pozitivní, musí pro ni platit určité zásady a principy, které by měl jak klient, tak terapeut, který prošel patřičným vzděláním a výcvikem, dodržovat. Patří mezi ně například dodržování místa a času (důležitá je pravidelnost intervalů), určení cílů (terapie by měla mít jasně daný a konkrétní cíl, kterého chceme s klientem dosáhnout). Dále pak přizpůsobení terapie individuálně klientovi (tzn. respektovat jeho věk, příčiny potíží a symptomy) nebo zaměření terapie (jaké změny chceme u klienta dosáhnout). (Müller, in Müller, 2007)

V příštích kapitolách se už přímo budeme věnovat jednotlivým terapiím.

Taneční terapie

Taneční terapie - charakteristika

Taneční terapie je jedna z forem expresivní terapie, při níž dochází k seberealizaci jedince. Taneční terapie se začala vyvíjet počátkem 40. let v USA a postupně se šířila dál. Populární se stala také v Evropě. Taneční terapie je založena hlavně na poznatcích, které vyplývají z psychoanalýzy. Pomocí tance a skrze pohybové vyjádření dochází k vyjadřování emocí a prožitků a uvědomování si tělesného schématu. (Dosedlová, in Müller, 2007)

Pohyb je u taneční terapie způsobem a nástrojem projevu a vyjádření. Jedná se o tělesnou aktivitu, která není verbálně doprovázena, a tak při tanci dochází k úplnému ponoření do námětu, tedy do tance. Klient tedy není ničím rušen a může vnímat radost z pohybu a jiné doprovodné emoce. (Payneová, 1999)

„Taneční terapie je Evropskou asociací definována jako psychoterapeutická aktivita, která pomáhá pacientům znovu nalézat:

1. *radost z funkční činnosti*
2. *jednotu tělesna a duševna*
3. *obnovu pozitivního sebepřijetí*
4. *autonomii*
5. *tělesnou symboliku*

6. *sublimaci.*“ (Dosedlová, in Müller, 2007, s. 201-202)

Z toho vyvozují, že se nejedná čistě jen o pohybovou aktivitu, která by měla fungovat například jako rehabilitační činitel, důležitější než samotný pohyb je účinek na psychiku jedince. Taneční terapie má dvě formy, a to individuální a skupinovou, se kterou se u nás setkáváme častěji. Pohybové a taneční aktivity musí terapeut pečlivě vybírat s ohledem na složení, cíle a věkový průměr skupiny.

Cílem taneční terapie není dokonalý taneční projev, ani dokonalé provedení pohybu, ale především prohloubení senzitivity, vnímavosti, zlepšení schopnosti projevení dojmů a pocitů a „*odhalení nové cesty bytí*“. (Landischová, 2007, s. 40)

Specifika taneční terapie se seniory se zrakovým postižením

Jak jsem již výše zmínila taneční terapie je jedna z terapií, která využívá pohyb. Kvůli tomu, že velká část klientů v seniorském věku má zdravotní a pohybové problémy, je třeba tanec modifikovat tak, aby nikomu z klientů nečinil obtíže. Z hlediska mobility, bezpečnosti, ale i zrakového postižení se z velké části využívá tanec vsedě, kdy klient sedí bezpečně a pohodlně na židli a aplikuje pohyby, které by používal při tanci (pohyby trupu, rukou, nohou, ale i hlavy). Při tanci ve stoje se využívá tanec v páru a skupinový tanec, nikoliv sólový taneční projev, který by pro klienta nebyl bezpečný z hlediska jeho zrakového postižení i omezené mobility, která je způsobena kombinací zrakového postižení a již zmíněnými pohybovými problémy.

Také cíle taneční terapie u seniorů jsou odlišné. Proces stárnutí doprovází i nepříjemné změny, jejichž následkem je snížení výkonnosti, zdání nedostačivosti, bezmoci a úzkosti. Častá je i sociální izolace. „*TT je schopna svou optimistickou atmosférou a svým zaměřením na prožívání „ted' a tady“ vzbudit zase chuť do života, energizovat, zlepšit motoriku a nabídnout nové sociální kontakty.*“ (Dosedlová, in Müller, 2007, s. 216)

Taneční terapie na Palatě

Taneční terapie na Palatě je velice oblíbená aktivita. Skupinu, která se schází jedenkrát týdně ve čtvrtek, vede klinická psycholožka. Skupina taneční terapie je

otevřená a nemá žádnou časovou strukturu z pohledu vývoje skupiny. Každé setkání má víceméně podobný program, tudíž nedochází k nabývání nových poznatků nebo splnění určité úrovně. To ale ovšem není ani jejím cílem. Cílem je hlavně uskutečnění sociálního a společenského kontaktu, prohloubení a upevnění vztahů mezi klienty a navození dobré nálady. Velkou motivací pro klienty je také taneční vystoupení, které se uskutečnilo 6. února 2013 a neslo název „*Když Palata tančí*“. Skupina zde předvedla před ostatními klienty Palaty, klienty výcvikového střediska pro nevidomé Dědina a dalšími návštěvníky, vystoupení, které nacvičila v rámci jednotlivých setkání skupiny taneční terapie. Každé setkání trvá hodinu a účastní se ho v průměru kolem 10 klientů.

Průběh taneční terapie

Taneční terapie probíhá v sále „Velká kultura“. Klienti mají předem připravené židle, které jsou uspořádané do kruhu. Přítomná je vždy klinická psycholožka, která taneční terapii vede, a praktikanti, kteří pomáhají s organizací a asistencí klientům. Na začátku se terapeut se všemi klienty přivítá, osloví je jménem a podá jim ruku. Tato část je dle mého názoru velice důležitá. Nejenže je to pro klienty signál, že terapie začala, ale klienti se zrakovým postižením slyší, kdo se terapie účastní spolu s nimi. Díky tomu dochází k prvnímu kontaktu a uvědomění, že se účastní společenské události. Poté začne hrát reprodukováná hudba a psycholožka začne dávat stručné pokyny, co mají klienti dělat. Nejdříve se klienti rozcvičují. Všichni sedí na židlích a při rozvíčce postupují od hlavy směrem dolů (hlava, ramena, ruce, trup a poté nohy). Používají se pohyby jako kroužení, tleskání rukou, plácání na různé části těla, zvedání rukou a nohou, podupávání a vykopávání. Všechny tyto pohyby klienti provádějí do rytmu hudby a jsou zvolené tak, aby většina klientů cvik zvládla a hlavně aby provedený pohyb nedělal nikomu problém, natož působil bolest.

Z reproduktorů hrají lidové písničky, ale i klasické písně pro tance jako jsou valčík, waltz nebo tango. Mezi klienty je velmi oblíbená skladba Česká beseda nebo písně z filmů pro pamětníky.

Po rozvíčce následuje samotný tanec. Nejdříve klienti sedí a psycholožka nebo praktikanti berou klienty za ruce a pohupují se v rytmu hudby. Ostatní si zpívají, tleskají nebo se jinak doprovází. Tento typ aktivity vede k pocitu jistoty a uvolnění

při poslechu hudby. Poté klienti, kteří jsou mobilní a kteří chtějí, tančí v párech na „parketu“. Důležité nejsou správné taneční kroky, ani respektování tanečního páru muž-žena, ale radost z pohybu, z vyjádření pocitů pomocí tance a pocit blízkosti a užitečnosti („*dělám tanečního partnera někomu druhému*“). Taneční terapie se účastní i klienti na vozíku. S nimi tančí psycholožka nebo praktikanti tak, že s mechanickým vozíkem jezdí do rytmu po sále tak, aby se klient na vozíku cítil jako při tanci, aby cítil hudbu a pohyb. Na závěr se tančí v kruhu, všichni se chytí za ruce a pohybují se do rytmu. Neexistují žádná pravidla jak a jaký pohyb provádět. Každý může tančit, jak chce a jak to cítí. Tento typ tance upevňuje spolupráci mezi klienty, dává pocit sounáležitosti a pocit blízkosti. Při držení za ruce klienti prožívají tělesný kontakt, který je u zrakově postižených zvláště důležitý, protože cítí blízkost druhé osoby. Tento typ projevu náklonnosti v seniorském věku velice často chybí.

Hodně oblíbená i terapeuticky příhodná a správná je část, kdy psycholožka pouští klientům písně ze starých filmů. Skrze tento typ písní dochází velice často k interakci a verbálnímu kontaktu mezi klienty, kteří si povídají a diskutují o filmech nebo o minulosti, kterou prožili. Terapie je často ukončena společným tancem v kruhu, dále poděkováním psycholožky klientům za spolupráci a strávený čas a rozloučením se všemi.

V průběhu terapie jsem pozorovala, že u klientů došlo k relaxaci, výše zmíněnému sociálnímu kontaktu a také k uvolnění emocí. Všechny klienty aktivita bavila a z mého pohledu pro ně byla fyzicky (využití pohybu) i psychicky přínosná.

Canisterapie

Canisterapie - charakteristika

Canisterapie se řadí k alternativním podpůrným zooterapiím. Při canisterapii se využívá pes (canis) jakožto terapeutický prostředek. Terapeutický účinek může mít stimulační nebo aktivizační. Vždy jde ale o pozitivní působení na člověka. Canisterapie je prospěšná nejen u lidí se zdravotním postižením, ale i u intaktní populace. Jsou známy dvě formy canisterapie, a to individuální a skupinová. Každá z forem má svoje výhody. Úkolem terapeuta je klientům formu terapie vhodně zvolit s ohledem na jeho individuální potřeby a zdravotní stav. Individuální

canisterapie se využívá spíše u imobilních klientů a skupinová canisterapie nachází využití u mobilních klientů a tam, kde je třeba vyhovět více klientům najednou (např. v sociálních, školských nebo zdravotnických zařízeních). (Vrbová, in Müller, 2007)

Canisterapeutického setkání se účastní psovod, pes, který absolvoval canisterapeutické zkoušky, terapeut (poskytovatel péče) a klient. Náplň setkání je určena předem a domlouvají ji psovod a terapeut společně. Jako každá terapie i canisterapie má svoje části, kterých se terapeut může a nemusí držet. Jde o úvodní část, relaxační část, aktivní část a závěrečnou část. Úvodní část slouží k vzájemnému uvítání všech účastníků terapie a navození pocitu důvěry a bezpečí. Relaxační část je velice důležitá u imobilních klientů, se kterými se využívá techniky polohování. Díky přímému a bezprostřednímu kontaktu psa s klientem dochází k silným emocionálním prožitkům klienta. Aktivní část navazuje na relaxační a klient se účastní terapie spolu se psem. Očekává se od něj aktivita, díky níž dochází k cílenému rozvoji jemné a hrubé motoriky, rozvoji orientace, verbální a neverbální komunikace, ale i uvolnění spasmů. V závěrečné části se hodnotí terapie, klienti se loučí se psem i psovodem a mohou dát psovi odměnu. (Vrbová, in Müller, 2007)

Podle Tiché (in Velemínský, 2007) se canisterapie využívá k rozvoji jemné a hrubé motoriky, orientace v prostoru, k rozvoji verbální a neverbální komunikace, zlepšuje ale i sociální interakce, vztah k přírodě, stává se psychickou podporou a zvyšuje motivaci k podílení se na průběhu léčby. Dále může být například využívána ke zlepšení kvality života, rozvoji sociálního citění, apod.

Specifika canisterapie se seniory se zrakovým postižením

Galajdová a Galajdová (2011) v kapitole „*Pes a nevidomý člověk*“ popisují velký terapeutický přínos psa pro nevidomého člověka, ale zmiňují se o něm jen v souvislosti s asistencí (asistenční pes). V dalších kapitolách pak čtenářům vysvětlují, že polohování nepovažují za canisterapii, že používání psa pro polohování je týrání a ponižování zvířete a teplý polštář odvede stejnou službu jako pes. „*Teplý polštář udělá tutéž službu, protože prohřátí cév způsobí jejich rozšíření a celkové uvolnění svalů i cév.*“ (Galajdová, Galajdová, 2011, s. 66)

„Strkat vlastního psa jiným lidem pod nohy a záda je ponižováním psa a nemá s canisterapií vůbec nic společného.“ (Galajdová, Galajdová, 2011, s. 67) S tímto poněkud kontroverzním názorem nemohu souhlasit. Z vlastní zkušenosti vím, že psa při polohování nedokáže a ani nemůže teplý polštář nahradit. Teplo, které vydává pes, je konstantní a živočišné. Tohle teplo nelze nahradit polštářem a nelze ho s ním ani srovnávat. Ale teplo jako takové v tomto případě je dle mého názoru druhotné. V první řadě jde o interakci mezi psem a člověkem. Na člověka velice pozitivně působí blízkost psa, jeho srst, ale hlavně jeho fyziologické funkce jako dýchání a srdeční puls, které klient při cíleném polohování cítí.

Pro seniora se zrakovým postižením může být pes velice vhodná a vítaná kompenzační pomůcka. O trochu větší význam, než samotná asistence, má podle mě celkové působení přítomnosti psa na seniora.

Canisterapie se seniory se zrakovým postižením má svá specifika a odlišnosti zvláště v oblasti cílů a účelů. Canisterapie ovlivňuje oblasti, jako jsou vzájemná interakce, emoce a chování klienta, stimulace k aktivitě, sebevědomí a jemná motorika. Canisterapie u seniorů vede k trénování kognitivních funkcí, přispívá ke zvýšení zájmu, k zažití pocitů úspěchu a k pozitivnímu ovlivnění emocí. Při canisterapii můžeme pozitivně ovlivnit potíže, které většinou mají senioři, například zdravotní stav, kvalita života, problémy s adaptací, smutek, osamělost, ztráta profesní role nebo závislost na pomoci. (Hančlová, in Velemínský, 2007)

Canisterapie na Palatě

Canisterapie na Palatě probíhá každé úterý a čtvrtek. Do Palaty dochází externí terapeut se psem z organizace Liga vozíčkářů. Terapie se odehrává individuálně i skupinově a nemá pevně daná pravidla. Terapeut postupně se svým psem obchází klienty a provádí s nimi terapii dle jejich individuálních potřeb. Většina klientů využívajících canisterapii je imobilních a upoutaných na lůžko. S nimi se terapie provádí přímo na lůžku. U klientů, kteří mají zdravotní problémy (například spasmy, bolesti), se využívá metody polohování. Většinou se veškeré canisterapeutické aktivity odehrávají uvnitř budovy.

Průběh canisterapie

Canisterapie začíná kolem desáté hodiny a je na Palatě velkou událostí. Klienti čekají na příchod psa a psovoda už ve vstupní hale. Těší se na jeho přítomnost, odměňují psa pamlsky a hladí ho. Pro klienty, kteří se se psem potkají v hale a na chodbách, je jeho příchod odchýlení od každodenního stereotypu, díky němuž mají lepší náladu, zažívají pocit výjimečnosti, jsou motivováni k zájmu a celkově socializují osobnost. I takhle krátká interakce mezi klienty a psem se nazývá canistreapie. Klienti, se kterými bude canisterapie v daný den a hodinu prováděna, jsou předem vybíráni po domluvě s terapeutem, klíčovým pracovníkem a psovodem. Pes se na terapii spolupodílí pouze jednu, maximálně dvě hodiny týdně, aby u něj nedošlo k syndromu vyhoření. Na Palatě se provádí jak skupinová, tak individuální terapie. Při skupinové terapii se všichni vybraní účastníci sejdou na Denním centru (místnost, kde se mohou scházet klienti z oddělení D) a posadí se okolo stolu. Psovod se s nimi přivítá a upozorní je, že má s sebou psa. Klientkám rozdává pamlsky, kterými mohou psa po zásluze odměnit. Přítomno je pět žen a sociální pracovnice. Psovod dává povely a pes se jimi řídí, chodí okolo klientek, lehá si jim k nohám, stojí u nich. Klientky ho mohou hladit a odměňovat pamlsky. Tímto způsobem klientky stráví se psem zhruba 45 minut, poté se psovod se psem odebírá na pokoj imobilní klientky, která trpí demencí a je připoutána na lůžko. Pes si vyskočí ke klientce na lůžko a lehne si vedle ní. Klientka psa hladí a dotýká se ho. Při pozorování celé této aktivity došlo u klientky k velkým změnám. Její dech byl klidnější a vyrovnanější. Asi po pěti minutách došlo k celkovému uvolnění těla. Vypozorovala jsem také náhlou změnu ve výrazu obličeje, klientka se začala usmívat a bylo vidět, že jí přítomnost psa činí radost. Tato činnost trvá asi patnáct nebo dvacet minut, poté dojde k odměnění psa, rozloučení se s klientkou a k slíbení další návštěvy psa a psovoda.

Při jiném canisterapeutickém setkání psovod přijde za klientkou na pokoj, přivítá se s ní a řekne jí, že jí pes přišel navštívit a pomoci. Na tomto setkání dochází k aktivitě, která se nazývá polohování. Klientka se nejdřív se psem přivítá, pohladí ho, zvyká si na jeho přítomnost. Po chvíli psovod připraví na zem deku, kam se klientka položí na záda, pes si přitom lehne pod její nohy a klientka přes něj pokrčí kolena. Psovod kolena klientky ještě přikryje dekou, aby došlo k lepšímu prohřívání a kumulaci tepla. U klientky, která má pohybové problémy, bolesti

v kolenních kloubech a artrózu, dochází k uvolnění a prohřátí svalů a po ukončení polohování se jí lépe chodí. Na klientce je vidět, že jí tato forma canisterapie velmi pomáhá nejen od bolestivých stavů, ale i psychicky. Už při průběhu terapie u ní pozoruji změny mimiky a celkovou změnu držení těla. Tělo není najednou v křeči a spasmus povolily. Po terapii klientka popisuje svůj stav jako lepší. Na konci terapie psovod psa odmění a oba se s klientkou rozloučí. Poté jde psovod se psem k další klientce na pokoj. Klientka je imobilní, upoutaná na lůžko a dle mého má hemiparézu. Psovod se s klientkou pozdraví a pes také. Klientka ho chvíli hladí a poté si pes vyskočí ke klientce na lůžko, a lehne si k jedné straně těla. Po chvíli ale pes znervózní. Je nejistý a neleží klidně. Přesune se sám od sebe na druhou stranu těla, kterou má klientka více ochablou. Pes leží u klientky asi dvacet minut, ona ho hladí a dotýká se ho. Po dvaceti minutách se psovod i pes rozloučí a přislíbí další brzkou návštěvu. Pro mě bylo velice pozoruhodné a neobyčejné pozorovat, jaký vliv má canisterapeutický pes na klienty. Jde o mimořádně účinnou terapii, která je cílená nejen na zdravotní a fyzické problémy. U většiny klientů jsem již během terapie zpozorovala pozitivní změny. Při mém pozorování jsem zjistila, že díky působení canisterapeutického psa se u klientů vyvolají takové emoce jako radost, důvěra nebo projevy přátelství a náklonnosti. Zároveň při skupinové terapii dochází k setkávání klientů a předcházení izolaci.

Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie - charakteristika

Slovo reminiscence pochází z latinského slova *reminiscere*, které znamená vzpomenout si, rozpomenout se nebo obnovit v paměti. (Janečková, Vacková, 2010)

Překlad tohoto latinského slova do češtiny nám vlastně definoval pojem reminiscence. Definice reminiscenční terapie se u různých autorů liší a ve vymezení se neshodují. Uvedeme si jednu definici dle Janečkové a Vackové (2010, s. 21-22), která nejvíce koresponduje s oborem speciální pedagogika a účelem reminiscenční terapie na Palatě. „*Jako reminiscenční terapie je obvykle označován rozhovor terapeuta se starším člověkem (nebo se skupinou seniorů) o jeho dosavadním životě, jeho dřívějších aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech, často s využitím*

vhodných pomůcek (staré fotografie, staré předměty, nástroje a pomůcky užívané v domácnostech, staré přístroje a pracovní nářadí, módní doplňky, filmy, lidová nebo taneční hudba apod.).“

Reminiscenční terapie může mít určitou strukturu, ale také může probíhat naprosto spontánně, nestrukturovaně, bez přípravy, na základě běžného rozhovoru například mezi sociální pracovníci a klientem. Pro vyvolání vzpomínek lze využít dvě metody a to verbální a neverbální. Verbální metody jsou založené na ústním či písemném projevu klienta. Patří k nim také předčítání básní, hraní divadla nebo zpěv písní. Neverbální metody zahrnují prakticky jakoukoli uměleckou činnost, při níž může docházet ke vzpomínání. Jsou to například tanec, výtvarnou tvorbu, ruční práce nebo pantomimickou dramatizaci. (Janečková, Vacková, 2010)

Hlavním terapeutickým cílem je navození pohody, dobré nálady a pocitu, sebeuspokojení, radosti i potěšení a kognitivní stimulace. Ale jak uvádí Janečková a Vacková (2010), reminiscence není jen optimistické vzpomínání, zábava nebo stimulace vzpomínek. V průběhu terapie se můžeme setkat s potřebou lidí vyrovnávat se s traumatickými událostmi nebo negativními životními zkušenostmi. Díky tomu reminiscence někdy nabývá charakteru psychoterapeutického procesu a má s ním hodně společných prvků.

K reminiscenci můžeme přistupovat více způsoby. Janečková a Vacková (2010) uvádí čtyři možné přístupy k reminiscenci.

- narativní přístupy – většinou nestrukturované vyprávění životních příběhů nebo vzpomínek v uvolněné „rodinné“ atmosféře
- reflektující přístupy – k nim patří hlavně životní rekapitulace a životní bilancování
- expresivní přístupy – vyvolání těžkých vzpomínek, odkrytí složitých témat a traumat, cílem je přinést úlevu
- informační přístupy – jedná se o autobiografickou interpretaci, která má významnou interpersonální funkci

Reminiscence má pozitivní vliv nejen na náladu, subjektivní zdraví, depresivitu a sociální integraci seniorů, ale i na rozsah znalostí personálu o klientech, což se odráží ve vyšší motivaci a redukci pracovního stresu u pracovníků. Díky vzpomínání si senioři v domovech pro seniory potvrzují identitu, bilancují, procvičují si paměť. Vzpomínání přináší nové interakce s dalšími obyvateli,

uvolňuje se energie a emoce, zlepšují se vztahy a vnímání smyslových vjemů. (Janečková, Vacková, 2010)

Specifika reminiscenční terapie se seniory se zrakovým postižením

Při využívání reminiscence se seniory se zrakovým postižením není třeba podmínky ani prostory nikterak upravovat či uzpůsobovat. Jediné omezení, které vyplývá ze zrakového postižení, je v možnostech využívání neverbálních metod reminiscence. To znamená, že terapeut upřednostňuje verbální vyjádření před uměleckými, jako jsou například divadlo, tanec, výtvarné techniky nebo výlety. Avšak využívání hudby nebo sledování filmů při reminiscenční terapii se seniory se zrakovým postižením je velice oblíbené a přínosné. Při terapii se mohou používat také předměty a fotky, avšak je důležité, aby terapeut či asistent přesně popsali, co je na fotkách zobrazeno nebo jak předměty vypadají.

Při práci s různými předměty (viz výše) je důležité, aby si klienti mohli předměty ohmatat a vzít do rukou. Aby mohli popsat, co cítí nebo jak na ně předmět působí. Takle práce s předměty rozvíjí nejen taktile-haptické vnímání, ale také napomáhá klientovi při terapeutickém procesu verbálně vyjadřovat svoje emoce, pocity, zážitky a vzpomínky, které souvisí s předmětem, kterého se klient dotýká.

Reminiscenční terapie na Palatě

Reminiscenční terapii na Palatě vede klinická psycholožka. Skupina je striktně uzavřená a klienti byli k účasti přizváni osobně psycholožkou. To znamená, že byli před začátkem terapie pečlivě vybíráni a mohli se sami rozhodnout, zda terapii podstoupí. O existenci terapeutické skupiny tak vědí jen oni sami. Tento fakt jim dává dle mého názoru pocit integrity, bezpečí a stabilitu. Skupina se schází ve čtvrtek jednou za čtrnáct dní v reminiscenčním pokoji, který se používá jen pro tyto účely. Do skupiny patří deset klientů, z toho devět žen a jeden muž.

Průběh reminiscenční terapie

V průběhu mé stáže jsem měla možnost navštívit skupinu, která právě začínala. Jelikož si sama terapeutka přála, aby mojí přítomností nedošlo k narušení integrity, tak souhlasila s tím, abych se účastnila pouze prvního, úvodního setkání.

Jak už jsem výše zmínila, skupina se schází v reminiscenčním pokoji, který byl zřízen výhradně k tomuto účelu. Místnost je zařízena starým nábytkem, jako jsou vyřezávané komody, truhly a skříně. Uprostřed místnosti můžeme nalézt velký stůl obklopený pohodlnými židlemi a na skříních a komodách jsou vystavené různé staré předměty (mlýnky, váha, nádoby, apod.) a fotografie. Před začátkem samotné terapie psycholožka všechny klienty přivítá, osloví je jménem, aby ostatní věděli, s kým budou trávit následující hodinu, a nabídne jim kávu nebo jiný nápoj. Klientů je na terapii přítomno celkem 5, jeden muž a čtyři ženy, ostatní onemocněli. Poté psycholožka pustí nahrávku České besedy a spolu s klienty zpívá. Díky puštěné hudbě všichni vědí, že setkání začalo. Na tomto prvním setkání psycholožka všechny seznámí s pravidly a podmínkami aktivity, kterou mezi sebou nazývají „vzpomínání“. Mezi ně patří pravidla jako pravidlo důvěrnosti, kdy se ze skupiny nic nevynáší a vše, co se řekne, zůstane ve skupině. Další z pravidel je pravidlo možnosti opuštění tématu a možnosti nevyjadřovat se, pokud je to pro někoho nepříjemné nebo traumatizující. A poslední je pravidlo prostoru, kdy každý ze skupiny dostane prostor pro vlastní vyjádření.

Hlavní náplní a tématem tohoto setkání jsou „zájmy a koníčky“. Na začátku, se každý představí a řekne o sobě něco zajímavého, například odkud pochází. Psycholog si o všem, co klienti řeknou, vede záznamy. Ty pak může v budoucnu, v případě potřeby, použít. Poté na řadu přichází hlavní téma a psycholog zahájí konverzaci o zájmech, postupně se klienti přidávají a povídají si o zahradničení, zemědělství. O tom, jaké to byly časy a rekapitulují svůj život. Dále se diskuse přesune k tématu fotbal, jelikož je přítomen jeden muž. Ten ostatním vypráví o tom, že jako mladý hrál fotbal za Viktorii Žižkov, a že se sportu věnoval i v profesi, kdy vyráběl součástky ke sportovnímu zboží. Volně se diskuse a vzpomínání přenesou k tématu spolků a zábavy, kterou klienti provozovali. Na konci setkání se klienti domluví na příštím tématu (Velikonoce) a společně se rozloučí. V průběhu terapie jsem pozorovala, že u klientů dochází k interakcím. Díky sdílení zážitků a životních událostí s ostatními klienty docházelo k procesu sblížení. U mnoha klientů došlo k jakési úlevě a nabytí pocitu „*nejsem v tom sám*“. Při vzpomínání na koníčky, které klienti provozovali, když byli mladí, jsem se setkala s pozitivními emocemi. U klientů docházelo k interakcím i díky zjištění, že provozovali podobné činnosti. Po ukončení terapie se dvě klientky domlouvaly, že půjdou společně na kávu a

popovídají si o zahradničení, které bylo jejich společným koníčkem. Tady můžeme vidět prospěšnost terapie, díky níž se předchází izolaci od ostatních klientů.

Muzikoterapie

Muzikoterapie - charakteristika

U mnoha autorů se setkáváme s nejasnými definicemi muzikoterapie, které podléhají subjektivním názorům konkrétních autorů a konkrétnímu času, ve kterém byly vymezeny. Definice jsou často ovlivněny politickými, sociálními i ekonomickými podmínkami a změnami. (Zeleeiová, 2007).

Zeleeiová (2007) ve své publikaci vybrala 45 definic z pěti kontinentů, které podlely komparační a statistické analýze. Díky této analýze definic došla k názoru, že není jeden jediný a jasný přístup k muzikoterapii, čili léčbě hudbou.

Linka (1997) muzikoterapii nenazývá léčení hudbou, tj. prostřednictvím hudby, ale používá termín léčení s hudbou, tj. za pomocné, zpříjemňující spoluúčasti hudby. Ovšem tímto autor nechtěl říci, že hudba může působit přímo léčivě. Celkově jeho definice i pojetí muzikoterapie je spíše cílena na zdravotnická zařízení a medicínu obecně, ačkoliv Linka je povoláním hudební teoretik a skladatel. *„Zužující výměr pojmu MT tkví v tom, že v řadě případů k MT započítávaných nemusí jít o léčení ve vlastním slova smyslu, nýbrž o nějakou jinak motivovanou medicínskou aplikaci hudby. Jestliže hudba například tiší bolest, napomáhá diagnóze nebo působí preventivně, jde o účinky jistě blahodárné, ne však přímo léčivé.“* (Linka, 1997, s. 37)

Pro srovnání si uvedeme definici Světové federace muzikoterapie z roku 2011. Muzikoterapie je profesionální využití hudby a jejích prvků k lékařskému, vzdělávacímu či jinému každodennímu použití s jednotlivci, skupinami, rodinami či komunitami, kteří chtějí zlepšit kvalitu jejich života a optimalizovat své psychické, sociální, komunikační, emocionální, intelektuální a duševní zdraví a pohodu. Výzkum, praxe, vzdělávací a klinické testy jsou založeny na odborné úrovni, která odpovídá kulturnímu, sociálnímu a politickému kontextu. (www.musictherapyworld.net)

Cíle muzikoterapie se u jednotlivých autorů opět liší. Zeleeiová (2007) rozdělila podle definic, které ve své publikaci shromáždila, kategorie cílů a záměrů podle

procentuálního zastoupení v jednotlivých definicích u autorů. Nejvýše procenty byla zastoupena integrace individuálních zdrojů, dále zdraví, řešení skrytých problémů, komunikační procesy, adaptace a adjustace, sociální integrace, estetické zážitky a nejméně procenty byla zastoupena kategorie vliv na psychosomatiku.

Zeleeiová (2007) zaznamenává také tři základní koncepty, ke kterým se hlásí muzikoterapeutické směry a proudy, a to pedagogický, medicínský a psychoterapeutický.

Muzikoterapie má dvě formy a to **aktivní**, kdy se člověk aktivně vokálně či instrumentálně hudebně vyjadřuje, nebo **pasivní muzikoterapie** (též receptivní nebo poslechová), kdy dochází k terapii prostřednictvím poslechu hudby, ať už reprodukováné nebo živě hrané. (Linka, 1997)

Aktivní muzikoterapie využívá tyto prostředky: lidské tělo, hlas a hudební nástroje. Lidským tělem se myslí různá dechová cvičení a hra na tělo, které ve své publikaci „*Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*“ také prezentuje terapeut a psycholog Zdeněk Šimanovský. Hlas se využívá v technikách, jako jsou hlasová improvizace, rytmizace a melodizace. Rytmizace a melodizace se nejčastěji využívá u klientů s handicapem. Hra na hudební nástroj využívá nejrůznější klasické, ale i etnické a vlastnoručně vyráběné nástroje. Opět platí, že ne každý nástroj je vhodný pro klienty, a tak je třeba nástroje důkladně vybírat a přizpůsobit skupině nebo jednotlivci. Pasivní neboli receptivní muzikoterapie zahrnuje hudbu improvizovanou muzikoterapeutem a hudbu reprodukovanou. (Kantor, in Müller, 2007)

Zeleeiová (2007) řadí k pasivní muzikoterapii nejen poslech hudby, ale i vnímání šumů, nejrůznějších zvuků, ale i ticha.

Dle mého názoru sem patří i hudba živě hraná, např. na koncertech nebo recitálech, které klienti mohou v rámci muzikoterapie navštívit. Nejenže klient vnímá živě hranou hudbu, ale velice kladně na něj může působit přítomnost ostatních lidí. Díky návštěvě takovéto kulturní události dochází k sociální interakci a socializaci jedince. Tato aktivita ovšem není vhodná pro všechny klienty a je zapotřebí, aby terapeut vhodně zvolil skupinu, pro kterou se bude hodit. Není vhodná například pro klienty s poruchami chování.

Terapie může mít formu individuální a skupinovou. Individuální terapie probíhá formou setkání klienta s terapeutem a skupinová terapie se odehrává v otevřené nebo uzavřené skupině osob, kterou vede muzikoterapeut.

Specifika muzikoterapie se seniory se zrakovým postižením

Muzikoterapie se ukázala jako velice vhodná expresivní terapie pro seniory se zrakovým postižením. Zrakové postižení limituje hudební projev klienta jen v malé míře. Pokud jde o pasivní muzikoterapii, klient není nijak limitován zrakovým postižením. V případě aktivní muzikoterapie může nastat problém například při hře na hudební nástroj nebo zpěvu podle not. V tomto případě jde o problémy s jemnou motorikou nebo koordinací pohybů. Kvůli absenci zraku může nastat problém s prací s hudebním textem nebo notami. Proto při muzikoterapii se seniory se zrakovým postižením volíme spíše hlasový hudební projev. Texty písní se seniory učí hlavně díky předčítání a opakování s terapeutem, což procvičuje i jejich paměť. Kantor (www.muzikoterapie.cz) popisuje pozitivní efekt zpívání písní mezi seniory takto. „*Seniorům připomínají písně významné okamžiky jejich života, které mohou sdílet s ostatními. Každý klient se může identifikovat s nějakou písní a s jejím textem. Vhodná píseň dokáže poskytnout potřebné emocionální zázemí.*“

Muzikoterapie na Palatě

Muzikoterapie se koná každou středu a čtvrtek. Ve středu se skupina schází v sále „Velká kultura“ a ve čtvrtek v muzikoterapeutické místnosti, která je menší a má lepší akustiku. V muzikoterapeutické místnosti je umístěna pohodlná pohovka a židle. Na stěnách visí koláže s hudebními tématy (vážná hudba-čeští skladatelé nebo jazz a swing), které vyrobili sami klienti. Možná díky tomu, že prostředí je komornější a akustika lepší, se schází více lidí ve čtvrtek. V každé této místnosti mají sociální pracovníce, které muzikoterapii vedou, k dispozici piano. Terapeutická skupina je otevřená a průměrně se účastní kolem deseti klientů. Cílem muzikoterapie na Palatě je podpora komunikace mezi klienty, upevnění vztahů mezi nimi, posílení sebevědomí, ale i paměti, kterou procvičují díky nácvikům nových písní a opakování textů písní. Dalšími významnými cíli jsou uvolnění a relaxace klientů, sebevyjádření skrze zpěv, ventilace emocí a předcházení depresí způsobené stárnutím a zrakovým handicapem. Při muzikoterapii se využívá aktivní forma, při

kteří klienti zpívají. Na nástroj je doprovází terapeutka. Sami klienti na nástroje nehrají.

Průběh muzikoterapie

Muzikoterapie se na Palatě řadí mezi odpolední aktivity. Často ji klienti mezi sebou nazývají „zpívání“. Na začátku terapie se sociální pracovníce se všemi klienty nahlas pozdraví a přivítá je na setkání. Každé setkání má velice podobnou strukturu, ať už se skupina schází v muzikoterapeutické místnosti nebo na sále „Velká kultura“. Klienti sedí vždy okolo piana, aby dobře slyšeli. Ti, kteří slyší hůře, dostanou od sociální pracovníce sluchátka. Na začátek každého setkání se sociální pracovníce zeptá každého klienta na jeho oblíbenou písničku a tu si pak všichni společně zazpívají. Jedna ze sociálních pracovníc hraje na piano a instrumentálně je doprovází. Každý dostane prostor pro „tu svoji“ píseň. Poté se zpívají písně, které navrhne sociální pracovníce nebo sami klienti. Často jde o písně lidové. Klienti také vybírají písně, které znají z dob, kdy byli mladí a pojí se s kraji a místy, kde žili nebo vyrůstali. Pokud zpívanou píseň klienti neznají, terapeutka si do příštího setkání opatří noty a všichni společně se ji naučí, tímto si nejen rozšiřují repertoár, ale také cvičí svoji paměť. Všichni ve skupině také velice rádi zpívají písničku o Palatě, kterou složil sám klient na hudbu známé písně „Já mám koně, vraný koně“. Další aktivitou, kdy se procvičuje paměť a sluchové vnímání, je „poznáváme písničku“. Sociální pracovníce hraje na klavír melodii a ostatní poznávají, kterou píseň hraje. Často také klienti zpívají bez doprovodu piana. Ke konci setkání se sociální pracovníce se všemi rozloučí a pozvou klienty na příští setkání skupiny. Během muzikoterapie jsem pozorovala, že u klientů dochází k uvolnění a celkovému uklidnění, dále pak k seznámení s novými klienty a vyvolání vzpomínek. Jak se svěřili sami klienti, dochází také k „vybočení ze stereotypu“ a „setkání s ostatními“. Díky tomu pak u klientů předchází izolaci a pocitům samoty. Klienti při muzikoterapii zažívají pocit úspěchu a jsou motivováni (viz skládání nových písní).

Aromaterapie

Aromaterapie – charakteristika

Aromaterapií by se obecně dalo označit využívání výtažků z různých druhů rostlin pro terapeutické a estetické účely. Využívají se čisté, přírodní, éterické oleje. Tyto éterické oleje jsou získávány z různých částí rostlin bez použití chemie. (Damian, Damian, 1997)

Při použití čistého, nesyntetického oleje se vyvolá v organismu určitý, žádoucí účinek – **bioaktivita**. Mohou se využít také syntetické oleje, u nichž je ale bioaktivita nulová. (www.aromaterapie.cz)

Jsou známé tři způsoby aplikace éterických olejů. První je **inhalace**, kdy se aktivní vonná látka dostává čichovým nervem do čichového centra v mozku, kde ovlivňuje autonomní nervový systém. Může dojít k ovlivnění krevního tlaku, uklidnění, povzbuzení nebo např. odstranění bolesti hlavy. Inhalace vonné látky je možná pomocí inhalátoru, známé aromalampy nebo je možné éterický olej nanést např. na kapesník či hadřík. Další je **perkutánní aplikace**, kdy silice pronikají do těla pokožkou a snadno se přes vlasečnice dostávají do krve. Díky masáži se dají zmírnit bolestivé stavy kloubů, svalů nebo kožní onemocnění. Poslední možností aplikace je **perorální podání**. Výhodou je, že aktivní látky se dostanou rychle do krevního oběhu, avšak ne všechny silice jsou vhodné k perorální aplikaci. (www.aromaterapie.cz)

Každý éterický olej má nějaký účinek a nějak působí na lidské tělo. Člověk na něj může reagovat fyzicky, emocionálně, mentálně nebo spirituálně. Ovšem oblasti působení nelze od sebe striktně oddělit. Oblasti působení se prolínají. Éterické oleje mohou mít lékařské účinky, které jsou srovnatelné s některými léky. Díky tomu, že se éterické oleje vstřebávají kůží a nosní sliznicí, se dostanou rychle do krve. (Damian, Damian, 1997)

Specifika aromaterapie se seniory se zrakovým postižením

Aromaterapie nemá u seniorů žádné zvláštní omezení nebo specifika, ba naopak je pro seniory velice vhodná. Zvláště vhodná je pro imobilní seniory nebo seniory, kteří trpí demencí. Důležitou roli zde hraje pasivita. Při aromaterapii se totiž od klienta neočekává fyzická aktivita, právě naopak senior musí být v klidu. Jediné

omezení, které plyne ze zrakového postižení, je při používání ohně v aromalampách, aby došlo k uvolnění vůně. Je třeba dávat pozor, aby senior lampu nepřevrhl a oheň se nešířil. Řešením je používání jiného zdroje tepla, takže například položit misku s olejem na topení.

Aromaterapie na Palatě

Aromaterapii na Palatě provádí vyškolená terapeutka. Terapie probíhá každé pondělí individuálně, po předchozí domluvě s klienty. Terapeutka provádí masáže a inhalaci buď v rehabilitační místnosti, kde má k dispozici masérské lehátko, nebo na pokojích u klientů.

Průběh aromaterapie

Terapeutka se s klientem přivítá, zeptá se ho, jaký má problém a jestli ho něco bolí, pokud klient trpí nějakou bolestí, terapeutka podle toho namíchá olej. Používá základní mandlový olej a éterické vonné oleje. Směs namíchá a nejdříve dá klientovi přičichnout. Klient by měl terapeutce sdělit, jestli je mu vůně příjemná a jestli ji může použít. Teprve potom, až klient dá svolení, terapeutka může začít masírovat. Je velice důležité, aby po celou dobu masáže měla terapeutka ruce stále na klientovi, aby nedošlo k přerušení kontaktu. Jestliže má klient jiný problém než bolest, připraví mu olej podle potřeby. Může to být na zlepšení nálady, proti infekcím nebo např. k desinfekci. Oleje mají různé účinky. Po masáži se také provádí tzv. reflexní zónová terapie, kdy se pomocí stlačování různých bodů na chodidlech nebo na rukou, ovlivňují místa na těle (záda, různé orgány, atd.). Nejdůležitější je, aby klientovi masáž i vůně byly příjemné. Také je velice důležité dát klientovi prostor, aby mohl např. komentovat masáž nebo být potichu a relaxovat. V terapeutovi by měl mít klient oporu. Na závěr je důležitá zpětná vazba, reakce na aromaterapii, podle které se bude terapeutka řídit dál a volit oleje, které jsou klientovi příjemné. Terapeutka nejčastěji provádí terapii s klienty na oddělení D, kde jsou umístěni klienti s demencí, a aromaterapie je pro ně jediná aktivita, kterou mohou na Palatě dělat. Tito klienti často trpí nechutenstvím k jídlu. Toto částečně také dokáže terapeutka ovlivnit inhalací éterických olejů z citrusů, které podporují chuť k jídlu. Na konci celé aromaterapie by měl klient relaxovat a zůstat v klidu. Tato terapie je pro klienty velice prospěšná. Díky ní se mohou pozitivně

ovlivnit např. bolestivé stavy nebo zlepšit náladu. U klientů trpících demencí je pak účinnost terapie bezesporná.

Arteterapie

Arteterapie – charakteristika

V širším slova smyslu je arteterapie léčba uměním včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. V užším pojetí arteterapie znamená léčbu skrze výtvarné umění. Arteterapii můžeme podle aktivity klienta rozdělit na arteterapii **receptivní** a arteterapii **aktivní**. Receptivní arteterapií se rozumí vnímání a pozorování uměleckého díla, které vybral arteterapeut, aby záměrně působilo na klienta. Cílem receptivní arteterapie je lepší pochopení vlastního nitra a poznávání pocitů druhých lidí. Aktivní arteterapie je samotná aplikace výtvarných technik klientem. (Šicková, in Müller, 2007)

Aktivní arteterapii Landischová (2007, s. 50) nazývá též arteterapií produktivní. K umělecké tvorbě také řadí intermediální aktivitu, což je „*činnost propojující různá umělecká média.*“

Podle České arteterapeutické asociace (2012) rozlišujeme dva proudy arteterapie. A to **terapii uměním** a **artpsychoterapii**. Při terapii uměním je důležitý léčebný potenciál tvůrčí činnosti, se kterou se pracuje jako s procesem. Při artpsychoterapii slouží práce, díla a prožitky k dalšímu psychotherapeutickému zpracování.

Je zajímavé, že Šicková-Fabrici (2002) uvádí ve své publikaci tři trendy v arteterapii, které vedle sebe existují, a to trend, který zdůrazňuje především diagnostické (psychoanalytické) možnosti a přednosti arteterapie, dále pak trend, který výtvarnou tvorbu neinterpretuje ani neanalyzuje a hledá terapeutický význam v tvorbě samotné a nakonec třetí, eklektický trend. O tři roky později Šicková (in Müller, 2007) uvádí už jen dva současné trendy v arteterapii – eklektický trend již nezmiňuje.

Arteterapie se opírá o teoretické základy v psychologii. V případě interpretačních směrů to je hlavně dynamická psychologie S. Freuda, C. G. Junga a A. Adlera. Neinterpretační směry vycházejí především z fenomenologie, tvarové

psychologie, humanistické psychologie C. R. Rogerse a z existenciálněanalytického přístupu V. Frankla. (Šicková-Fabrici, 2002)

Arteterapie má dvě formy, a to individuální a skupinová arteterapie. Při individuální arteterapii klient prožívá silný emocionální zážitek díky tomu, že se terapie účastní jen sám klient a terapeut. Individuální arteterapie se využívá u klientů, jejichž problém vyžaduje plnou pozornost terapeuta nebo u klientů, kteří by skupinu mohli ohrozit svým chováním. (Šicková, in Müller, 2007)

Arteterapeut, který terapii vede, také vypracovává strukturu terapeutického setkání, jeho průběh, témata a vybírá techniky, s nimiž budou klienti pracovat. V závislosti na problémech a cílové skupině klientů arteterapeut vybírá vhodná témata na každé arteterapeutické setkání. (Šicková, in Müller, 2007)

Šicková (in Müller, 2007) dělí cíle arteterapie na **individuální** a **sociální**. Mezi individuální cíle patří uvolnění, sebeprožívání, sebevnímání, vizuální a verbální organizace zážitků, poznání vlastních možností, přiměřené sebehodnocení, růst osobní svobody, svoboda pro experimentování při hledání výrazu pocitů, emocí nebo konfliktů, rozvoj fantazie, nadhled a celkový rozvoj osobnosti. K sociálním cílům patří vnímání a přijetí druhých lidí, vyjádření uznání jejich hodnoty a jejich ocenění, navázání kontaktu, zapojení do skupiny a kooperace, komunikace, společné řešení problémů, zkušenost, že druzí mají podobné zážitky jako já, reflexe vlastního fungování v rámci skupiny, pochopení vztahů a vytváření sociální podpory.

Česká arteterapeutická asociace (2012) uvádí na svých webových stránkách tyto cíle. *„Arteterapeutické postupy jsou zacíleny na léčebné kognitivní, motivační a emocionální aspekty: sebevyjádření, aktivizace, sebepoznání, osobnostní růst, podpora vývoje, změna stereotypů, zmírnění úzkosti, uvědomění, náhled, řešení problémů, odhalení nevědomého materiálu, katarze, zpracování konfliktů, podpora a rozvoj tvořivosti rámci harmonizace osobnosti, adaptivnější zacházení s emocemi a kultivace obranných mechanismů. Cíle, jež si arteterapie klade, souvisejí na jedné straně s tím, z jakých pozic arteterapie vychází, na straně druhé ze situací a potřeb klientů či pacientů, s nimiž pracuje.“*

Landischová (2007, s. 50) mimo jiné uvádí, že při arteterapii *„dochází k mimovolnímu slučování klientových vědomých a nevědomých pocitů.“*

Specifika arteterapie se seniory se zrakovým postižením

Díky zdravotním problémům, například s motorikou, mobilitou nebo smysly, které často doprovází proces stárnutí, není možné aplikovat všechny výtvarné techniky při arteterapeutickém procesu. Je třeba vybrat ty, které nebudou seniorům činit potíže a bez problémů je zvládnou sami nebo s mírnou pomocí terapeuta. Když se k výše zmíněným zdravotním problémům přidá ještě zrakové postižení, není jednoduché vybrat aktivity, které by senioři se zrakovým postižením mohli realizovat. Stáří a zrakové postižení se mohou zdát jako faktory, které arteterapii a hlavně výtvarnou tvorbu jako takovou ovlivňují jen negativně. Opak je pravdou, stáří i zrakové postižení přinášejí jistá pozitiva, která klientům s jiným druhem postižení budou chybět. Je to například trpělivost a vytrvalost, o kterých se zmiňují v kapitole „*Projevy stáří a stárnutí*“, a lépe vyvinutá haptika a hmatové vnímání. Toho lze ve prospěch seniora využít při práci s hlinou.

Šicková (in Pipeková, Vítková a kol., 2001) práci s hlinou považuje jako ideální kompenzaci poškozeného nebo chybějícího smyslu (hlavně u nevidomých a slabozrakých). Dále uvádí, že je hlína nejen diagnosticky velmi plastický a expresivní materiál, ale i relaxačně-rehabilitační.

Práce s hlinou posiluje sebevědomí a sebehodnocení, kompenzuje chybějící nebo poškozený smysl. U lidí, kteří mají narušenou jemnou motoriku, působí relaxačně a rehabilitačně. U lidí s mentálním postižením dává možnost konkrétního vnímání a pochopení mnohých souvislostí, které jsou pro ně v grafické nebo verbální formě složité. (Šicková, in Müller, 2007)

Arteterapie se seniory pomáhá při procvičování krátkodobé paměti. Posiluje se motorika ruky. Díky arteterapii se senioři snáze přizpůsobují nové životní situaci, ztrátě zdraví, snížení fyzických sil a změnám v sociální i ekonomické oblasti, které souvisí se seniorským věkem. (Šicková-Fabricsi, 2002)

Axmanova technika modelování

V této kapitole bych chtěla přiblížit techniku modelování, kterou vynalezl Štěpán Axman a vyučuje ji spolu s manželkou v moravském Tasově už od roku 2000. Tuto techniku si také nechal patentovat, aby ji zachoval výlučně pro lidi s handicapem.

Axmanova technika modelování (ATM) byla původně určena a vyvinuta pro lidi se zrakovým postižením od narození. „*Nevidomým umožňuje samostatný, autorsky promyšlený, trojrozměrný výtvarný projev založený na řemeslných dovednostech autora, nikoli na napodobování jiných.*“ ATM vychází z proporcí lidské ruky a „*při práci s hlínou se používá tzv. hmatová matematika.*“ Při ATM nehraje roli výtvarné nadání, ale motorická zručnost. Pro ATM je základní stavební jednotkou tzv. „hmatový had“. Při modelování hada se nepoužívají žádné nástroje jako špachtle nebo hrnčířský kruh, jen různě drsná hlína bez použití vody. Základní princip ATM je vrstvení vymodelovaných hadů na sebe kolem nebo na základní kostru, která je také z hlíny. Díky tomu, že se „hadi“ vrství na sebe, se nevidomý snadno orientuje ve svém výrobku, protože si je dokáže přepočítat (využívá se pro to pojem „hmatová matematika“). Důležitá je samostatnost klienta při procesu modelování. (www.nevidomimezinami.cz)

Arteterapie na Palatě

Arteterapii vede terapeutka, která do Palaty dochází jen některé dny. Terapie probíhá v dílnách, které jsou vybavené stoly, nářadím a materiálem potřebným k výtvarné práci. Terapeutka pracuje s klienty formou skupinové terapie, ale i individuálně. Při skupinové arteterapii je terapeutická skupina otevřená a může se přidat kdokoli z obyvatel Palaty. Na individuální arteterapii se terapeutka s klientem předem domluví. Při terapii jsou využívány nejrůznější techniky, jako jsou kresba, malba, tvorba koláží, práce s přírodními nebo s hlínou. Cílem arteterapie je rozvoj jemné motoriky, zažití pocitu úspěchu (výrobky se pravidelně prodávají na různých trzích a akcích, které pořádá Palata), motivace k dalším činnostem, uvolnění, relaxace, zlepšení vnímání sebe samého, vyjádření emocí a pocitů. Při skupinové terapii to je především kontakt s ostatními obyvateli, navázání nových vztahů, kooperace ve skupině a podpora spolupráce („*společně to dokážeme*“, „*nejsem na to sám*“).

Průběh arteterapie

Osobně jsem měla možnost se zúčastnit individuální arteterapie s hluchoslepu klientkou. Na začátku mě terapeutka „handicapovala“ a zavázala mi oči, abych na tom byla stejně, takže se z individuální terapie vlastně stala skupinová. Terapeutka

se s klientkou na začátku přivítala. Poté nám zadala úkol. Měly jsme vyrobit květináč. K výrobě jsme používaly Axmanovu techniku modelování, se kterou mě terapeutka seznámila. Z hlíny jsme si vyrobily dno nádoby a poté jsme modelovaly hady a vrstvily je na sebe. V teoretické kapitole Axmanova technika modelování jsem uvedla, že díky vrstvení hadů na sebe se člověk ve výrobku může snadno orientovat, což se mi praxí ověřilo. Hady jsem si počítala, abych odhadla, jak vysokou nádobu už mám. Při modelování se mi špatně odhadovala i šířka hadů, prsty jsem měla neobratné a po sejmutí klapky z očí jsem se přesvědčila, že můj výrobek je toho důkazem. Při modelování jsem měla jakousi představu toho, jak výrobek vypadá, bohužel se moje představa velice lišila, květináč měl díry a byl kostrbatý. Kdežto výrobek mé kolegyně byl velice zdařilý. Bylo vidět, že klientka má díky terapii větší cit v konečcích prstů. V průběhu terapie si terapeutka s klientkou povídaly. Klientka vyprávěla různé příhody ze života. Na konci terapie terapeutka odnesla výrobek do vedlejší místnosti uschnout, aby ho poté mohla vypálit. S klientkou si podívala, jak se jí to líbilo (zpětná vazba) a poté se s ní rozloučila. Tato zkušenost pro mě byla velmi cenná.

Ostatní hodiny arteterapie na Palatě probíhají podobně. Terapeutka vždy přichází s nějakým tématem a klienti na toto téma tvoří. Pracuje se nejen s hlínou, ale i s barvami, jak už jsem psala v předchozí kapitole. Do arteterapie bych také zařadila výrobu košíků a věnců z proutí, které klienti vyrábí v rámci aktivit ručních prací. Mezi klienty (hlavně s přidruženým mentálním postižením) je oblíbená aktivita výroby obrazů a obrázků pomocí kuliček, které vyrábí hnětením barevného nebo krepového papíru. Tyto kuličky pak lepí na čtvrtku a vytváří různé tvary, výjevy z přírody nebo z Palaty. Při pozorování klientů během arteterapie jsem měla možnost vidět, že se jim už během terapie výrazně zlepšila nálada, došlo k uvolnění a hlavně nabývali pocitu „*nejsem zbytečný*“ a „*jsem někomu prospěšný a svým výrobkem užitečný*“. U klientů se bezesporu zlepšovala jemná motorika, docházelo k rozvoji představivosti a verbálního vyjadřování emocí a zážitků.

3.2 Ostatní speciálně-pedagogické činnosti na Palatě

Adaptační skupina

Cíl adaptační skupiny, která se schází každý pátek, je patrný už z jejího názvu. Tato skupina je zřízena pro klienty, kteří jsou na Palatě krátce a potřebují se „adaptovat“ na nové prostředí. Skupina, kterou vede psycholožka, je otevřená a zúčastnit se může kdokoliv. Program je různorodý. Při příchodu nového klienta se s ním všichni ostatní seznámí. Klient většinou o sobě něco řekne, jaké jsou jeho zájmy, odkud přichází atd. Struktura programu závisí většinou na klientech samých. Na začátku se psycholožka se všemi klienty, kteří sedí v kruhu, přivítá a osloví je. Většinou klienti chtějí zpívat písničku. Dále se pak psycholožka zeptá, jestli jsou klienti se vším spokojeni. Tady mají prostor sdělovat svoje přání nebo stížnosti. Hodnotí týden, spokojenost s jídelníčkem, který si také často předčítají. Když je v kalendáři nějaké významné datum nebo svátek, psycholožka je na to upozorní a informuje je například o historii a tradicích daného svátku. Poté většinou následuje volná diskuse, psycholožka se ptá na otázky a klienty aktivně zapojuje do výkladu. Cílem adaptační skupiny není jen samotná adaptace na nový režim a prostředí, ale i podpora komunikace mezi klienty, seznámení se. Dále to pak je možnost „vypovídat se“ a velice důležité předcházení izolace.

Trénování paměti

Kognitivní schopnosti, ke kterým se také řadí **paměť**, nám zprostředkovávají informace kolem nás a v nás samých. Dále nás podporují v těžkých životních situacích, dávají nám naději na dosažení cílů a podporují budování hodnotového žebříčku. Mají vliv na náš emocionální život a ovládají naše jednání. (Preiss, Křivohlavý, 2009)

S procesem stárnutí mohou také přicházet problémy s pamětí a vybavováním si. Paměť se zhoršuje také pasivitou, nedostatkem podnětů, sociální izolací. Paměť také zhoršují některé choroby nebo poranění. (www.zijemenaplnoc.cz)

Proto je důležité v seniorském věku se tréninku paměti věnovat a záměrně a cíleně ji posilovat.

Aktivita trénování paměti slouží k rozvoji slovní zásoby, napomáhá vybavení a upevnění nejrůznějších informací a slov, působí preventivně proti doprovodným

jevům stárnutí, zlepšuje se sebevědomí a díky němu se zlepšují kognitivní funkce, ale i soběstačnost.(www.trenovanipameti.cz)

Trénink paměti probíhá na Palatě jednou týdně a mezi klienty je oblíben. Na začátku si všichni sednou na židle do kruhu a sociální pracovník, který skupinu vede, se se všemi přivítá a vysloví nahlas jméno klienta, který se právě v místnosti nachází. Na začátku každého setkání klienti hrají hru, kdy sociální pracovník vyvolá příjmení jednoho ze zúčastněných, ostatní hádají jeho křestní jméno, dále pak rok narození, místo narození a květinu, která začíná prvním písmenem křestního jména, a kterou si daný klient na začátku zvolil. Takhle se postupně vystřídají všichni klienti. Tato aktivita neslouží jen na procvičení paměti, ale i na upevnění vztahů mezi klienty. Oblíbenou aktivitou je slovní kopaná. Sociální pracovník vybírá různé hry na procvičení paměti, například hra „Půjdeme za kulturou“, nejdříve si každý vymyslí, kam půjde, až na něj přijde znovu řada, zopakuje to, co řekl předtím a k tomu nabalí zase novou informaci (jak se tam dopraví, co si tam dají dobrého apod.). Tato hra zdokonaluje nejen paměť, ale i kulturní přehled a všeobecný rozhled. Klienti se při aktivitě trénování paměti sblížují, díky ní se předchází izolaci a má pozitivní vliv na již zmíněné kognitivní funkce.

3.3 Sociálně-rehabilitační služby

Používání kompenzačních pomůcek

Do speciálně pedagogické podpory také zařadíme používání kompenzačních pomůcek. Tyto pomůcky dělíme podle využití na **optické** a **neoptické**. Mezi optické pomůcky patří nejrůznější typy lup, zvětšovací zařízení, počítačová zařízení (zvětšovací programy atd.) a filtry nebo filtrové brýle, které napomáhají zvýraznit kontrast a jas. Mezi neoptické pomůcky patří především úprava terénu a s tím související používání kontrastních barev a materiálů. Dále také s tím související volba osvětlení. Do neoptických kompenzačních pomůcek můžeme zařadit zvětšené písmo, výběr typu písma nebo používání Braillova bodového písma. Další důležitou kompenzační pomůckou pro nevidomé je bílá hůl. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

Na Palatě je k dispozici velké množství kompenzačních pomůcek. S těmito kompenzačními pomůckami se nově přichozí klienti učí zacházet, pokud ještě

těchto zkušeností dříve nenabyli. Nejvíce využívaná je bílá hůl a používání kontrastních materiálů a barev. Z optických pomůcek to pak jsou filtrové brýle. Braillovo bodové písmo v současné době využívají jen dva klienti z celé Palaty. Optické pomůcky pak klienti využívají jen sporadicky. Bílou hůl používají klienti pro zjednodušení prostorové orientace, o níž se zmíníme v další kapitole.

Jelikož Palata je zařízení pro seniory se zrakovým postižením, nalezneme tady nejen kompenzační pomůcky pro zrakově postižené, ale i pro seniory. Mezi ně patří například antidekubitní matrace, polohovací lůžka, madla, různá chodítka a vozíky nebo sedačky do sprchy a jiné. Tyto pomůcky pomáhají klientům především při sebeobsluze.

Nácvik používání kompenzačních pomůcek klienti provádějí postupně, po malých krocích. Tento nácvik je rozdělený na jednotlivé fáze a provádí ho klient spolu se sociálním pracovníkem. Používání kompenzačních pomůcek je pro klienty důležité a velmi přínosné.

Díky používání kompenzačních pomůcek se dle Hamadové, Květoňové a Novákové (2007) člověk se zrakovým postižením stává samostatnější, méně závislý a tím se také podporuje jeho sebevědomí, protože může zvládnout určité situace sám, bez pomoci.

Prostorová orientace

Jesenský a kol. (in Wiener, 2006) označuje orientaci jako proces, při němž se získávají a zpracovávají informace z okolního prostředí, aby dotyčný mohl skutečně nebo myšlenkově pohybovat a manipulovat s objekty nebo sebou samým v prostoru. Tato orientace se pak dělí na mikroorientaci a makroorientaci. Dle Wienera (2006) se makroorientace se vztahuje na prostor, který přesahuje kontaktní hmatový analyzátor (nejčastěji ruka). Makroorientací se myslí prostorová orientace vzhledem k samostatnému pohybu.

Prostorová orientace se dělí podle techniky pohybu. Jsou to pohyb bez hole a pohyb s bílou holí. Při pohybu bez hole rozlišujeme techniky jako „*chůze s vidícím průvodcem, bezpečnostní držení (postoje) a kluzná prstová technika (trailing)*“.(Wiener, 2006)

Dle Wienera (2006) se trailing používá při pohybu po známých budovách a místnostech. Tato technika spočívá v nalezení orientačních bodů pomocí prstů

natažené ruky, která klouže rovnoběžně po stěně. Používání bílé hole je pak optimální k vyhledávání orientačních bodů a k ochraně zrakově postiženého. Slepecká hůl se používá jako ochranná nebo bezpečnostní pomůcka, dále k orientaci a vyhledávání bodů a jako informační signál pro ostatní kolemjdoucí a řidiče.

Prostorová orientace na Palatě se spolu s nácvikem sebeobsluhy nacvičuje neprodleně po přesunu do zařízení. Tento nácvik se provádí spolu se sociálním a rehabilitačním pracovníkem a postupuje se po malých krocích. Nejdříve se klient učí pohybovat po svém pokoji, poté se učí cestu do jídelny a nakonec na různé záchytné body na Palatě (např. sesterna nebo společenské místnosti).

Nejvíce využívaná technika prostorové orientace na Palatě je trailing. Většina klientů zpočátku využívají k orientaci slepeckou hůl a po seznámení s prostorem se pohybují jen pomocí trailingu. Často také pro pohyb po budově využívají vidícího průvodce. Většinou to je sociální pracovník nebo zdravotník. Někteří klienti pak také využívají chodítka a opěrné hole, které pomáhají také udržet stabilitu a bezpečnost klientů. Nácvik prostorové orientace je důležitý pro samostatnost klienta. Klient se pak cítí méně závislý na pomoci druhé osoby a tím se posiluje i jeho sebevědomí.

3.4 Hodnocení analýz speciálně pedagogických aktivit Domova Palata

V rámci kapitol, které pojednávají o terapiích a aktivitách na Palatě, jsem stručně popsala a charakterizovala každou speciálně pedagogickou aktivitu. Následně jsem popisovala její průběh a pokoušela se v průběhu popisu hodnotit jejich užitečnost a přínos. K hodnocení jsem nepoužívala žádné hodnotící škály, protože každá aktivita je jiná, má odlišné cíle, a tak by se moje hodnocení nestalo objektivní. U jednotlivých aktivit jsem hodnotila hlavně již zmiňovanou prospěšnost a naplnění cílů.

Veškeré aktivity (bez výjimky) si mohu dovolit z hlediska prospěšnosti a cílů hodnotit kladně. Jejich pozitivní vliv a účinek na zdraví i zlepšování kvality života u seniorů je nesporný. Navíc jsem se mohla sama přesvědčit, že se díky terapiím dají dělat určité pokroky a lze očekávat zlepšení. Aktivity pomáhaly seniorům hlavně proti izolaci v rámci zařízení. Podílely se na zlepšení komunikace mezi klienty i mezi personálem a klienty, a to vedlo ke zlepšení atmosféry v Domově Palata. Díky těmto speciálně pedagogickým aktivitám se zlepšila klientům nejen nálada, ale i prostředí pro pobyt a život v tomto zařízení.

Každá aktivita potom měla nejrůznější „menší“ cíle, kterých se podařilo vždy skoro stoprocentně dosáhnout. Tyto cíle jsou pak specifické pro každou terapii a byly rozebrány v jednotlivých podkapitolách.

ZÁVĚR

Cílem této závěrečné práce bylo popsat a analyzovat speciálně pedagogickou podporu v Domově pro zrakově postižené Palata. Pomocí analýz jednotlivých aktivit a činností ukázat, že rozsáhlá nabídka těchto aktivit v zařízení pro seniory je důležitá a přínosná.

Ke splnění všech cílů jsem používala metodu pozorování, metodu analýzy odborné literatury a analýzy speciálně pedagogických aktivit.

V prvních kapitolách se práce zabývala seniorskou populací a projevy stáří. Další kapitola se zabývala problematikou seniorského věku a zrakového postižení. Dále potom rozebírala vliv zrakového postižení na osobnost, problematiku seniora v institucionálním zařízení a volný čas v kontextu kvality života seniorů. Poslední, stěžejní, kapitola pak představila Palatu a speciálně pedagogickou podporu klientů Palaty, které se pak podrobněji věnují jednotlivé podkapitoly. Tyto podkapitoly pak propojili teoretické části a praktické části, v nichž došlo k popisu průběhu aktivit a specifik těchto aktivit u seniorů se zrakovým postižením. Kapitoly se specifikací aktivit jsem zpracovávala sama díky pozorování, která jsem na Palatě prováděla. Na závěr práce můžeme nalézt krátké hodnocení analýz a náhledů do speciálně pedagogických aktivit. Toto závěrečné shrnutí nám jen potvrzuje splnění cílů bakalářské práce, a to že vhodně vybrané aktivity a aktivně trávený volný čas je důležitý a přínosný. Popisem speciálně pedagogických aktivit se pak podařilo splnit další z cílů, kterým byla ucelená výpověď o těchto aktivitách v Domově Palata.

Při zpracovávání aktivit se sledovaly oblasti jako kvalita života, smysluplnost speciálně pedagogických aktivit a jejich účelnost v zařízeních pro seniory. Díky již zmíněnému pozorování a následnému zhodnocení analýz se došlo k závěru a potvrdilo se, že tyto aktivity v Domově Palata seniorům pomáhají nejen aktivně trávit svůj volný čas, ale také jsou prospěšné pro jejich fyzické i psychické zdraví.

Přínos bakalářské práce vidím v dalším využití v jiných zařízeních, která by se Domovem Palata mohla inspirovat a sestavit tak podobný program pro svoje klienty. Další přínosem pro odbornou veřejnost by pak mohlo být zpracování specifik speciálně pedagogických aktivit a terapií pro zrakově postižené seniory.

POUŽITÉ ZDROJE

Literatura

1. ČEVELA, R., KALVACH Z., ČELEDOVÁ L. *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha : Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
2. DAMIAN, P., DAMIAN K. *Aromaterapie. Vůně a duše*. 1. vyd. Praha : Volvox Globator, 1997. ISBN 80-7207-020-7.
3. DOSEDLOVÁ, J. *Taneční terapie*. In Müller, Oldřich a kolektiv. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 80-244-1075-3.
4. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha : Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
5. FINKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ, L., RŮŽIČKOVÁ, V. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5.
6. GALAJDOVÁ, L., GALAJDOVÁ, Z. *Canisterapie. Pes lékařem lidské duše*. 1. vyd. Praha : Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879.
7. HAMADOVÁ, P., KVĚTOŇOVÁ, L., NOVÁKOVÁ, Z. *Oftalmopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno : Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-159-1.
8. HANČLOVÁ, S. *Canisterapie u seniorů žijících v domově důchodců*. In Velemínský Miloš a kolektiv. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. 1. vyd. České Budějovice : Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109.6.
9. JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., *Reminiscence. Využití vzpomínek při práci se seniory*. 1. vyd. Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
10. JESENSKÝ, J. *Přehled systému komprehenzivní tyflopédie*. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2002. ISBN 80-7041-329-8.
11. KANTOR, J. *Muzikoterapie*. In Müller, Oldřich a kolektiv. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 80-244-1075-3.

12. LANDISCHOVÁ, E. *Teorie a praxe arteterapie. Taneční a výtvarné formy*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-7290-297-2.
13. LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. 1. vyd. Brno : Gloria, 1997. ISBN 80-901834-4-1.
14. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
15. MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 80-244-1075-3.
16. PACOVSKÝ, V. *Proti věku není léku? Úvahy o stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-486-1.
17. PAYNEOVÁ, H. *Kreativní pohyb a tanec*. 1. vyd. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-213-0.
18. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
19. PIPEKOVÁ J., VÍTKOVÁ M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 1. vyd. Brno : Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
20. PREISS, M., KŘIVOHLAVÝ, J. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. 1. vyd. Praha : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2738-7.
21. RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha : Grada, 1999. ISBN 80-7169-828-8.
22. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. 1. vyd. Praha : Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.
23. ŠICKOVÁ, J. *Arteterapia*. In Müller, Oldřich a kolektiv. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 80-244-1075-3.
24. ŠICKOVÁ, J. *Modelovanie z hlíny v arteterapii v procese integrácie osobnosti (Hľadanie svojho tvaru)*. In Pipeková J., Vítková M. ed. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno : Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

25. ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0.
26. ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 3. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-339-0.
27. TICHÁ, V. *Indikace a cíle canisterapie*. In Velemínský Miloš a kolektiv. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. 1. vyd. České Budějovice : Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109.6.
28. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
29. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. 1. vyd. České Budějovice : Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109.6.
30. VRBOVÁ, J. *Canisterapie*. In Müller, Oldřich a kolektiv. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 80-244-1075-3.
31. WIENER, P. *Prostorová orientace zrakově postižených*. 3. vyd. Praha : Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. ISBN 80-239-6775-4.
32. ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie. Východiska, koncepty, principy a praxe*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9.

Internetové zdroje

1. Aromaterapie. *Co je aromaterapie – vysvětlení pojmů*. [online]. 2012 [cit. 2013-04-13] Dostupné na www: <http://www.aromaterapie.cz/aromaterapie/>
2. Česká arteterapeutická asociace. *Definice a cíle arteterapie*. [online]. 2012 [cit. 2013-03-07] Dostupné na www: <http://www.arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&clanek=22>
3. Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging. *Zásady, cíle a specifika trénování paměti v ČR*. [online]. [cit. 2013-03-08] Dostupné na

www:

http://www.trenovanipameti.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=2:zasady-cile-a-specifika-trenovani-pameti-v-cr&catid=2:nezarazeno&Itemid=103&lang=cz

4. HOLEŇOVÁ J., Nevidomí mezi námi. *Axmanova technika modelování* [online]. [cit. 2013-03-19] Dostupné na www: http://www.nevidomimezinami.cz/main/nevidomimezinami/Texty/Umeni/Vytvarne_umeni/Axmanova_tehnika.wiki
5. KANTOR, J. *Muzikoterapie – popis některých muzikoterapeutických technik*. [online]. [cit. 2013-03-16] Dostupné na www: <http://www.muzikoterapie.cz/muzikoterapie-popis-nekterych-muzikoterapeutickych-technik>
6. KLOBASOVÁ, PETRA. *Proč zapomínáme? Příčin je mnoho!* [online]. 2010 [cit. 2013-02-20] Dostupné na www: <http://www.zijemenaplno.cz/Clanky/a590-Proc-zapominame-Pricin-je-mnoho.aspx>
7. Služby pro zrakově postižené. *Rehabilitace*. [online]. 2011 [cit. 2013-03-02] Dostupné na www: <http://www.helpnet.cz/zrakove-postizeni/sluzby-pro-zrakove-postizene/rehabilitace>
8. SCHINDLER R., PEŠÁK M. SONS. *Kdo je zrakově postižený?* [cit. 2013-04-05] Dostupné na www: <http://www.sons.cz/kdojezp.php>
9. World Federation of Music Therapy. *What is music therapy?* [online]. 2011 [cit. 2013-03-16] Dostupné na www: http://www.musictherapyworld.net/WFMT/About_WFMT.html

Jiné zdroje

- Výroční zpráva Domova pro zrakově postižené Palata z roku 2011
- rozhovory s klienty a zaměstnanci Domova Palata

Seznam příloh

Fotografie ze speciálně pedagogických aktivit na Palatě.

Obr. 1.: Taneční terapie

Obr. 2.: Taneční terapie na Denním centru

Obr. 3.: Vystoupení v rámci akce „Když Palata tančí“

Obr. 4.: Vystoupení v rámci akce „Když Palata tančí“

Obr. 5.: Individuální canisterapie - polohování

Obr. 6.: Canisterapie

Obr. 7.: Canisterapeutický den na Palatě

Obr. 8.: Individuální canisterapie

Obr. 9.: Individuální canisterapie

Obr. 10.: Reminiscenční skupina

Obr. 11.: Muzikoterapie v muzikoterapeutické místnosti

Obr. 12.: Individuální arteterapie – Axmanova technika modelování

Obr. 13.: Individuální arteterapie – Axmanova technika modelování

Obr. 14.: Skupinová arteterapie – výroba obrázků pomocí kuliček z papíru

Obr. 15.: Skupinová arteterapie

Obr. 16.: Trénování paměti

Zdroj: Domov Palata

Autor fotografií: Mgr. Eva Švecová

Fotografie v obrazové příloze bakalářské práce jsou publikovány s informovaným souhlasem klientů Domova pro zrakově postižené seniory Palata.

OBRAZOVÁ PŘÍLOHA

Obr. 1.: Taneční terapie



Obr. 2.: Taneční terapie na Denním centru



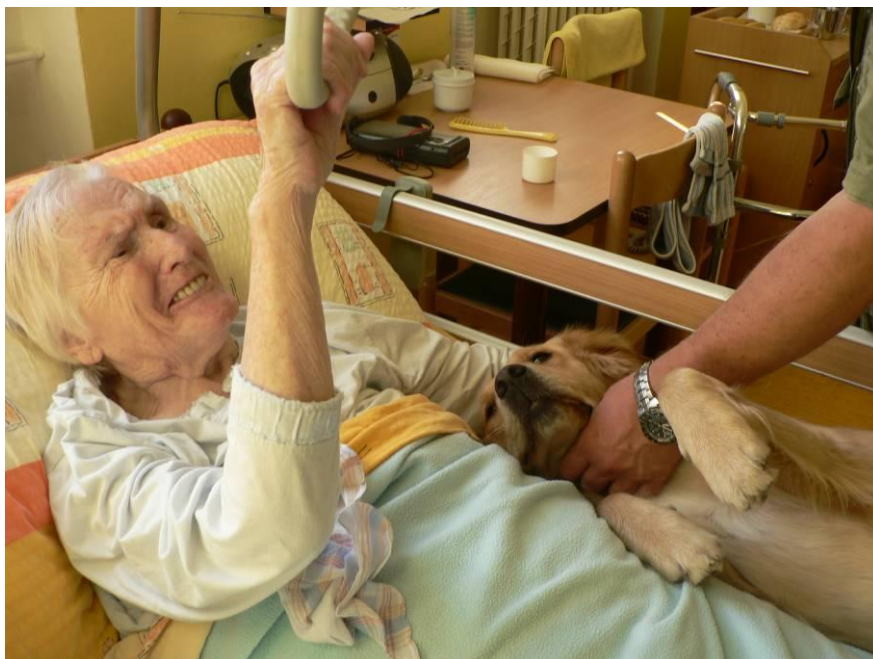
Obr. 3.: Vystoupení v rámci akce „Když Palata tančí“



Obr. 4.: Vystoupení v rámci akce „Když Palata tančí“



Obr. 5.: Individuální canisterapie - polohování



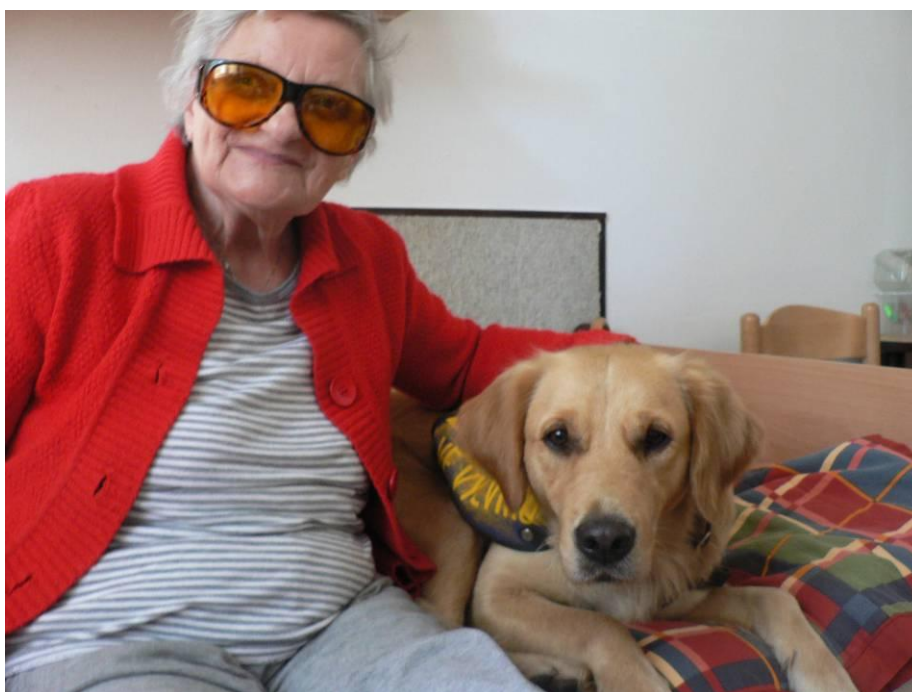
Obr. 6.: Canisterapie



Obr. 7.: Canisterapeutický den na Palatě



Obr. 8.: Individuální canisterapie



Obr. 9.: Individuální canisterapie



Obr. 10.: Reminiscenční skupina



Obr. 11.: Muzikoterapie v muzikoterapeutické místnosti



Obr. 12.: Individuální arteterapie – Axmanova technika modelování



Obr. 13.: Individuální arteterapie – Axmanova technika modelování



Obr. 14.: Skupinová arteterapie – výroba obrázků pomocí kuliček z papíru



Obr. 15.: Skupinová arteterapie



Obr. 16.: Trénování paměti

