

UNIVERZITA KARLOVA

Pedagogická fakulta

M. D. Rettigové 4, Praha 1

Katedra hudební výchovy



Využití muzikoterapie u dětí s dětskou mozkovou obrnou

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce: PaedDr. Alena Tichá, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Milena Kmentová

Autorka: Tereza Frenclová

Studijní obor: Český jazyk – hudební výchova

Praha, 2014

ABSTRAKT

Práce si klade za cíl vymežit základní pojmy týkající se problematiky muzikoterapie a somatického znevýhodnění se zaměřením na dětskou mozkovou obrnu.

Teoretická část je věnována historickému pohledu na muzikoterapii. Popisuje současnou situaci ve světě a České republice. Vymezuje muzikoterapii a její základní pojmy. Orientuje se na problematiku somatopedie, u které je kladen důraz na klienty s dětskou mozkovou obrnou.

Praktická část mapuje využití muzikoterapie v praxi. Zaměřuje se na děti staršího školního věku s dětskou mozkovou obrnou. Zkoumá vliv hudby na problematické oblasti, které s sebou dětská mozková obrna nese.

Klíčová slova

Muzikoterapie, somatické znevýhodnění, dětská mozková obrna

SUMMARY

The goal of the bachelor thesis is to state elementary terms dealing with music therapy and somatic disability, particularly focused on cerebral palsy.

The theoretical part is concerned with historical insight into music therapy. It describes contemporary situation over the world and specifically in the Czech republic. It defines music therapy and its fundamental terms. In particular, the work orientates itself towards special education for somatic disability which focuses on clients suffering from cerebral palsy.

The practical part surveys usage of music therapy in practice. It is aimed at secondary-school children with cerebral palsy. This research is connected with the impact of music on problematic areas that are related to children cerebral palsy.

Key words

Music therapy, somatic disability, cerebral palsy

Prohlášení:

„Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně na základě pramenů uvedených v bibliografii. Všechny prameny jsou řádně citovány. Tato práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného titulu.“

V Praze 19. 6. 2014

.....
Tereza Frenclová

Poděkování:

„Děkuji PaedDr. Aleně Tiché, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce a poskytování cenných rad. Dále Mgr. Zdeňku Bílkovi za povolení provést výzkum v ZŠ Fučíkova a také jeho pedagogickým pracovníkům za kladný a ochotný přístup.“

OBSAH

ÚVOD.....	2
1. Muzikoterapie – historie a současnost	4
1.1 Muzikoterapie z historického pohledu	4
1.2 Současný pohled na muzikoterapii	6
1.3 Muzikoterapie v České republice.....	8
2. MUZIKOTERAPIE	10
2.1 Vymezení muzikoterapie a jejich cílů.....	10
2.2 Formy muzikoterapie	11
2.2.1 Individuální terapie	12
2.2.2 Skupinová terapie	12
2.2.3 Komunitní terapie	12
2.3 Modely muzikoterapie	13
2.3.1 Aktivní muzikoterapie	13
2.3.2 Receptivní muzikoterapie	14
2.4 Vztah muzikoterapie k ostatním disciplínám.....	14
3. SOMATICKÉ ZNEVÝHODNĚNÍ.....	17
3.1 Charakteristika somatického znevýhodnění	17
3.2 Psychosociální aspekty somatického znevýhodnění.....	18
3.2.1 Faktory ovlivňující psychický vývoj jedince s TP	19
3.3 Centrální a periferní obrny	20
3.3.1 Dětská mozková obrna.....	21
3.3.1.1 Formy DMO	22
3.4 Postižení přidružená k DMO.....	23
3.5 Možnosti terapie DMO	24
3.6 Muzikoterapie u osob se somatickým znevýhodněním	26
4. VYUŽITÍ MUZIKOTERAPIE V PRAXI	27
4.1 Předmět a cíle výzkumného šetření	27

4.2 Hypotézy	27
4.3 Metody výzkumného šetření	27
4.4 Organizace a průběh výzkumného šetření	28
4.4.1 Charakteristika institucí	28
4.4.1.1 Jedličkův ústav a školy (JÚŠ)	29
4.4.1.2 Základní škola Fučíkova v Jeseníku	30
4.4.2 Charakteristika tříd.....	31
4.4.2.1 Třída JÚŠ	31
4.4.2.2 Třídy Základní školy Fučíkova.....	31
4.4.3 Etapy výzkumného šetření.....	32
4.4.3.1 První etapa.....	33
4.4.3.2 Druhá etapa	36
4.5 Interpretace výsledků pozorování	41
4.5.1 Paměť	42
4.5.2 Koordinace horních končetin.....	43
4.5.3 Udržení pozornosti.....	45
4.5.4 Řeč	46
4.6 Vyhodnocení výzkumu	48
4.7 Verifikace hypotéz	48
4.8 Závěry pro hudebně výchovnou praxi	50
ZÁVĚR.....	50
POUŽITÁ LITERATURA.....	52
SEZNAM ZKRATEK.....	53
SEZNAM TABULEK, GRAFŮ, SCHÉMAT, ZÁZNAMOVÝCH ARCHŮ.....	54
SEZNAM PŘÍLOH.....	55

ÚVOD

„Povídej – zapomenu. Ukaž – budu si pamatovat. Zapoj mě – porozumím.“ Carl Orff¹

Existují lidé, kteří hudbu neslyší. Jiní nemají hudební sluch a někteří lidé si naopak bez hudby nedokáží představit život. Všichni ji ale různým způsobem vnímáme a je nezbytnou součástí našeho každodenního života.

Hudba nám přináší radost a pozitivní energii. Tohoto poznatku si všimli již naši předkové před několika tisíciletími. Na hudbu a její účinky bylo nazíráno různým pohledem. I přes všechna úskalí si zachovala svoji tvář a otevírá naše srdce. Hudba je totiž jazykem, kterému rozumíme všichni bez ohledu na rasu a národnost.

Zpěv písní je nám blízký již od narození, a proto dokážeme v průběhu života na hudbu reagovat. Uvědomujeme si, že na nás působí. Hudba v nás vyvolává pozitivní emoce, uvolňuje napětí, posiluje naši paměť, trénuje řeč a rozvíjí fantazii.

Těchto poznatků využívají odborníci (medici, speciální pedagogové, logopedové, psychologové, pedagogičtí pracovníci a další) po celém světě. Hudba má totiž někdy větší účinek než všechny medikamenty, kterých je v dnešním světě využíváno více než dost. Navíc má široké spektrum svého využití. Dokáže působit na osoby všech věkových kategorií. Je využitelná v nemocnicích, ústavech, geriatrických centrech, hospicích, sociálních zařízeních, školách a jiných vzdělávacích institucích. Má vliv na zdravé i nemocné. V neposlední řadě disponuje s důležitou vlastností – pokud nepomůže, neuškodí.

Vše, co nyní bylo řečeno, mě přesvědčilo o tom, proč psát bakalářskou práci právě na téma muzikoterapie. Hudba mě obklopuje celý život a své bytí na tomto světě si bez ní nedokážu představit. Navíc zjištění, že věc, která hraje v mém životě důležitou roli, dokáže také pomáhat, mě nenechala klidnou a já musela alespoň v menší míře poznat, čím vším dokáže lidem pomoci.

Jak jsem již zmínila. Hudba dokáže působit na zdravé i nemocné. Během studia jsem navštěvovala jako dobrovolník Jedličkův ústav a školy. Za dobu svého působení jsem měla možnost setkat se s mnoha lidmi a dětmi se somatickým znevýhodněním. Jsou to lidé,

¹ Česká Orffova společnost [online]. [cit. 2014-12-6]. Dostupné z: <http://www.orff.cz/>

od kterých bychom se mohli mnohé naučit. I přes své postižení, neztrácí smysl pro humor a žije přítomností. Poznala jsem také, co všechno jejich život obnáší – co je dělá šťastnými a co jim pro změnu život ztěžuje. Jsou to lidé, kteří si zaslouží obdiv, a proto se ve své práci zaměřuji na využití muzikoterapie u dětí s dětskou mozkovou obrnou.

Práce si klade za cíl vymezit základní pojmy týkající se problematiky muzikoterapie a somatického znevýhodnění, zejména dětské mozkové obrny. Hodnotí také účinnost muzikoterapie na děti s dětskou mozkovou obrnou na základě získaných teoretických poznatků a následného pozorování v praxi.

Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se věnuje využití hudby jako terapie. Je zde popsán vývoj muzikoterapie v průběhu staletí. Věnuje se hlavním osobnostem, které v dnešní době dominují při výzkumu a rozvíjení praxe muzikoterapie v České republice. Dále je definován pojem muzikoterapie, včetně důrazu na její cíl, formy a modely. Práce se také snaží vymezit vztah muzikoterapie k ostatním disciplínám. Poté je rozebráno somatické znevýhodnění, u kterého je kladen důraz na centrální obrny (hlavně dětskou mozkovou obrnu).

Praktická část popisuje muzikoterapii v praxi. Zaměřuje se na děti staršího školního věku s dětskou mozkovou obrnou. Zkoumá vliv hudby na problematické oblasti, která s sebou dětská mozková obrna nese.

1. MUZIKOTERAPIE – HISTORIE A SOUČASNOST

Hudba působila na člověka od nepaměti. V průběhu staletí si lidé uvědomili její účinky. Dnes se užívá v medicíně, pedagogice a jiných oborech, kde pomáhá svými vlastnostmi (síla, výška, délka a barva tónů).

1.1 Muzikoterapie z historického pohledu

Hudba působila na člověka od nepaměti. V průběhu staletí si lidé uvědomili její účinky. Dnes se užívá v medicíně, pedagogice a jiných oborech, kde pomáhá svými vlastnostmi (síla, výška, délka a barva tónů).

Muzikoterapie (dále jen MT) prošla dlouhou, někdy i krušnou cestu svého vývoje. Abychom pochopili její dnešní význam a zařazení, je nutné si uvědomit, kde má MT své kořeny a za jakých podmínek se formovala.

Umění provází člověka po celý jeho život. Má nejrozmanitější podoby a je projevem lidského myšlení a kreativity.² Budeme-li si klást otázku, které z umění je člověku nejbližší, nebude snadné odpovědět. Avšak uvědomíme-li si, že hudba a rytmus vychází z tepu našeho srdce, odpověď bude jasná. Hudba je nejbližší člověku. Umí říct vše, co slova nedokáží. Je všude kolem nás. Působí na naše emoce a uzdravuje. Díky ní dokážeme dát průběh našim citům, a proto jsme lidmi.

Tuto skutečnost si naši předkové uvědomovali již od nepaměti. **V pravěku** však hudba neznamenal pouhý prostředek léčby, tamní obyvatelé ji totiž využívali ke komunikaci s nadpřirozenými silami a byla tak součástí denních rituálů. Je také nutno říci, že hlavní roli této doby hrál rytmus, který pomáhal léčit různé neduhy, nemoci a úzkosti. Šaman tloukl holí o zem či dutý kmen stromu a zpíval. Sřídání dynamiky, rytmu a tempa tak působilo na nemocného.

Léčbu hudbou znala také většina **starověkých civilizací**. Nejvíce úspěchu sklídila v Babylonu, Egyptě, Izraeli, Řecku, Římě, ale i v dalších zemích. O využití svědčí doklady v samotné Bibli – král Saul léčil své deprese hrou na harfu.³ V jiných pramenech se zase dovídáme, že v Egyptě převáželi nemocné po Nilu za doprovodu jednoduché uklidňující

² ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*. Praha : Portal 2007. s. 15

³ ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha : Portál 2011. s. 18

hudby (melodie fléten, hvízdání píšťal a brnkání louten)⁴. Vzpomeneme-li na řeckou mytologii, můžeme jmenovat Apollona, boha hudby, který byl ve své době také považován za dárce zdraví. Celkově staří Řekové chápali hudbu jako prevenci. Pomáhala jim dospět k tzv. kalokagathii, tedy rovnováze mezi psychickou a tělesnou stránkou člověka. Terapie hudbou se tak dostala do povědomí všech. Zabývali se jí největší myslitelé, jako byl Aristoteles, Platon a Pythagoras, které dnes považujeme za přímé předchůdce muzikoterapie. Věnovali se církevním modům a jejich působením na člověka. Dospěli k zajímavým závěrům. Aristoteles například zjistil, že dórský modus dokáže člověku dodat duchovní sílu, kdežto lydická stupnice měla podle pozorování neočekávaný vliv na děti.

Po pádu Římské říše terapie hudbou upadla v zapomnění. Z doby **středověku** se tak zachovala ojedinělá svědectví. Můžeme jmenovat využití hudby při léčení tance sv. Víta (chorea minor)⁵ či hry hudebníků a pištců, které měly uklidňovat nemocné na ulici. V křesťanské liturgii byla hudba nejdůležitějším článkem. Při bohoslužbách znamenala propojení s vyšší mocí a zároveň tak sehrávala uklidňující funkci.⁶ Naopak tomu bylo v Islámském prostředí na území dnešního Turecka, kde mezi stále pracovníky tamních nemocnic patřili právě zpěváci a hudebníci.⁷

17. a 18. století bychom mohli nazvat v rámci dějin muzikoterapie obdobím prvních teoretických spisů. Anglický lékař R. Brocklesby napsal dílo pojednávající o systému muzikoterapie. Také slovenský doktor I. R. Ambro dal vzniknout souborným poznatkům o využití hudby v medicíně.⁸ V polovině 17. století vydal jezuita Athanasius Kircher dvousvazkovou publikaci *Musurgia universalis*, ve které se uceleně a systematicky zabýval muzikoterapií. Na konci století napsal další knihy – *Phonurgia* a *Fonurgia nova*. Ve svých spisech Kircher zastával názor, že za nemoci organismu mohou špatně fungující tělesné šťávy. Choroby pak mohl vyléčit chvějící se vzduch hudbou a jedy poté byly vypouštěny z těla ven.⁹ V této době se setkáváme s novým označením léčby hudbou – **iatromusica**. Vyznačovala se starořeckým učením o harmonii kosmu, která se odrážela s pomocí hudby

⁴ LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna : Gloria 1997. s. 45

⁵ Porucha nervové soustavy, která se projevuje náhlými škubavými pohyby. Vyskytuje se převážně u dětí mezi sedmým a čtrnáctým rokem. Za její příčinu je pokládána nedoléčená infekce streptokokem.

⁶ ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha : Portál 2011. s. 18 - 19

⁷ LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna : Gloria 1997. s. 49

⁸ ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha : Portál 2011. s. 20

⁹ LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna : Gloria 1997. s. 50

ve všem živém. S iatromusií se objevila i nová profese, tzv. iatrohudebník, kterého bychom mohli přirovnat k dnešním muzikoterapeutovi.

V 1. polovině 19. století nevznikla žádná nová koncepce terapie. V některých psychiatrických léčebnách se však hudba užívala při aktivním zaměstnání za pomoci hudby. 2. polovina 19. století pak pro iatrohudbu znamenala úplné zapomenutí. Byla totiž považována za nevědeckou. Na přelomu 19. a 20. století se však znovu objevila tendence zařadit muzikoterapii do medicíny. MT tak měla dobrý potenciál pro svůj budoucí vývoj. Po 2. světové válce se situace zcela změnila.¹⁰

1.2 Současný pohled na muzikoterapii

MT dosáhla po 2. světové válce neskonalého rozvoje. Stala se předmětem vědeckého výzkumu. S tím také přibývala odborná literatura. V poválečné době se také začaly formovat tři muzikoterapeutické školy: švédská, americká a škola německy mluvících států.¹¹

Alexis Pontvik založil roku 1948 **švédskou školu muzikoterapie**, která se primárně opírala o psychologii Gustava Junga. Tamní vědci si uvědomovali, že hudba dokáže více působit na člověka než pouhá slova, která jsou pro lidské myšlení abstraktními symboly. Dodnes principy švédské školy uznávají vedle Švédska i ostatní severské státy – Dánsko, Finsko, Island a Norsko.

Paralelně se školou švédskou vznikla i **škola americká**, která se orientovala psychoanalyticky a sociálně psychologicky. Chování se stalo hlavní problematikou, kterou se zabývala.¹² Roku 1950 zde byla zřízena National Association for Music Therapy¹³ a v roce 1971 American Association for Music Therapy, jenž se považují za předchůdce dnešní American Music Therapy Association.¹⁴

Pozadu nezůstala ani Velká Británie. J. Alvinová stála v čele vzniku **Britské společnosti pro muzikoterapii**. Dnes tato společnost vydává časopis *British journal of music therapy*, který rediguje A. Boulton.

¹⁰ ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha : Portál 2011. s. 20 - 21

¹¹ LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna : Gloria 1997. s. 55 - 56

¹² ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha : Portál 2011. s. 21

¹³ LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna : Gloria 1997. s. 57

¹⁴ ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*. Praha : Portal 2007. s. 28

Od roku 1969 začala pracovat v Lipsku sekce v čele s Ch. Kohlerovou a Ch. Schwabem. Na tamní neurologické klinice vyvinuli metodu MT spojenou se spánkem, která byla užívána při léčení neuróz a funkčních poruch.

Postupně se MT stávala uznávaným oborem a šířila se do dalších evropských zemí. Po vzoru již zmíněných škol vznikaly ve velkých evropských městech (Kodaň či Rotterdam) i jiné muzikoterapeutické společnosti. Roku 1959 vzniklo v Rakousku První výzkumné muzikoterapeutické centrum. MT zde byla od svého původu na vysoké úrovni, v Salcburku se proto každým rokem koná kongres hudebních terapeutů a odborníků.¹⁵ Je také nutné říci, že se Rakouská společnost pro muzikoterapii v čele se Sittnerem a Hoffem zasloužila o první uznávaný studijní muzikoterapeutický obor v německých zemích, který byl vyučován od roku 1959 na Hudební akademii ve Vídni.¹⁶

Paříž založila roku 1969 Muzikoterapeutický ústav, který se zaměřoval zvláště na terapii autistických dětí a skupinovou terapii u psychotiků. O dva roky později vzniklo Švýcarské muzikoterapeutické fórum, díky kterému mohli kvalifikovaní muzikoterapeutové z léčebně výchovných zařízení a psychiatrických léčeben z celého Švýcarska komunikovat a sdílet své zkušenosti. V témže roce byl v Německu zřízen Výbor pro muzikoterapii a Společnost pro muzikoterapii. Německá MT si postupně získávala respekt u mnohých států a měla také vliv na rozvoj terapie hudbou v Nizozemí, Švédsku či Španělsku.

V. A. Giljarovskij stál u vzniku metody vycházející z MT na neurologické klinice v Moskvě. V jeho práci pokračovali další pracovníci, kteří zformovali systém léčebné rytmiky využívané v logopedii u dětí s balbutismem a systém pro děti s různými poruchami sluchu.¹⁷

Muzikoterapeutická centra vznikala v jihozápadní a jižní Evropě (Itálie, Řecko)¹⁸ a také v Maďarsku, kde se uplatňovala MT ve vztahu s Kodályho hudebně výchovným systémem, také v Polsku či Rumunsku. Bývalá Jugoslávie aplikovala MT na psychiatrických a neurologických dětských odděleních. Prvky hudební terapie se užívaly u dětí, které zvítězily nad mozkovou obrnou, u dětí s poruchou řeči nebo sluchu nebo také v geriatrických centrech a při léčbě alkoholismu.

¹⁵ ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha : Portál 2011. s. 21

¹⁶ ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*. Praha : Portal 2007. s. 33

¹⁷ ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha : Portál 2011. s. 21

¹⁸ ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*. Praha : Portal 2007. s. 35

Za důležitý mezník slovenské MT je považován rok 1968, kdy terapie hudbou začala být vyučována na Institutu speciální a léčebné pedagogiky při FF UK v Bratislavě. Dnes se s hudebně terapeutickými postupy pracují v bratislavské psychiatrické léčebně a v Ústavu pro emocionálně narušené děti v Lubochni. Také Z. Mátejová a S. Mašura na Psychologicko-výchovné klinice využívají hudby při terapiích u klientů s narušenou komunikační schopností různého věku. Léčí také děti s ADHD, děti neurotické, děti s poruchami chování a mentálně retardované.¹⁹

1.3 Muzikoterapie v České republice

I když nás hudba jako národ proslavila ve všech koutech světa, česká MT je ve světovém měřítku zcela neznámá. Není však pravdou, že by česká MT za světovou zaostávala. Nalézáme zde mnoho zásadních jmen, která v historii i v současnosti hrála důležitou roli ve vývoji české muzikoterapie.

Jako první začali MT užívat lékaři v pražské psychiatrické léčebně v Bohnicích²⁰. Hudba pomáhala léčit také pacienty Foniatické kliniky M. Seemana a klienty Logopedického ústavu.

V dnešní době u nás působí mnoho muzikoterapeutů. Doktor **Miloš Vojtěchovský** se za svého působení zaměřoval na MT u seniorů. Zastával názor, že by MT měla být aplikována i v jiných zdravotnických institucích než jen v psychiatrických léčebnách. **Jitka Schánilcová - Vodňanská** působila původně v protialkoholní léčebně u Apolináře. Poté pracovala ve Středisku péče o mládež a rodinu, kde působí doposud a pořádá kurzy pro všechny zájemce o tuto problematiku. Svou prací významně přispívá také **Noemi Komrsková**. Dříve pracovala s autisty a těžce handicapovanými dětmi. V současnosti žije ve Vysokém Mýtě, kde působí jako psychoterapeutka ve spojení s misijní činností. V Opavě využívá terapii hudbou ve spojení s psychodramatem **I. Strossová**. V Kroměříži léčí **S. Kratochvíl** neurózy dospělých pomocí muzikoterapeutických prostředků.²¹ **Markéta Gerlichová** působí na pracovišti Kliniky rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze jako fyzioterapeut, speciální pedagog a muzikoterapeut. Pracuje především s pacienty po úrazech mozku. Pořádá taktéž muzikoterapeutické kurzy

¹⁹ ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha : Portál 2011. s. 22

²⁰ KANTOR, J. – LIPSKÝ, M. – WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha : Grada Publishing 2009. s. 81

²¹ ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha : Portál 2011. s. 17 - 23

a v neposlední řadě také publikuje.²² Absolventka Univerzity Karlovy **Jana Weber** je v současnosti členkou AMTA (Americká muzikoterapeutická asociace). Věnuje se rehabilitační MT na psychiatrickém oddělení. Nesmíme zapomenout na jméno **Matěj Lipský**, který pracuje s dětmi a zaměřuje se převážně na logopedické vady.²³ Muzikoterapii využívá u dětí raného věku **Milena Raková**, která vedle kojeneckého ústavu spolupracuje také s Fondem ohrožených dětí (Klokánek).²⁴ Ve speciální pedagogice a v pedagogice využívá vedle dramaterapie také MT **Zdeněk Šimanovský**.²⁵ V Dětském centru Paprsek pracuje **Anna Neuwirtová** v pravidelném muzikoterapeutickém programu s dětmi s kombinovaným postižením.²⁶ V neposlední řadě je také důležité zmínit jméno **Dana Pšeničková**, která je muzikoterapeutkou v centru Arpida v Českých Budějovicích a pracuje hlavně s dětmi s handicapem (mimo jiné s Williamsovým syndromem i s DMO).

MT u nás i ve světě rozvíjí. Dostává se totiž čím dál více do povědomí široké veřejnosti. Rozšiřují se možnosti využití v praxi. S principy muzikoterapie se setkáváme u dobrých učitelů hudební výchovy, také u speciálních pedagogů či některých oborů medicíny.

²² *Markéta Gerlichová* [online]. [cit. 2014-14-3]. Dostupné z: http://mg-muzikoterapie.cz/wp/?page_id=23

²³ KANTOR, J. – LIPSKÝ, M. – WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha : Grada Publishing 2009. s. 13

²⁴ *Milena Raková* [online]. [cit. 2014-14-3]. Dostupné z: <http://milenarakova.cz>

²⁵ KANTOR, J. – LIPSKÝ, M. – WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha : Grada Publishing 2009. s. 82

²⁶ *Dětské centrum Paprsek* [online]. [cit. 2014-20-4]. Dostupné z: <http://www.dcpaprsek.org/stredisko-hloubetin/nabidka-sluzeb/muzikoterapie>

2. MUZIKOTERAPIE

2.1 Vymezení muzikoterapie a jejich cílů

Muzikoterapie jako pojem je odvozena z latinského slova **musica**, což v češtině znamená hudba, a řeckého **therapeia** či **therapeineio**, které je překládáno jako cvičení, léčení nebo ošetřování. Z toho vyplývá, že je dnes MT považována za léčení člověka pomocí hudby.²⁷ V případě MT je však nutné uvědomit si, že výsledky léčby se nemohou srovnávat s medicínskými. V praxi to tedy znamená, že hudba a její využití umí zmírnit bolest, působit preventivně a napomáhat různým diagnózám, avšak klient od ní nemůže očekávat přímé vyléčení.²⁸

MT je považována za terapeutický přístup v oblasti tzv. **expresivních terapií**, které pracují s uměleckými prostředky hudebními dramatickými, literárními nebo pohybovými. Převážně v anglicky mluvících zemích je možné se setkat s označením umělecké kreativní terapie či terapie uměním. V České republice se zcela běžně expresivní terapie označují souhrnně jako arteterapie (prefix arte-/art- je odvozen z latinského ars, což znamená umění). Tento pojem se však v užším významu užívá pro označení terapie pomocí výtvarného umění.²⁹

MT je obor, který má široké praktické uplatnění v mnoha klinických oborech, mezi které patří fyzioterapie, neurologie, porodnictví, speciální pedagogika a další oblasti. V dnešní době chápeme muzikoterapii za specifickou formu psychoterapie, dále za soubor aktivit, které napomáhají socializaci, také jako součást rehabilitace či léčení a v neposlední řadě za psychohygienický proces.³⁰

MT je možné aplikovat u klientů všech věkových kategorií, různé kultury či etniky. Je také možno ji využívat u klientů handicapovaných, nemocných a ohrožených. Muzikoterapie je též pomocná při indikaci nemocí, postižení a rizikových situacích v daných oborech.

²⁷ MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Univerzita Palackého v Olomouci 2005. s. 169

²⁸ LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna : Gloria 1997. s. 37

²⁹ KANTOR, J. – LIPSKÝ, M. – WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha : Grada Publishing 2009. s. 21

³⁰ MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Univerzita Palackého v Olomouci 2005. s. 170

Tabulka č. 2.1: Využití muzikoterapie

Speciální pedagogika	Medicína	Patopsychologie
Mentální retardace autismus Tělesné postižení Zrakové postižení Sluchové postižení Poruchy komunikace Poruchy učení a chování	Duševní onemocnění (psychózy, neurózy, emoční poruchy, poruchy příjmu potravy a další) Terminální onemocnění (onkologická onemocnění, AIDS) Psychogeriatrické poruchy (stařecká demence, Parkinsonova či Alzheimerova choroba)	Drogová závislost Jiné závislosti Oběti sexuálního zneužití

MT není univerzální terapeutickou metodou. Každý muzikoterapeut musí hledat správný terapeutický postup, který by danému klientovi nejvíce vyhovoval. Každý člověk je totiž originál, má své specifické potřeby vzhledem k danému zdravotnímu či psychickému problému.³¹

MT má široký rozsah možností působení na člověka. Hudba pomáhá zlepšit vnímání a pozornost. Podílí se na rozvoji hrubé a jemné motoriky či koordinace pohybu. Přispívá taktéž v procesu socializace (komunikace, kontrola emocí, sociální interakce či redukce rušivého chování). V neposlední řadě napomáhá při nabývání školních vědomostí a dovedností – podporuje a cvičí paměť. Na druhou stranu má schopnost psychosomatického uvolnění. MT rozvíjí také kreativitu, napomáhá růstu osobnosti a hlavně snižuje bolest.³²

2.2 Formy muzikoterapie

Formy MT jsou založeny na uspořádání terapeutické situace dle počtu klientů.³³ Tato forma nejvíce odpovídá vlastnostem a potřebám klienta a také cílům terapie.³⁴ Za nejčastější

³¹ MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Univerzita Palackého v Olomouci 2005. s. 172 - 173

³² MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Univerzita Palackého v Olomouci 2005. s. 185 - 186

³³ KANTOR, J. – LIPSKÝ, M. – WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing 2009. s. 122

³⁴ MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Univerzita Palackého v Olomouci 2005. s. 183

užívané muzikoterapeutické formy se považuje MT individuální, skupinová a komunitní. V praxi se lze setkat také MT párovou a hromadnou.³⁵

2.2.1 Individuální terapie

Základem individuální terapie je vztah mezi klientem a terapeutem. Ve většině případů probíhá v podobě samostatných sezení, avšak může se uskutečnit ve skupině v případě snížení interakce mezi danými členy. Je ekonomicky a personálně náročná, existují však případy, které ve skupině nelze řešit. Může být vhodná například u lidí s těžkým tělesným či kombinovaným postižením nebo u lidí sociálně narušených.³⁶

2.2.2 Skupinová terapie

Typickým rysem skupinové terapie je skupinová dynamika (souhrn dění ve skupině a skupinová interakce). V tomto případě může terapeut pracovat buď s otevřenou, nebo uzavřenou skupinou. Skupiny poté mohou být malé, které mívají tři až osm členů, či velké, u nichž se počet pohybuje od osmi až patnácti klientům.

Při vytváření terapeutických skupin je zapotřebí určité dovednosti. U krátkodobých skupin je dobré jednotné složení skupiny klientů se stejnými problémy, kdežto u dlouhodobých skupin se doporučuje složení různorodé za účelem rozmanitosti osobností.

Skupiny se také dělí na otevřené nebo uzavřené. Uzavřená skupina je dána a již nepřijímá nové členy. Lidé se tak ve skupině více znají, cítí důvěru a dodržují různé zvyky. Tato skupina je ideální například pro klienty s poruchou autistického spektra. Otevřená skupina udržuje stálý počet osob ve skupině. Pokud některý ze členů odejde, je nahrazen členem druhým. Otevřená skupinová terapie je užívána v klinických a poradenských zařízeních, také ve školách při nemocnicích, léčebnách či diagnostických ústavech.³⁷

2.2.3 Komunitní terapie

Komunitní terapie je v dnešní době velice populární a vyhledávaná. Nepovažuje se za typ skupinové terapie, jelikož nepracuje s uměle vytvořenými skupinami, nýbrž

³⁵ KANTOR, J. – LIPSKÝ, M. – WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha : Grada Publishing 2009. s. 122

³⁶ KANTOR, J. – LIPSKÝ, M. – WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha : Grada Publishing 2009. s. 122 -123

³⁷ MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Univerzita Palackého v Olomouci 2005. s. 183

se zabývá přirozenými skupinami, mezi které patří rodiny, pracoviště či komunity vrstevníků. Komunitní terapie se snaží docílit změn v celé skupině. Chce též působit na jednotlivce, kteří daný systém vytvářejí.

V současnosti je u nás nejznámějším a nejvyužívanějším typem komunitní terapie muzikoterapie rodinná, která využívá hudbu jako prostředek komunikace a rozvíjí tak vztahy mezi rodinnými příslušníky.³⁸

2.3 Modely muzikoterapie

Modely MT se dělí dle množství různých faktorů. Nejčastěji jsou však členěny podle zapojení klienta do terapeutické činnosti. Proto muzikoterapii tradičně dělíme na kreativní a nekreativní. U nás se spíše setkáváme s názvy aktivní a receptivní muzikoterapie, které vycházejí z tradice Lipské školy.³⁹

2.3.1 Aktivní muzikoterapie

Aktivního muzikoterapeutického programu se klienti účastní, aniž by museli mít hudební vzdělání či jiné hudební zkušenosti. Aktivní MT využívá v praxi lidské tělo, hlas a hudební nástroje.⁴⁰ Preferuje techniku hudební improvizace. Pracuje totiž s potenciálem klientů, který je pomocí hudby rozvíjen (hlavně fantazie, komunikace či emoce).⁴¹

Práce s tělem využívá hlavně dechové techniky a hru na tělo. Častá je také improvizace s hlasem či rytmičtější a melodizace textu, která je často užívána u handicapovaných klientů. Také hra na hudební nástroje je považována za oblíbenou a vyhledávanou aktivitu. MT pracuje s hrou na tradiční (západní) nástroje, etnické nástroje a dokonce nástroje vlastnoručně vyráběné.⁴² Mezi aktivní MT se řadí samotná skladba. Již z dějin hudby známe mnoho případů, kdy se skladatel vyléčil svou tvorbou (Gustav Mahler, Antonín Dvořák, Josef Suk a další).⁴³

³⁸ KANTOR, J. – LIPSKÝ, M. – WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha : Grada Publishing 2009. s. 124

³⁹ MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Univerzita Palackého v Olomouci 2005. s. 206

⁴⁰ MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Univerzita Palackého v Olomouci 2005. s. 173

⁴¹ KANTOR, J. – LIPSKÝ, M. – WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha : Grada Publishing 2009. s. 206

⁴² MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Univerzita Palackého v Olomouci 2005. s. 174

⁴³ LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna : Gloria 1997. s. 67

MT pomocí aktivního využívání hudby, stejně jako ostatní expresivní techniky, podporují hlavně emoční prožívání a aktivují schopnost sebevyjádření. Klient poté může identifikovat daný problém či skutečnost, ve které se právě nachází.⁴⁴

2.3.2 Receptivní muzikoterapie

Receptivní MT se někdy nazývá poslechová či pasivní. Označení pasivní se však v dnešní době nepoužívá, jelikož je klient během poslechu aktivní.⁴⁵ Modely receptivní terapie jsou orientovány poslechově (receptivně) nebo mimovolně (ambientně) a nechávají tak působit hudbu a zvuky na lidský organismus.⁴⁶ Podle zprostředkování rozlišujeme hudbu zprostředkovanou muzikoterapeutem a reprodukovanou.⁴⁷

K nejznámějším modelům patří **Vibroakustická terapie**, která využívá léčebných účinků nízké frekvence v rozmezí 30 – 120 Hz a je tak nápomocna při zlepšení poruch sluchu, či **poslechový program Tomatis**, jenž pracuje s upravenou hudbou W. A. Mozarta, gregoriánského chorálu a mateřského hlasu.⁴⁸ Tento model je pak využitelný u dětí s ADHD, s poruchami učení, s opožděným vývojem řeči či s problémy v oblasti sociálního chování.⁴⁹

2.4 Vztah muzikoterapie k ostatním disciplínám

MT je obor se širokou uplatnitelností. Odborníci pracují s určitými cílovými skupinami, a proto je v praxi nutná spolupráce příbuzných vědních oborů. MT se v interakci s nimi vyvíjí v teorii i v praxi. Nejzásadnější vliv je přisuzován oblasti neurověd. Velkou roli hraje také psychologie a psychoterapie. Výzkum také probíhá v oblasti sociologie (přesněji v kulturních a sociálních problémech). V neposlední řadě je také důležité sepětí s vývojem v oblasti školství a prevence (a s tím i v oblasti hudební výchovy).⁵⁰ Z toho vyplývá, že má MT nejpevnější vztah s obory hudebními, psychologickými, psychoterapeutickými, pedagogickými, medicínskými a dalšími.⁵¹

⁴⁴ KANTOR, J. – LIPSKÝ, M. – WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha : Grada Publishing 2009. s. 206

⁴⁵ MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Univerzita Palackého v Olomouci 2005. s. 178

⁴⁶ KANTOR, J. – LIPSKÝ, M. – WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha : Grada Publishing 2009. s. 207

⁴⁷ MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Univerzita Palackého v Olomouci 2005. s. 178

⁴⁸ KANTOR, J. – LIPSKÝ, M. – WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha : Grada Publishing 2009. s. 207

⁴⁹ VOTAVA, L. *Tomatis Praha* [online]. [cit. 2014-20-4]. Dostupné z: <http://www.tomatis-praha.cz/>

⁵⁰ GERLICOVÁ, M. *Muzikoterapie v praxi*. Praha : Grada Publishing 2014. s. 18 - 22

⁵¹ Kantor, J. – Lipský, M. – Weber, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha : Grada Publishing 2009. s. 21

Pro mou práci je důležité pochopení rozdílu, ale přitom i součinnost hudební pedagogiky a speciální pedagogiky s MT.

Muzikoterapie a hudební pedagogika

MT a hudební pedagogika prvoplánově studují hudbu, avšak každá z jiného pohledu. Obě se zaměřují na osoby a snaží se rozvinout jejich plný potenciál. Je těžké od sebe odlišit tyto dva obory. Některé názory tvrdí, že MT a hudební pedagogiku nelze od sebe odlišovat. Existují však mezi nimi značné rozdíly.

Tabulka č. 2.2: Rozdíl mezi hudební pedagogikou a muzikoterapií

	Hudební pedagogika	Muzikoterapie
Hudba	estetické vnímání hudby	Terapie
Vztah	učitel - žák	vztah terapeutický (osobní)
Struktura	plnění daného plánu	individuální plán
Proces/produkt	důležitý produkt	důležitý proces i produkt
Cíl	zvládnutí učiva	zlepšení kvality života
Odborné kompetence	pedagogické vzdělání	vzdělání terapeuta

Hudební pedagogika si klade za cíl osvojit si hudební znalosti a dovednosti, kdežto MT se snaží o celkové zlepšení kvality života, přičemž je hudba hlavním prostředkem procesu. Také vztah terapeut – klient a učitel – žák je odlišný. Vztah terapeutický je důvěrnější a osobnější.

Je také nutné říci, že se MT inspirovala některými koncepcemi hudební pedagogiky, mezi které patří Orffův Schulwerk, Kodályho metoda, Suzukiho metoda či metoda Dalcroseho.

Doposud byl zmíněn vztah MT k hudební pedagogice. Je však důležité si uvědomit, že je práce muzikoterapeuta vázána na vývoj hudby (terapeut musí brát ohled na rozvoj hudby a hudebních žánrů, tedy hlavně u cílové skupiny dětí a adolescentů).⁵²

Muzikoterapie a speciální pedagogika

MT je v dnešní době jednou z alternativních způsobů léčby v rámci speciální pedagogiky. Užívá se u osob se specifickými potřebami ve spolupráci s jinými terapiemi

⁵² KANTOR, J. – LIPSKÝ, M. – WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha : Grada Publishing 2009. s. 30 - 37

a vzděláváním. MT je nejčastěji využívána v rozvoji senzomotoriky, komunikace, pomáhá zlepšovat chování a také učení. Probíhá v různých zařízeních určených osobám se specifickými potřebami – základní školy speciální, stacionáře, ústavy sociální péče, neziskové organizace či zdravotnická zařízení.⁵³

Práce je zaměřena na uplatnění MT u osob se somatickým znevýhodněním. Rozpracování této specifické problematiky je obsahem následujících kapitol.

⁵³ KANTOR, J. – LIPSKÝ, M. – WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha : Grada Publishing 2009. s. 39

3. SOMATICKÉ ZNEVÝHODNĚNÍ

V minulosti se zdravotní postižení považovalo za něco méněcenného dokonce za zlý čin. Tento jev je označován stigmatizace. Bohužel v některých případech se přenesl i do současnosti.⁵⁴ Somatické znevýhodnění, někdy také označované jako tělesné postižení (dále jen TP), totiž vyvolává u mnohých lidí něco zjevného (většina lidí se ohlédne za člověkem s nějakou odlišností). V některých případech může tato příčina hrát hlavní roli v problematice sociálního chování.

3.1 Charakteristika somatického znevýhodnění

Vědní obor somatopedie se zabývá edukací jedinců s tělesným a zdravotním postižením.⁵⁵ V širším slova smyslu se také věnuje osobám, u kterých je omezen pohyb, který poté znesnadňuje jejich vývoj. Somatopedie tak rozděluje omezení hybnosti na **primární**, které se považuje za důsledek TP, a **sekundární**, které nepřímo ovlivnily nemoci (srdeční, nervové či pohybové) a snižují tak pohyblivost lidského organismu. Omezení hybnosti se také může dále dělit podle stupně postižení na **lehké, střední a těžké**.⁵⁶

Somatopedie rozděluje TP na **vrozená** (někdy také dědičná), která vznikla v průběhu prenatálního vývoje či v období kolem porodu, a **získaná**, jež byla způsobena úrazem nebo jinými nemocemi.⁵⁷

TP se definuje jako souhrn vad pohybové a opěrné soustavy (kosti, klouby, svaly) a také soustavy nervové a oběhové. Medicína jej proto dále klasifikuje na **neurologická** a **ortopedická** onemocnění. Zásadním příznakem TP je považováno narušení motoriky, ve většině případů horních a dolních končetin. Lidé se somatickým znevýhodněním také někdy strádají v oblasti psychiky, která je ovlivněna nápadností postižení. Člověk se tak může cítit méněcenný, jelikož cítí nedostatek pohybových kompetencí a vnímá také svůj nedokonalý zevnějšek.

⁵⁴ VALENTA, M. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vydání, Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. s. 21

⁵⁵ VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené vydání, Brno : Paido, 2006. s. 11

⁵⁶ VALENTA, M. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vydání, Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. s. 18

⁵⁷ FISCHER, S. - ŠKODA J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha : Triton 2008. s. 34

V minulosti se jednalo spíše o TP zapříčiněná zraněním či infekčními chorobami. V dnešní je nejrozšířenější příčinou dětská mozková obrna (dále jen DMO) – tvoří polovinu klientů v ústavech sociální péče a ve školách pro tělesně postižené.

Je důležité si uvědomit, že se děti s DMO v porovnání s minulostí rodí stejné množství. Věda se však vyvíjí a její pokrok tak umožňuje přežívat jedincům, kteří by dříve umírali.⁵⁸

3.2 Psychosociální aspekty somatického znevýhodnění

TP či nemoc lidské vlastnosti nemění, avšak člověku vytvářejí nové náročnější životní situace, které sebou přinášejí nástrahy v psychickém vývoji jedince.⁵⁹ Na základě různých pozorování bylo dokázáno, že lidé s postižením každodenní problematické situace zvládají hůře. Stav, kdy handicap zasahuje do prožívání jedince, nazývá psychologie náročnou životní situací. Nejčastěji se handicapovaní lidé setkávají s náročnou životní situací:

- v rodičovské krizi po narození handicapovaného dítěte,
- při narušení rodinných vazeb po narození dítěte s tělesným postižením,
- při hledání kamarádů,
- při nástupu do kolektivu (škola),
- při uvědomění si svého handicapu,
- při výběru životního partnera,
- při volbě povolání a dalších.

Náročná životní situace přináší s sebou frustraci a psychické zatížení. Každý jedinec se však s touto situací vyrovnává jinak. Rozhodující jsou techniky (aktivní a únikové), které člověk v dané situaci využívá. Proto není zcela pravidlem, že se musí u osob s TP objevit vady psychické.⁶⁰

Člověk funguje jako celek, a proto se každá zátěž či špatná funkce některého z orgánů projevuje změnou psychického stavu. V některých případech pak mohou mít psychické zátěže

⁵⁸ FISCHER, S. - ŠKODA J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha : Triton 2008. s. 36

⁵⁹ MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany : Nakladatelství H & H Vyšehradská 2001. s. 7

⁶⁰ VALENTA, M. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vydání, Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. s. 21 - 22

vliv na průběh somatických onemocnění či dokonce mohou vyvolat poruchy srdeční činnosti, kožní choroby a jiné nemoci psychogenního původu.⁶¹

3.2.1 Faktory ovlivňující psychický vývoj jedince s TP

Na každého jedince působí různé faktory a ovlivňují celou jeho osobnost. Každé dítě si svoje onemocnění uvědomuje a nějak prožívá. Člověk od člověka se však liší, a proto se každý s nemocí vyrovnává jinak.⁶²

Každá osoba s tělesným znevýhodněním si uvědomuje rozsah svého postižení. V každém případě se však nemusí subjektivní hodnocení shodovat s rozsahem postižení. Velkou roli hraje také schopnost komunikace, která bývá často narušena u osob s DMO. Problém také nastává v komunikaci osob, jejichž postižení zapříčinila somatickou deformitu.⁶³ Nápadné změny se poté odráží v hodnocení jedince okolím. Doktorka Neumannová tento problém vnímá dle své zkušenosti. „*My spastici jsme úplně jinde, než vozíčkáři pouřazoví. Možná jsme na tom ještě o něco hůř...pro laickou veřejnost jde ještě o vzhled. Když je holka hezká, bude hezká i po autonehodě na vozíku. Ale hezkého spastika jsem ještě neviděla. To, jak vypadáme, vyvolává ještě u jisté části veřejnosti představu, že jsme i blbí.*“⁶⁴

Pro vývoj člověka je také důležité období vzniku handicapu. Pokud se dítě s tělesným postižením narodí, nikdy nepozná zdravý stav. Díky ztrátě pohybu je jedinci znesnadněn vztah s okolím a následné reagování. V některých případech se dítě následkem svého handicapu nemůže usmát, otáčet hlavou či natahovat ruce, v některých případech proto může dojít k odcizení mezi dítětem a matkou. Na druhé straně stojí další extrém (protektivní výchova), kdy rodiče vynakládají velké výchovné úsilí, které zabraňuje utváření osobnosti a samostatnosti daného jedince. Uvádí se, že člověk s postižením vrozeným se lépe vyrovnává se svým handicapem než člověk s postižením získaným.

Každý člověk své postižení hodnotí odlišně, jelikož disponuje s odlišnými psychickými vlastnostmi, mezi něž patří inteligence, temperament, dráždivost organismu a frustrační tolerance. Na člověka s TP v neposlední řadě působí také postoje blízkého okolí,

⁶¹ MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany : Nakladatelství H & H Vyšehradská 2001. s. 11

⁶² MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany : Nakladatelství H & H Vyšehradská 2001. s. 14

⁶³ VALENTA, M. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vydání, Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. s. 24-25

⁶⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie v pomáhajících profesích*. 4. vydání, Praha : Portál, 2008. s. 254

tedy rodina, přátelé a společnost. V tomto případě je hlavním činitelem, který ovlivňuje psychický vývoj jedince, rodina. Pokud je dítě bráno za plnohodnotného člena rodiny a je postaráno o prostředí bohaté na podněty, dítě má velkou šanci vyrovnat se se svým handicapem. Rozporuplná je však otázka působení společnosti na člověka. Je pravdou, že se dnešní společnost dívá na handicap s větší akceptací, avšak najdeme případy, které stále na handicap nahlížejí negativně. Pokud má však dítě pevnou základnu v rodině, ve škole a u přátel, zvládá tyto zátěžové situace snadno.⁶⁵

Důležitým faktorem působícím na psychiku handicapované osoby je bezpochyby úroveň soběstačnosti, která je dána hlavně schopností užívat horní končetiny. Je samozřejmé, že lidé s TP nikdy nebudou plně soběstační. Jestliže je však při daném handicapu využit správný kompenzační prostředek a okolí je bezbariérové, jedinec má velkou šanci na úplné začlenění do společnosti.⁶⁶

3.3 Centrální a periferní obrny

Obrny zasahují centrální a periferní nervovou soustavu. Centrální nervová soustava (dále jen CNS) se skládá z mozku a míchy.⁶⁷ Neurony obvodového nervového systému tvoří nervy, které spojují mozek a míchu s ostatními orgány a částmi lidského těla. Dělí se na část somatickou, která má na starosti přenos informací ke smyslovým buňkám, svalům a povrchu těla, a část autonomní, která je propojena s orgány a endokrinními žlázami.⁶⁸ Obrny centrální tedy zasahují mozek a míchu, periferní obvodové nervy. Jednotlivé obrny se poté dělí podle rozsahu a stupně zasažení nervů na **parézy** (částečné ochrnutí) a **plegie** (úplné ochrnutí).

Podle zasažení těla obrnou rozlišujeme **diparézu/diplegii**, což je postižení dolních končetin, **hemiparézu/hemiplegii**, která představuje ochrnutí poloviny těla vertikálně, a **kvadruparézu/kvadruplegii**, při které má daný člověk částečně nebo úplně ochrnuté horní i dolní končetiny.⁶⁹

Při obrně centrální či periferní může být zasažena CNS, tonus (svalové napětí) nebo koordinace pohybu. Podle tonusu rozdělujeme **hypertonii** (spasticita neboli napětí svalstva),

⁶⁵ VALENTA, M. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vydání, Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. s. 25 - 27

⁶⁶ FISCHER, S. - ŠKODA J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha : Triton 2008. s. 34

⁶⁷ VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené vydání, Brno : Paido, 2006. s. 41

⁶⁸ ATKINSON, R., L. *Psychologie*. 2. aktualiz. vydání. Praha : Portál, 2003. s. 42

⁶⁹ FISCHER, S. - ŠKODA J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha : Triton 2008. s. 37

hypotonii, která se projevuje nadměrným snížením svalového napětí, nebo **střídavý tonus** (mimovolní pohyby).⁷⁰

3.3.1 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (medicínsky označována DMO) je souhrnný název skupiny chronických onemocnění, které se projevují poruchami hybnosti. Nemoc se objevuje přibližně v prvních čtyřech letech života. V dalším průběhu života se čím dál více zhoršuje. DMO nepatří k chorobám nakažlivým (v porovnání s mozkovou obrnou) a není ani dědičná. I přes veškerý výzkum v neurologii, není toto onemocnění vyléčitelné. Medicína se však snaží o zlepšení kvality života. V porovnání s minulostí se počet dětí s DMO zvyšuje (v minulosti ve většině případů po porodu či v raném věku umírali). V dnešní době se uvádí, že 2-5 případů z tisíce narozených dětí trpí DMO.

Příznaky DMO jsou u každého jedince individuální. Postižený může mít problém s jemnou motorikou (kreslení, psaní, střihání), také s koordinací pohybu, chůzí či udržením rovnováhy. Člověk s DMO se špatně soustředí, může mít špatnou představivost (problémy ve fyzice, matematice), na některé podněty reaguje impulzivně (při neočekávaném hlasitém zvuku se může leknout), někdy střídá nálady. Často se také objevují mimovolní pohyby (krouživé pohyby rukou).⁷¹

Při zjišťování příčiny vzniku dětské mozkové obrny lékaři berou v úvahu formu DMO, průběh těhotenství a porodu, také anamnézu dítěte od porodu do současnosti. Ve většině případů platí, že příčina DMO bývá nepřesná či dokonce neurčitelná.

Při prenatálním vývoji na dítě působí mnohé rizikové faktory (infekční onemocnění matky – zarděnky, infekce cytomegalovirem nebo toxoplazmózy; požívání návykových látek; odlišná Rh-inkompatibilita). K perinatálním příčinám se řadí abnormální, protahovaný a v dnešní době výjimečně používaný klešťový porod. V těchto případech dochází k nedostatečnému příjmu kyslíku plodu. Při protahovaném porodu může dojít ke krvácení

⁷⁰ VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené vydání, Brno : Paido, 2006. s. 41

⁷¹ FISCHER, S. - ŠKODA J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha : Triton 2008. s. 38 -39

do mozku. V období novorozeneckém na dítě působí další faktory, mezi které řadíme různá infekční onemocnění CNS (meningitida, encefalitida), infekce plicní, střevní a další.⁷²

3.3.1.1 Formy DMO

Každá publikace rozděluje DMO různým způsobem. Vedle spastické a nespastické formy DMO se někdy řadí k formám DMO lehká mozková dysfunkce. Někteří odborníci však s tímto názorem nesouhlasí a dělí ji tak na **spastickou** formu, která se dále člení na diparetickou, hemiparetickou a kvadruparetickou, a **nespastickou**, u které se setkáváme s dyskinetickou a hypotonickou formou.

Nejčastější ze všech forem DMO je **diparetická forma**. Příčinou bývá poškození temenního laloku mozku. Postižení mohou způsobit komplikace při porodu (nezralost plodu, krvácení do mozku či přidušení). Projevuje se ochrnutím dolních končetin (spastická hypertonie). Dítě většinou začíná chodit v pěti letech, jeho chůze je však nemotorná a těžká (kolena se dotýkají; tomuto jevu se říká nůžkovitá chůze). Postižení může být symetrické, či asymetrické (diparéza s pravou či levou orientací). Ve výjimečných případech může dojít k postižení horních končetin.

Další formou je **hemiparetická forma**, která vzniká krvácením do mozku v postranních komorách mozkové kůry. Při tomto typu postižení je zasažena svalovým napětím polovina těla (výrazněji je postihnuta horní končetina, která je ohnuta v lokti; dolní končetina je napjata, je většinou slabší a kratší). Pro hemiparetickou formu DMO je též typické vynucené praváctví či leváctví (většinou je totiž postižena dominantní ruka).⁷³ Často je tato forma doprovázena epileptickými záchvaty, které někdy jedince omezuje více než samotné pohybové znevýhodnění. Nejčastějším projevem je oboustranná hemiparéza, při které jsou postiženy horní i dolní končetiny (ne však ve stejné míře). Tato forma někdy k sobě přidružuje mentální retardaci nebo epilepsii.⁷⁴

Za nejzávažnější formu DMO je považována **kvadruparéza**, která vzniká poškozením senzomotorických částí šedé kůry mozkové (většinou v důsledku prenatálních faktorů). Při kvadruparéze je postiženo celé tělo (hlava, trup, končetiny). U tohoto postižení nastávají

⁷² FISCHER, S. - ŠKODA J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha : Triton 2008. s. 50 – 51

⁷³ FISCHER, S. - ŠKODA J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha : Triton 2008. s. 41-43

⁷⁴ VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené vydání, Brno : Paido, 2006. s. 42-43

časté problémy ve vývoji řeči. Dále se k němu pojí mentální retardace, smyslové vady a epilepsie (nejčastější riziko představuje tzv. Westův syndrom – jsou pro něj typické tzv. bleskové křeče).

Dyskinetická forma DMO vzniká poškozením mozku v oblasti bazálních ganglií, které umožňují plynulý pohyb člověka. Při porušení dochází k pohybovému chaosu a jedinec tak vykonává nepotlačitelné pohyby.⁷⁵ Uvádí se, že tato forma není zcela běžnou, jelikož je způsobena novorozeneckou žloutenkou, která je zapříčiněna imkompatibilitou Rh-faktoru mezi matkou a plodem (což zcela není pravidlem).⁷⁶ Jsou pro ni typické pomalé mimovolní kroutivé pohyby (většinou rukou nebo noh; mohou být však zasaženy celé horní nebo dolní končetiny). V některých případech dochází k postižení svalstva tváře a jazyka.

Příčiny **hypotonické formy DMO** pocházejí z poškození oblasti mozečku. Osoba s tímto typem onemocnění má tak problém v oblasti vnímání rovnováhy. Projevuje se špatnou koordinací pohybu, její chůze je nestabilní (chodidla pokládá nezvykle daleko od sebe – k udržení stability).⁷⁷

3.4 Postižení přidružená k DMO

DMO se vyznačuje poškozením hybnosti, která je provázena dalšími přidruženými poruchami.⁷⁸ V tomto případě se mluví o osobě s kombinovanými vadami.

Mentální retardace (dále jen MR) je jednou z nejčastějších přidružených poruch. Znesnadňuje člověku začlenění do společnosti. Výskyt MR u handicapovaných lidí s DMO nastiňuje tabulka 3.1.

Tabulka 3.1: Výskyt MR v závislosti na DMO

Forma DMO	Těžká MR	Středně těžká MR	Lehká MR
Diparetická	5,3%	16,7%	26,7%
Hemiparetická	1,2%	13,7%	20,0%
Kvadruparetická	8,3%	25,0%	33,3%
Dyskinetická	0%	19,5%	21,9%
Hypotonická	6,2%	31,2%	37,5%

⁷⁵ FISCHER, S. - ŠKODA J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha : Triton 2008. s. 44-46

⁷⁶ VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené vydání, Brno : Paido, 2006. s. 43

⁷⁷ FISCHER, S. - ŠKODA J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha : Triton 2008. s. 47

⁷⁸ VALENTA, M. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vydání, Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. s. 29

Dalším postižením, které doprovází DMO, je epilepsie, dále postižení zraku, sluchu, poruchy učení a v neposlední řadě vady řeči. Mozková centra spojená s řečí (Brocovo a Wernickeovo centrum) jsou situovány v oblasti senzorické mozkové kůry, která bývá narušena u kvadruparézy. V případě dyskinetické formy je nekorektní výslovnost ovlivněna špatnou svalovou koordinací. U DMO se setkáváme s různými druhy logopedických vad (viz tabulka 3.2)

Tabulka 3.2: Poruchy řeči vyskytující se u DMO⁷⁹

Porucha řeči	Výskyt
Dysartrie	19,6%
Anartrie	2,8%
Dyslalie	10,2%
Opožděný vývoj řeči	6,4%
Koktavost	1,9%
Palatalie	1,8%

3.5 Možnosti terapie DMO

Léčba DMO vyžaduje spolupráci rodiny, odborných lékařů, psychologa, speciálních pedagogů, fyzioterapeutů a dalších pracovníků (viz schéma 3.1). Pro vývoj jedince je nejdůležitější včasné odhalení nemoci a následná léčba (nejlépe v kojeneckém věku).

Mezi nejznámější terapie využití při neurologické léčbě DMO patří **Vojtova reflexní terapie**, **Bobathova terapie**. Někdy je uváděna také **Petöho terapie** využívaná hlavně v Maďarsku, Rakousku a Anglii.⁸⁰

Korekcí špatné výslovnosti se zabývá **logopedie**. Poruchami řeči nervového původu se zabývá **logopedie klinická**.

V nedávné době se začal prosazovat obor **ergoterapie**, který se snaží člověka s danou poruchou co nejlépe připravit do života (např. děti s DMO se učí pomocí metod ergoterapie oblékat, obouvat, zamykat dveře, sprchovat a dělat další životně důležité úkony).

⁷⁹ FISCHER, S. - ŠKODA J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha : Triton 2008. s. 48-49

⁸⁰ VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené vydání, Brno : Paido, 2006. s. 43-44

Je také nutné zmínit existenci **zooterapie**, která pro zlepšení psychického a zdravotního stavu využívá působení zvířat. Za nejnámější a nejvyužívanější terapie toho druhu se považuje canisterapie, která léčí pomocí psů, a hippoterapie pracující s koňmi.

V dnešní době se vedle medicínských a fyzioterapeutických metod využívá také metod **expresivních terapií**, mezi které neodmyslitelně patří arteterapie, dramaterapie, teatroterapie, poetoterapie, biblioterapie, muzikoterapie a terapie tancem.

Schéma 3.1: Vztah terapií a institucí při rozvoji jedince⁸¹

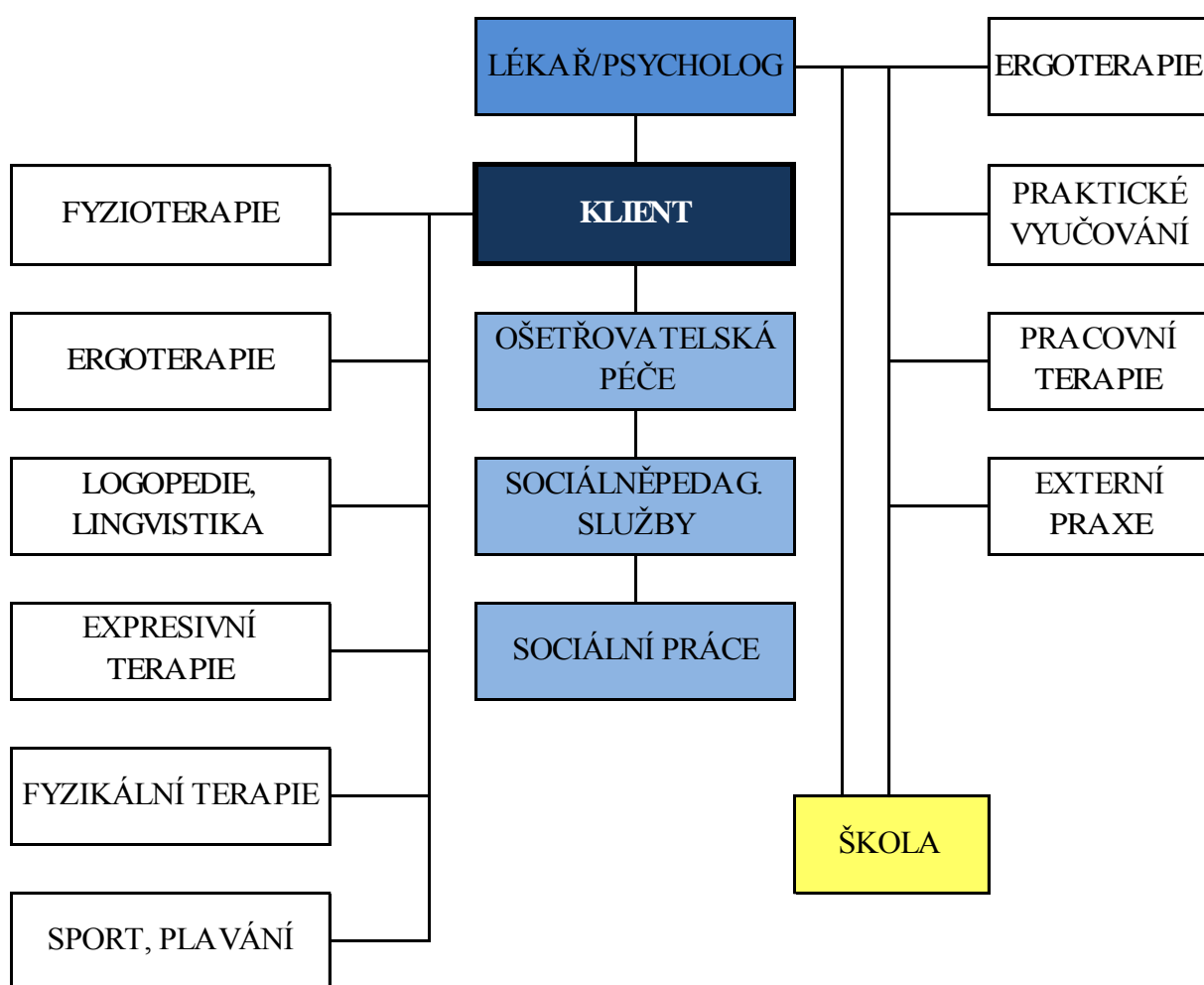


Schéma nastiňuje spolupráci všech odborníků, kteří se podílejí na zlepšení života klientů se somatickým znevýhodněním, je přizpůsobeno současným terapeutickým trendům a vychází ze zkušenosti práce dobrovolníka v Jedličkově ústavu.

⁸¹ VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené vydání, Brno : Paido, 2006. s. 112

3.6 Muzikoterapie u osob se somatickým znevýhodněním

Každý člověk se odlišuje od dokonalosti. Někteří jedinci se odlišují více, jiní zase méně. V některých případech však lidem odlišnost komplikuje život.

Osoby se somatickým znevýhodněním mají problém s pohybem. V dnešní době však tito lidé získávají podporu široké veřejnosti. Existuje mnoho pracovníků v institucích a v dalších specializovaných zařízeních, kde se snaží těmto lidem pomáhat. Není tomu jinak v medicíně a dalších souvisejících oborech. V případě MT a jejím využitím u osob se somatickým znevýhodněním se hovoří o těchto cílech:

1. **Rozvoj motoriky.** Každý jedinec musí mít individuální přístup. Muzikoterapeut musí rozhodnout, zda si zvolí za hlavní cíl celkové zlepšení pohybu, stability či se zaměří na koordinaci pohybu nebo jemné motoriky.
2. **Snižování spasticity.** Existuje mnoho přístupů ke snižování spasticity, každá osoba však reaguje jinak. V muzikoterapeutické praxi bylo vysledováno, že na svalové napětí působí relaxačně například klidná hudba.
3. **Nácvik kompenzačních úkonů.** Využitím rytmických cvičení může klient trénovat mnoho potřebných úkonů (přesun z vozíku, hygienické návyky atd.).
4. **Nácvik vyrovnání se s bolestí či úzkostí.** Hudba na nás působí. Klient si v dané situaci může zkusit ovládat své pocity a emoce.
5. **Rozvoj komunikace a sociálních dovedností.** Člověk nemusí chtít mluvit sám za sebe. Může však za sebe nechat hovořit hudební nástroj či se může vcítit do role někoho jiného.
6. **Poznávání.** Hudba je zcela podněcující. Pomocí hudby (rytmu, melodie, hudebních nástrojů a dalších) člověk poznává okolní svět.
7. **Vyrovnání se s životní situací.**
8. **Sebedůvěra k sobě samému.**⁸²

Ke každému klientovi se však musí přistupovat individuálně. Somatické znevýhodnění s sebou přináší další druhy poruch (mentální, logopedické a jiné).

⁸² GERLICOVÁ, M. *Muzikoterapie v praxi*. Praha : Grada Publishing 2014. s. 103

4. VYUŽITÍ MUZIKOTERAPIE V PRAXI

4.1 Předmět a cíle výzkumného šetření

Předmětem šetření je pozorování dětí staršího školního věku s DMO v hodinách hudební výchovy, ve kterých je využíváno MT. Je zkoumán vliv hudby na zlepšení jejich somatického a psychického stavu. V úvodu práce byl stanoven cíl:

- Na základě pozorování dětí s DMO při běžném vyučování vymezit problematické oblasti, se kterými se u této skupiny klientů setkáváme.
- V hodinách hudební výchovy sledovat účinek hudby na děti s DMO.
- Vyhodnotit reakce dětí a nápadná psychická a somatická zlepšení.

4.2 Hypotézy

Na základě teoretických poznatků a vymezených cílů byly stanoveny následující hypotézy:

1. Při zapojení prvků muzikoterapie do hudební výchovy se psychický stav žáků s DMO lepší.
2. K nápadnému zlepšení jemné motoriky žáků s DMO dochází při využívání metod aktivní MT, které pracují s horními končetinami.
3. S využitím říkadel, básniček (jejich zhudebňováním, rytmizováním a stálým opakováním) se zlepšuje paměť žáků s DMO.

4.3 Metody výzkumného šetření

Při výzkumného šetření byla užitá empirická metoda pozorování. Pro nedostatek pedagogické praxe bylo pracováno s pozorováním nepřímým, krátkodobým a skupinovým, které bylo převážně zaměřeno na děti s DMO. Cíleně byly sledovány projevy žáků s DMO v běžných vyučovacích hodinách a následně v hodinách hudební výchovy, kde bylo využíváno metod MT. Pozorování bylo zapsáno do záznamových archů a poté vyhodnoceno.

4.4 Organizace a průběh výzkumného šetření

Šetření bylo realizováno v Jedličkově ústavu v Praze v období mého působení jako dobrovolník a na Základní škole Fučíkova Jeseník v průběhu jednoho vyučovacího týdne.

Byl vybrán vzorek tříd staršího školního věku. V Jedličkově ústavu bylo spolupracováno s žáky deváté třídy. Na Základní škole Fučíkova byly navštíveny čtyři třídy. Po důkladném zvážení byl pro práci zvolen vzorek dvou tříd – třída druhého stupně a třída s žáky středoškolského věku.

V Jedličkově ústavu jsem stálou dobrovolnicí, tudíž o chodu instituce vím vše a nebylo nutno se seznamovat s určitými náležitostmi. K setkání s žáky Základní školy Fučíkova bylo však zapotřebí získat souhlas ředitele, aby mi byl umožněn volný pohyb ve všech budovách školy, které jsou jinak pod přísnou výchovnou kontrolou. Tímto souhlasem mi byla rovněž zajištěna ochotná spolupráce s pedagogickými pracovníky, bez jejichž pomoci by nebylo možné šetření zorganizovat.

Organizace šetření nesměla probíhat bez patřičného proškolení. Ředitel školy mě obeznámil s hlavními informacemi o chodu instituce. Než bylo přistoupeno k samotnému pozorování, bylo nutné vše připravit. Z mé strany bylo nutné ujistit se o dostatku protokolů ke sběru dat (záznamové archy aj.), a dále se domluvit s pedagogickými a výchovnými pracovníky.

Na počátku pozorování každé třídy došlo k seznámení s celým kolektivem. Poté bylo sledováno chování jedinců s DMO v běžných vyučovacích hodinách (úroveň vyjadřování, motorika, vědomosti a samostatná práce). V porovnání k těmto činnostem tomu byly pozorovány hodiny hudební výchovy, ve kterých bylo užíváno muzikoterapeutických metod a technik (zpěv písní, hra na tělo, hra na nástroje Orffova hudebního instrumentáře, rytmizování říkadél, relaxace). Po ukončení výuky byly výsledky pozorování projednány a zhodnoceny s vyučujícím.

4.4.1 Charakteristika institucí

Obě instituce si kladou stejný cíl – vzdělávání a rozvoj schopností žáků se specifickým znevýhodněním. Je však mezi nimi rozdíl, který hraje důležitou roli ve vyhodnocení výsledků pozorování. Je tedy důležité uvést dílčí popis institucí.

4.4.1.1 Jedličkův ústav a školy (JÚŠ)

JÚŠ je příspěvkovou organizací, která poskytuje školské a sociální služby klientům s tělesným postižením po dobu povinné školní docházky a během přípravy na povolání.

Cílem bezbariérové školy je připravovat mladé lidi do běžného života a učit je samostatnosti. Od speciálních škol se liší primárním zaměřením na klienty se zdravotním postižením (s vrozeným somatickým znevýhodněním a s dalšími specifickými potřebami, které souvisí s tělesným postižením).

Nabízí nejširší služby (výchovné, pedagogické a rehabilitační). V rámci léčebné rehabilitace mohou žáci v rámci vyučování či zájmových činností navštěvovat fyzioterapii, hippoterapii, ergoterapii, rehabilitaci a logopedii. JÚŠ je registrován jako poskytovatel domova pro lidi se zdravotním postižením, denního stacionáře a také odlehčovací služeb. V neposlední řadě působí na širokou veřejnost – svými aktivitami se snaží o přijetí lidí se specifickými potřebami do společnosti. JÚŠ se dělí na tyto samosprávné útvary:

- Mateřská škola speciální pro děti s poruchami řeči.
- Školy (v jedné školní budově působí základní škola speciální, základní škola praktická, gymnázium, střední škola sociálně správní, obchodní škola, praktická škola a středisko praktického vzdělávání, kde je zajišťován praktický výcvik v oborech švadlena, knihař, obuvník).
- Speciální pedagogické centrum.
- Zdravotní a rehabilitační centrum.
- Oddělení moderních rehabilitačních technologií.
- Školní klub.
- Domov mládeže Topolka.
- Domov mládeže TAP.
- Řemeslné dílny na Staré budově.

Vyučování probíhá v menších skupinách (maximálně deset studentů). Žáci jsou vzdělávání podle školního vzdělávacího programu (dále ŠVP) Společně proti bariérám. Během týdne klienti v rámci vyučování absolvují fyzioterapii, logopedická cvičení,

ergoterapii a mohou využít ordinace odborníků. Pro jednotlivé žáky je možno vytvořit individuální vzdělávací plán. Ve většině případů se využívá možnost slovního hodnocení.⁸³

4.4.1.2 Základní škola Fučíkova v Jeseníku

Základní škola Fučíkova slouží ke vzdělávání dětí mentálně retardovaných, dále žáků s kombinovaným postižením (převážně mentální postižení s kombinací smyslového nebo tělesného znevýhodnění) a také dětí s problémy autistického spektra.

Hlavním cílem školy je předat dětem znalosti, dovednosti a návyky, kterými by se co nejsamostatněji dokázaly zapojit do běžného života.

Škola má pět odloučených pracovišť, které jsou dále rozděleny na třídy základní školy přípravné, speciální, praktické a běžné (viz tabulka 4.1).

Tabulka 4.1: Základní škola Fučíkova

Pracoviště	Počet tříd	Počet žáků
Fučíkova	5 tříd ZŠ praktické	45 žáků
	1 třída ZŠ	9 žáků
Rudná	2 třídy ZŠ praktické	13 žáků
	1 třída ZŠ	9 žáků
	3 třídy ZŠ speciální	14 žáků
	1 třída přípravná	9 žáků
Domov Sněženska	3 třídy ZŠ speciální	23 žáků
Denní stacionář Šimon	1 třída ZŠ speciální	6 žáků
Vlčice	3 třídy ZŠ praktické	26 žáků
	1 třída ZŠ	6 žáků
	1 třída ZŠ speciální	6 žáků

V základní škole speciální se vzdělávají žáci se středně těžkým až těžkým mentálním postižením, v některých případech žáci s kombinovanými vadami či autismem. V základní škole praktické jsou vyučováni žáci, kteří se nemohou s úspěchem vzdělávat na běžné základní škole (většinou se jedná o žáky s lehkým mentálním postižením).

Všichni pracovníci a pedagogové se snaží při práci s žáky dosáhnout maximálních osobních kvalit ve školních vzdělávacích programech:

⁸³ Jedličkův ústav a školy [online]. [cit. 2014-29-5]. Dostupné z <http://www.jus.cz/>

- Škola hrou (ŠVP pro ZŠ speciální a rehabilitační třídy).
- Učíme se pro život (ŠVP pro odloučené pracoviště Fučíkova).
- Připravujeme se na školu (ŠVP přípravné třídy základní školy dle RVP předškolního vzdělávání).
- Společně to dokážeme (ŠVP pro základní vzdělávání).⁸⁴

4.4.2 Charakteristika tříd

Jak již bylo zmíněno, třídní kolektiv těchto typů škol sestává maximálně z deseti žáků. Při výzkumu byla většina tříd heterogenních. Na základě pozorování a následné konzultace s vyučujícími byly vypracovány následující charakteristiky. Pro ochranu soukromí a osobních údajů byla záměrně pozměněna jména žáků.

4.4.2.1 Třída JÚŠ

Do deváté třídy JÚŠ dochází pět žáků (dvě dívky a tři chlapci) ve věku přibližně patnácti let. Všechny děti mají somatické znevýhodnění.

Klára trpí oboustrannou hemiparézou s přidruženou lehkou MR. Je středně slabozraká (dalekozrakost). Helena má diparetickou formu DMO, ke které se pojí epilepsie. Dívka se také potýká se špatnou artikulací a občasnými problémy ve vyjadřování.

Jindrovi byla diagnostikována kvadruparéza. Chlapec nemluví. S okolím komunikuje prostřednictvím tabulky (podobná klávesnici počítače), gest a emocí. Jakub má problém s pohybem, orientací, vyjadřováním a v hodinách nedokáže udržet pozornost. Je nedoslýchavý, proto užívá naslouchadla. Vít má problém s koordinací pohybu, špatnou výslovností a srdeční arytmií.

4.4.2.2 Třídy Základní školy Fučíkova

Při šetření základní školy Fučíkova byl navštíven domov Sněženska, ve kterém jsou děti nejen vzdělávány, ale na rozdíl od ostatních odloučených pracovišť zde také bydlí. V domově Sněženska jsou umístěny tři vzdělávací třídy. Do dvou docházejí klienti, kteří mají splněnou školní docházku, avšak podle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním,

⁸⁴ *Základní škola Fučíkova Jeseník* [online]. [cit. 2014-29-5]. Dostupné z: <http://www.zsjes.cz/>

středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), který zní: „*Může základní vzdělávání pro žáky se zdravotním postižením, kteří se vzdělávají ve třídách nebo školách s upraveným vzdělávacím programem, s předchozím souhlasem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy trvat deset ročníků.*“⁸⁵, mohou žáci se zdravotním znevýhodněním navštěvovat školní zařízení dále. V poslední třídě Sněžanky jsou vyučováni žáci staršího školního věku.

Pro vyhodnocení výsledků byl vybrán vzorek druhostupňové třídy a třída se staršími žáky, do kterých dochází žáci DMO.

Druhostupňová třída je rozdělena na třídu speciální, která má pět žáků a rehabilitační se dvěma žáky. Rehabilitační třída si primárně klade za cíl rehabilitovat a pracovat s tělem, aby se rozpohybovalo. Když je dobrá nálada a vše jde podle plánů, chlapci se na konci vyučování zapojí do práce. První žák rehabilitační třídy, David, trpí dyskinetickou formou DMO. Chlapec má hlubokou MR. Má zvýšený práh bolestivosti, proto se u něj objevuje sklon k sebezpoškození. Viktorovi byla diagnostikována středně těžká MR, nedokáže v hodinách udržet pozornost – dokáže pracovat pouze formou odměn.

Jediný chlapec třídy speciální, Šimon, má lehkou MR, problém s výslovností a koordinací pohybu. Šarlota jako jediná trpí kvadruparézou, ke které je připojena středně těžká MR. Věra má středně těžkou MR a problém s jemnou motorikou. Simoně, dívka romského původu, byla také diagnostikována středně těžká MR a jediná ze třídy má v běžných hodinách problém s udržením pozornosti. Poslední dívka třídy speciální, Karolína, má lehkou MR, která byla způsobena úrazem v dětství.

Třída se staršími žáky sestává z osmi žáků ve věku od šestnácti do dvaceti let. Žáci nemluví. S okolím komunikují pomocí gest, mimiky a emocí. Většinu klientů byla diagnostikována středně těžká až těžká MR, v některých případech také Downův syndrom. Zbytek třídy tvoří žáci s DMO – Milan trpí kvadruparézou, Lenka diparetickou formou. Chůze dívky se však v posledních měsících zhoršuje. Kristýna má hemiparetickou formu DMO.

4.4.3 Etapy výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno ve dvou etapách. V první etapě byl sledován kolektiv v běžných vyučovacích hodinách, kde byl kladen důraz na projevy žáků s DMO.

⁸⁵ Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), § 46 odst. 3

Tato část byla realizována za účelem poznání problematických oblastí, která s sebou DMO nese. Výsledky pozorování byly zapsány do záznamového archu.

Ve druhé etapě byly sledovány hodiny hudební výchovy s metodami MT a reakce žáků s DMO na hudbu. Pro práci byla vybrána hodina a s maximem využitelných poznatků.

4.4.3.1 První etapa

V deváté třídě JÚŠ probíhá vyučování klasickým způsobem. Hodina má čtyřicet pět minut. Vede ji učitel a po ruce mu je vždy asistent pedagoga. S chodem hodiny také pomáhají případní praktikanti či dobrovolníci.

Záznamový arch č. 4.1:

Hodina: Český jazyk

Téma hodiny: Podmět (S) a přísudek (P)

Obsah hodiny: Výklad a procvičení problematiky S + P

Činnost pedagoga	Rozdělení rolí (práce asistenta s žákem č. 1, dobrovolník zapisování výkladu žákyni č. 1), úvod a výklad problematiky tématu S + P, koordinace a kontrola procvičování
Činnost asistenta	Práce s Jindrou – polohování, výklad problematiky S + P, zapisování látky, procvičování
Činnost žáků	Poslech výkladu prokládaného čtením problematiky S + P z učebnice, procvičování (samostatná práce – zaznamenávání odpovědí), následná kontrola správnosti
Poznámky	Problém s jemnou motorikou, artikulací a pamětí

Hodina probíhala klasickým způsobem. Učitel rozdělil práci tak, aby všichni přítomní byli maximálně využiti – asistent pracoval s Jindrou, dobrovolník pomáhal Kláře se zápisem učiva. Učitel přednesl výklad problematiky podmětu a přísudku, prokládaný čtením žáků. Poté bylo učivo procvičeno.

Hodina krásně nastínila, kde mají žáci s DMO slabinu. Velkým problémem je krátkodobá paměť. V některých případech je závažností artikulace a vyjadřování (hledání slov) a v neposlední řadě také jemná motorika.

Třída druhého stupně Základní školy Fučíkova se vzdělává obdobným způsobem jako třídy JÚŠ. Každá hodina je vedena učitelem, kterému pomáhá asistent pedagoga. Za vyučovací hodinu se však nestihne vykonat mnoho práce. Žákům trvá, než nové informace pochopí, následně zpracují a zapamatují si je.

Záznamový arch č. 4.2:

Hodina: Matematika

Téma hodiny: Číslovky 0 – 10 a desítky

Obsah hodiny: Opakování a procvičování

Úkol	Činnost učitele a asistenta	Činnost žáků	Poznámky
Seřazování číslic (vzestupně)	Učitel – zadání úkolu, následná kontrola; asistent – pomoc žákům se špatnou motorikou	Seřazování číslic	Pomalá práce Šarloty (špatná motorika); ostatním žákům se pletou číslice
Ukazování číslic	Učitel – diktát číslic, namátková kontrola; asistent – pomoc při kontrole	Ukazování číslic	Žáci si pletou číslice typu 14/40
Diktát číslic	Učitel – diktát čísel; asistent – udržování pozornosti žáků	Většina třídy píše, žákyně s DMO odpočinek	Někteří žáci diktát jen do 10
Číselné obrázky	Rozdávání obrázků a určování barev, kontrola (oba)	Vymalovávání	Některým jde kreslení rychleji; pokrok - dříve nechápali, co mají dělat, nyní kreslí automaticky

Hodina matematiky trvala přibližně šedesát minut. Za tuto dobu stihli žáci zopakovat a procvičit číslovky od nuly do dvaceti a desítky. Do aktivity se zapojili všichni žáci třídy speciální. Žáci rehabilitační třídy měli jiný úkol – David polohoval a Viktor stavěl obrázky z kostek.

Hodina znovu potvrdila, že hlavní problematická oblast, se kterou se u dětí s DMO je krátkodobá paměť (žáci se naučí počítat do dvaceti a poté, co je jim přednesena nová látka, vše zapomenou) a špatná spolupráce horních končetin.

Jak již bylo řečeno, **ve třídě staršího věku** jsou vzdělávání žáci se středně těžkou, až těžkou MR. Výuka je proto koncipovaná dle potřeb žáků – je zaměřena na osvojení návyků a získání informací potřebných k životu. Jinými slovy – učitelé a ostatní pedagogičtí pracovníci si kladou za hlavní cíl naučit žáky samostatnosti a připravit je tak co nejlépe do života.

Na začátku vyučování se učitel přivítal s celým kolektivem. Zeptal, jak se všichni mají. Poté si pověděli zážitky z víkendu a také informace o tom, co je všechno v následujícím týdnu bude čekat. V druhé části hodiny si vzal učitel jednoho žáka po druhém. S každým žákem individuálně plnil úkoly (viz záznamový arch 4.3). Zbytek kolektivu si hrál pod dozorem asistenta pedagoga v druhé místnosti.

Záznamový arch č. 4.3:

Žák	Úkol	Cíl úkolu	Poznámka
Milan	Navlékání kroužků	Procvičení úchopu (jemná motorika), přesnost	Pomoc učitele
Kristýna	Poznej zvíře	Zkouška paměti	Pomoc učitele (při váhání nápěvek písně o zvířeti → rozpomenutí)
Lenka	Třídění barevných hvězdiček	Procvičení jemné motoriky, znalost barev	Bez pomoci (dříve však velké chyby)

Poznámka: v archu jsou uvedeny pouze aktivity žáků s DMO.

Z pozorování vyplynulo, že děti s DMO mají velký problém s jemnou motorikou. Na druhou stranu bylo také dokázáno, že častým opakováním se aktivuje myšlení a zlepšuje se paměť. Žáci jsou poté schopni vykonat lépe nově zadané úkoly na základě podobnosti.

Shrnutí: první etapa nastínila hlavní problémy, se kterými se děti s DMO potýkají. Jsou jimi špatná koordinace horních končetin, nesprávná artikulace či vyjadřování a v neposlední řadě rychlé zapomínání. S těmito poznatky bude dále pracováno v druhé etapě.

4.4.3.2 Druhá etapa

V deváté třídě JÚŠ probíhá většina hodin hudební výchovy obdobně jako na klasických základních školách. Učitelé však nekladou důraz na kvantitu předaných informací, nýbrž se snaží hodinu koncipovat oddechovým způsobem.

Než přišel učitel do třídy, Klára, na vozíku, byla přesunuta do sedacího vaku, aby si odpočinula a v hodině lépe pracovala. Zbytek žáků vytvořil dle zvyku kroužek. Pedagog dorazil do třídy. Než učitel začal se samotnými aktivitami, zjistil, jakou mají děti náladu. Všichni byli pozitivně naladěni, tudíž mohla začít hodina.

Učitel na utvrzení dobré nálady začal aktivitou *Ramsese*. Hra je výborná na soustředění, správnou artikulaci, koordinaci pohybu celého těla a v neposlední řadě rozvíjí smysl pro rytmus. Hra je založena na opakování říkanky:

$$\begin{aligned} & Ram^1 se^2 se^3 - ram^1 se^2 se^3 - duli^4 - duli^4 - duli^4 - duli^4 - ram^1 - se^2 se^3. \\ & Ararak^5 ju^6 - ararak^5 ju^6 - duli^4 - duli^4 - duli^4 - duli^4 - ram^1 se^2 se^3. \end{aligned}$$

Žáci seděli v kruhu, artikulovali říkanku. Na každou slabiku dělali jiný pohyb (1 = klepnout oběma rukama na rameno souseda vlevo, 2 = klepnout rukama o svou hrud', 3 = klepnout oběma rukama na rameno souseda vpravo, 4 = dělat krouživé pohyby zápěstím, 5 = zvednout obě dlaně k nebi, 6 = položit dlaně na stehna). Říkanka se stále opakovala a po každém kole se rytmus zrychloval. Kdo se spletl, vypadl.

S touto hrou měla problém Klára a Jindra (oba jsou na vozíku), proto jim pomohl asistent. Se stálým opakováním se Klára pomalu zapojila a aktivitu ke konci zvládala sama. Jindra během celé doby hry potřeboval oporu horních končetin, avšak kolo od kola bylo vidět jisté zlepšení.

Před hlavním úkolem hodiny, nácvikem písní, se žáci uvolnili u říkanky.

*Až já se natáhnu, až na strop dosáhnu.
Až já se skrčím, vysoko skočím.
Až já se zatočím, celý svět roztočím.
Až já si sednu, ani se nehnu.*

Celá třída se u veršů protáhla. Žáci, kteří nebyli na vozíku, dělali pohyby podle slov říkanky. Žáci na vozíku se snažili také o autentické napodobení veršů. Jedině ve verši „Až já se zatočím, celý svět roztočím.“ naznačili žáci točivý pohyb krouživým pohybem zápěstí.

Třída byla pozitivně naladěna. V tuto chvíli však nastala chvíle nacvičování na natáčení CD. Jelikož zbývalo do nahrávání poměrně dost času, učitel dovolil žákům vybrat si jeden z nástrojů Orffova instrumentáře, aby písni doprovodili. Byly zpívány písně, které složil učitel pro třídu sám, za doprovodu kytary a Orffových hudebních nástrojů. Vše šlo podle plánů. Jediný problém nastal u Jindry, který nedokázal udržet rytmické chrastidlo. Pomohl mu tedy asistent.

I když musela třída za necelou vyučovací hodinu stihnout prozpívat celý repertoár, v rámci nacvičování žáci podali obdivuhodné, muzikální a soustředěné výkony. Navíc hudba v jejich podání byla plná radosti a energie, kterou si ponechali i do dalších hodin.

Ve třídě druhého stupně základní školy Fučíkova probíhá hodina hudební výchovy zcela jiným způsobem. V hodinách je více využíváno metod a aktivit MT. Do třídy chodí žáci s lehkou a středně těžkou MR, což v praxi znamená, že poměrně bez problémů (v rámci svých možností) vykonají úkol, který jim je zadán.

Je také nutné říct, že se do hodiny zapojili všichni žáci kromě Davida, žáka rehabilitační třídy (v průběhu hodiny svačil a poté polohoval).

Aby se všichni žáci dostali do hudebního vnímání a byla zjištěna aktivita a nálada všech členů kolektivu, využil učitel hry *Na dirigenty*. Byla puštěna první věta *Koncertu pro klavír a orchestr B moll Petra Iljiče Čajkovského*. Žáci měli za úkol poslechnout si kousek ukázky a následně si vybrat jednu z rolí v orchestru – mohli být dirigentem, hráčem orchestru či klavírním virtuosem.

Při aktivitě musel učitel pomoci žákyni s DMO, jelikož neudržela ruce ve vodorovné poloze a nedokázala dirigovat. Zbytek dětí byl z aktivity nadšený. Splnila svůj cíl. Všichni žáci byli totiž pozitivně naladěni.

Hlavním cílem hodiny bylo posílení koncentrace a paměti, proto pedagog zvolil práci s písní *Šla kočička k muzice*, kterou všichni žáci dobře znali. Aby však pouze nezpívali text a melodii, kterou měli dobře zakořeněnou v paměti, dostali za úkol vybrat si jeden z rytmických nástrojů a doprovodit jím písničku, jež byla několikrát zopakována.

Šla kočička k muzice

Šla ko - či - čka kmu - zi - ce, ztra - ti - la tam stře - ví - ce, ko - cou - rek je
na - šel, do - stal zto - ho ka - šel

Píseň ukázala, že děti s DMO nedovedou dělat dvě věci najednou. Šarlota se buď soustředila na zpěv, nebo rytmický nástroj. Měla také problém s úchopem nástroje, proto jí pomáhal asistent.

Poté následovala pravděpodobně nejoblíbenější aktivita kolektivu – hádání písniček podle začátečního motivu. Učitel hrál úryvky (typu *Kočka leze dírou*) na klavír a děti hádaly. Ve většině případů byli žáci úspěšní.

Předposlední část hodiny byla věnována rytimizaci říkanek. Učitel zjišťoval, jaká říkadla žáci znají nebo si pamatují z hodiny. Vzpomněli si na mnohá. Poslední dvě si zopakovali a doprovodili nástroji.

Jede myška

Je - de, je - de myš - ka o - ko - lo ryb - nič - ka. Ve - ze, ve - ze prou - tí,
o - cás - kem si krou - tí.

Zajíčku, jak se máš?

Za - jí - čku, jak se máš? Kde si nej - víc po - chut - náš? Vje - te - lí - čku,
vje - te - li, pak si sko - čím do ze - lí.

Žáci se také naučili novou říkanku o brabenci. Učitel přednesl celé třídě zrytmizovaný text. Následně se zeptal, o čem říkadlo je. Žáci nedokázali odpovědět, tudíž musel říkadlo zopakovat. Poté bylo na otázku zodpovězeno. Následně si všichni stále opakovali text, aby si jej zapamatovali. Některým žákům zapamatování trvalo déle, jiným kratší dobu. Šarlota neměla problém se zapamatováním. V následující hodině (o týden později) už si však na text nevzpomněla.

Brabenec

O - že - nil se bra - be - nec, vzal si že - nu muš - ku, po - sa - dil ji na ko - pec,
dal jí cu - cat hruš - ku.

Pedagog již cítil, že jsou žáci unavení, proto na konci hodiny zvolil relaxaci. Žáci si našli místo a pohodlně se posadili či lehli. Učitel pustil *Adagietto z 5. symfonie Gustava Mahlera* a povídal příběh. Parafrázováno: „Zavři oči a představ si, že jsi krásným motýlem, který lítá oblohou. Vidiš všechny krásy Země. Letíš daleko. Letíš tam, kam si přeješ. Z té ohromné výšky vidíš zelené lesy, červené střechy domů, žlutá pole s obilím, klikaté tmavé cesty. Tu se rozhodneš, že slétneš z té ohromné výšky a podíváš se k hlubokému průzračnému jezeru uprostřed skal. Najednou usedneš na teplý písek a odpočíváš, vydechuješ, protože jsi

unavený z dlouhé cesty. Sluníčko má ale velkou sílu, proto se utíkáš zchladit do čisté vody. Ta je ale ohromně studená, řekneš si. Proto honem, honem vzlétneš a chceš být zpátky u svých kamarádů. Jsi opět v té neuvěřitelné výšce a cítíš se neuvěřitelně volně. Letíš nad zelenými horami a lesy, klikatými cestami, modrými řekami a barevnými loukami. A už, už vidíš školu. Podíváš se do okna a vidíš paní učitelku a své kamarády. Jsi v cíli, a proto se pomalu protáhni – ruce, nohy, trup. Zhluboka se nadechni a vydechni. Pokud chceš, pomalu otevři oči a vstávej.“

Na počátku relaxace byli všichni žáci v klidu. Postupem času však někteří přestali být koncentrovaní. Na úplný závěr většina třídy byla na nohou a těšila se na konec hodiny. Šarlota nevydržela do samého konce, avšak byla soustředěna déle, než bylo očekáváno.

Ve třídě starších žáků probíhá hodina hudební výchovy ve zkrácené době (přibližně půl hodiny). Děti většinou potřebují individuální přístup, proto se toho v hodině mnoho nestihne.

Děti seděly v půlkruhu okolo klavíru. Hodina začala přivítací písní. Každá sloka byla věnována jednomu žákovi, který se poté pomocí emocí vyjádřil, jak se cítí.

Ahoj!

A - hoj Fra - nto, a - hoj Fra - nto, jak se máš? Jak se máš?

5 My tě tu ví - tá - me, my tě rá - di má - me. Pojd' mě - zi nás, pojd' mě - zi nás.

Následovala říkanka, která si kladla za úkol zopakovat důležité části těla.

*Mám dvě uši k poslouchání a dvě oči na koukání,
dvě ručičky na tleskání a nožičky na dupání.
Mám dvě uši k naslouchání a dvě oči na koukání,
dvě nožičky na chození a dvě ruce na mazlení.*

Žáci s DMO nedokázali sami ukazovat, proto byla nutná pomoc všech přítomných. Poté si žáci mohli vybrat rytmický nástroj, kterým doprovodili následující písničky. Učitel hrál na klavír. Snažil se vybírat písně, které mají žáci v oblibě. Kladl důraz na obměňování

práce s písničkami. Jedna píseň byla doprovázena nástroji, druhá byla jen zpívána, další byla s hrou na tělo (tleskání, pleskání na stehna atd.), u jiné si pro změnu někteří žáci zatancovali. Poté už žáci odpočívali nebo hráli jednoduché hry za doprovodu reprodukováných přírodních zvuků (zpěv ptáků, šum lesa).

Z pozorování vyplynulo, že u písni doprovázených nástroji Orffova instrumentáře, byla potřeba pomoc. Někteří žáci nedokázali sami udržet nástroj. Byli tak odkázáni na pomoc asistenta. Při písni doprovázené hrou na tělo, nedokázali žáci dělat dvě věci zároveň – buď zpívali (broukali) nebo tleskali. Žáci byli navíc rychle unavení, proto ztráceli pozornost.

Učitel na závěr některých hodin využívá hudebních her nebo relaxace. Při ní si však žáci nedokáží lehnout a zůstat v klidu.

Shrnutí: je nutné zmínit, že popsané hodiny měly pozitivní výsledek. Podle zkušeností pedagogů tomu ve většině případů takto není. Hodinu ovlivňuje počet žáků ve třídě, jejich nálada, intenzita únavy a v neposlední řadě zvolené hudební aktivity, které ne ve všech případech musí vyhovovat.

4.5 Interpretace výsledků pozorování

Výzkumná část práce si kladla za cíl vymezit hlavní problematické oblasti dětí s DMO. Během dvou etap pozorování bylo zjištěno, že klienti se somatickým znevýhodněním, přesněji klienti s DMO, mají problém s dlouhodobým udržením pozornosti a rychle zapomínají. Při mluvním aktu často hledají slova nebo špatně artikulují. V neposlední řadě je shledán problém při koordinaci pohybu horních končetin.

V druhé části výzkumu, v hodinách hudební výchovy, bylo zjištěno, že děti na hudbu poměrně pozitivně reagují a jejich somatický i psychický stav se lepší. Nebylo tomu však ve všech případech.

Výsledky jsou vyhodnoceny pomocí bodů, které jednotliví žáci dostali na základě projevů v běžných vyučovacích hodinách a v hodinách hudební výchovy. Každý žák je obodován s ohledem na typ mentálního handicapu a dle osobních možností. Bodová škála je vymezena od jedné do pěti, přičemž nejlepší výsledek je ohodnocen pěti body, nejhorší jedním:

- 1 bod – žák se nezapojuje; není vynaloženo úsilí,

- 2 body – žák se snaží, ale jeho znevýhodnění mu to nedovoluje,
- 3 body – žák je průměrný,
- 4 body – žák je průměrný a snaží se dosáhnout lepšího výsledku,
- 5 bodů – žák je nadprůměrný.

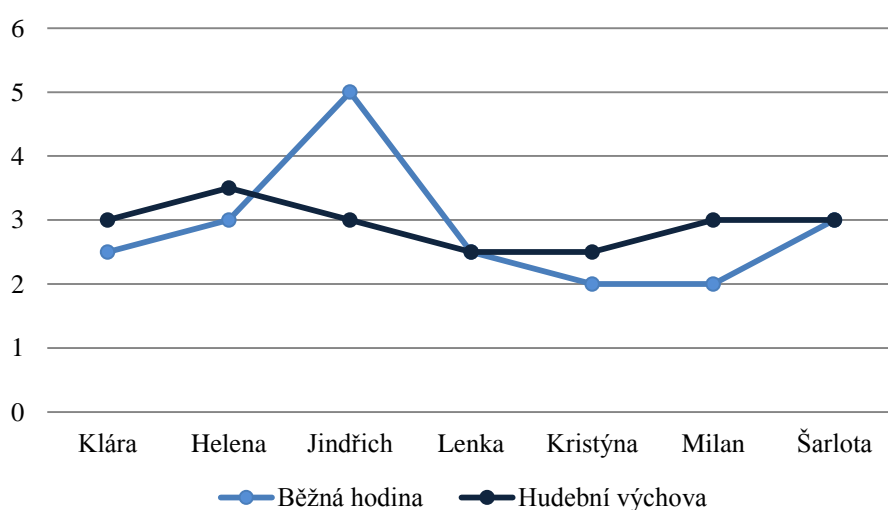
Jsou využity půlbodky, které napomáhají rozlišit obdobné výsledky výkonů. Závěrečná hodnocení jsou zapsána v tabulkách, následně znázorněna v grafech a poté okomentována.

4.5.1 Paměť

Jedna z hlavních problematických oblastí dětí s DMO je bezpochyby slabá paměť. Žákům trvá, než si nové údaje zapamatují. Informace se poté rychle vytrácí z paměti, jelikož jsou nahrazeny informacemi novými.

Tabulka č. 4.2: Paměť v průběhu běžné vyučovací hodiny a hudební výchovy

	Běžná hodina	Hudební výchova
Klára	2,5	3
Helena	3	3,5
Jindřich	5	3
Lenka	2,5	2,5
Kristýna	2	2,5
Milan	2	3
Šarlota	3	3



Graf č. 4.1: Porovnání paměti v průběhu běžné vyučovací hodiny a hudební výchovy

Z tabulky a grafu lze vysledovat, že ve většině případů paměť žáků funguje lépe za přítomnosti hudby. Hudební výchova, při které jsou využívány metody muzikoterapie, nepůsobí na žáka vypjatě. Neočekává vědomostní výsledky, nýbrž si klade za cíl odpočinek od všedního stereotypu. Navíc nenásilnou formou (písněmi, rytmizováním říkadel, hrami) cvičí paměť, což potvrdily výsledky. Žáci v hodinách hudební výchovy podávají lepší pamětní výkony. Rychleji si zapamatují rytmické, rýmované verše s ukazováním či hrou na tělo (než obtížnou látku matematiky). Častým opakováním se navíc lépe vryjí do paměti a žáci je nezapomínají.

V případě Lenky a Šarloty nebyl shledán rozdíl ve výkonech paměti. Za zmínku však stojí výsledek pozorování u Jindry. V běžných hodinách předvádí nadprůměrné výsledky (výborně počítá, pamatuje si mnoho historických a zeměpisných reálií, které se probíraly před dávnou dobou). Bohužel nemluví, tudíž bylo velice těžké posuzovat paměť pomocí znalostí písní a říkadel. Jeho bodování bylo stanoveno na základě hudebních her a práce s písní (ukazování pohybů). Je však pravděpodobné, že jeho výkon mohl být ovlivněn spasticitou.

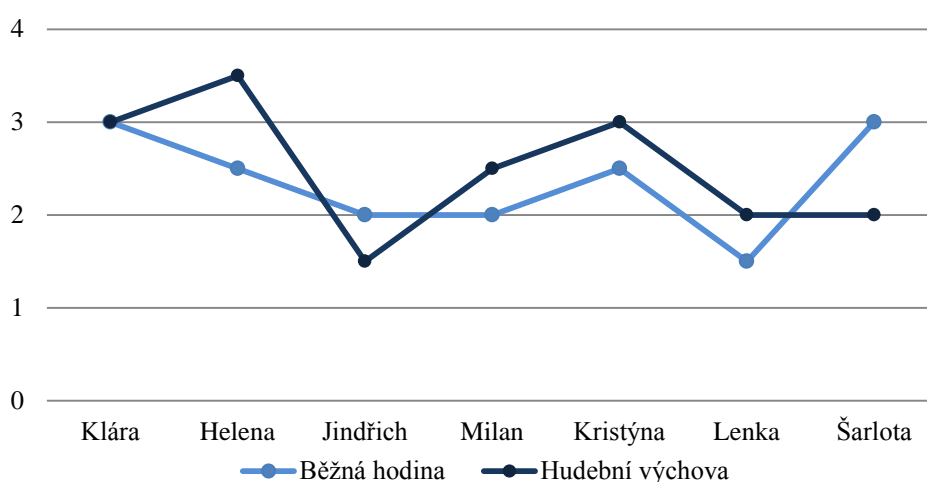
4.5.2 Koordinace horních končetin

Důležitým faktorem ovlivňující život handicapované osoby je bezpochyby úroveň soběstačnosti, která je dána hlavně schopností užívat horní končetiny. Bez jejich práce je totiž handicapovaný odkázaný na pomoc druhého člověka. Bez spolupráce rukou má osoba se somatickým znevýhodněním problém se samoobslužností. Nedokáže se bez pomoci najíst či napít. Má problém s vykonáním hygieny, v neposlední řadě také se psaním.

Je samozřejmé, že v dnešní době existuje mnoho kompenzačních pomůcek, které usnadňují život jedince, avšak není tomu tak ve všech případech. Navíc pomůcky nedokáží nahradit plnohodnotný život, ve kterém by člověk s tímto druhým postižením nebyl odkázan na pomoc druhého.

Tabulka č. 4.3: Koordinace horních končetin v průběhu běžné vyučovací hodiny a hudební výchovy

	Běžná hodina	Hudební výchova
Klára	2,5	3
Helena	3	3,5
Jindřich	5	3
Lenka	2,5	2,5
Kristýna	2	2,5
Milan	2	3
Šarlota	3	3



Graf č. 4.2: Porovnání práce horních končetin v průběhu běžné vyučovací hodiny a hudební výchovy

Učitelé hudební výchovy těchto tříd si uvědomují, že spasticita u některých žáků ovlivňuje dobré výsledky, proto do svých hodin zařazují aktivity, které rozvíjí jemnou motoriku a také spolupráci horních končetin.

Z tabulky a grafu lze vypočítat, že většina žáků lépe pracovala v hodině hudební výchovy. V průběhu vyučovacích hodin se některé výkony v mnohém nelišily, avšak byly sledovány drobné změny, především u starších žáků Sněženky (pokud byli upozorněni, pracovali lépe).

Výrazné zlepšení lze vidět u Heleny. Ta v klasických hodinách není schopna spolupracovat oběma rukama zároveň (vše vykonává pravou rukou a na levou zapomíná). V hudební výchově však skvěle zvládá hudební hry na koordinaci a výborně pracuje s nástroji Orffova instrumentáře. Její výkon je bezpochyby ovlivněn nadáním. S Jakubem jsou

hudebními talenty třídy (jsou skvělí tanečníci a mají pěvecké nadání). Navíc je Kuba členem známé hudební skupiny, působící v domově mládeže TAP při Jedličkově ústavu, The Tap Tap. Helena tak usiluje o členství v tomto seskupení.

Je také nutno okomentovat výsledek Jindry a Šarloty. Oba v běžných hodinách pracují dle pokynů vyučujícího. Jindra navíc ovládá práci na počítači a tabletu (hlavně kvůli potřebě komunikace). V hodinách hudební výchovy však mají oba velký problém s udržení rytmického nástroje, také s hrou na tělo. Všechny aktivity tak musí vykonávat s pomocí asistenta.

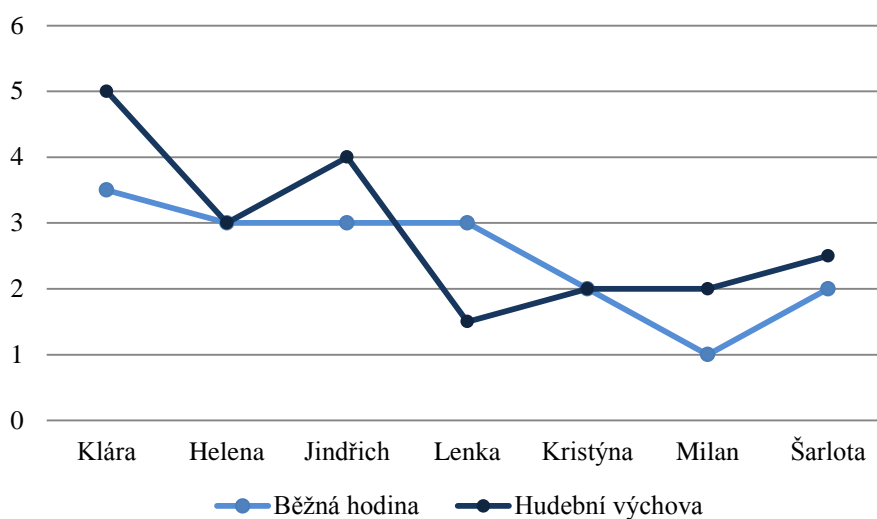
4.5.3 Udržení pozornosti

Děti s DMO bývají brzy unavení, a proto rychle ztrácejí pozornost. Jejich koncentrovanost závisí na rozsahu a obtížnosti probrané látky. Ovlivňuje je zajímavost tématu a v neposlední řadě i to, jestli látce porozumí či nikoli. S udržení pozornosti velice pomáhá asistent pedagoga, který žáky upozorňuje a motivuje k výkonu.

Pokud se žáci dobře soustředí, atmosféra hodiny je uvolněná, práce je efektivní, a stihne se tak probrat větší množství učiva.

Tabulka č. 4.4: Udržení pozornosti v průběhu běžné vyučovací hodiny a hudební výchovy

	Běžná hodina	Hudební výchova
Klára	3,5	5
Helena	3	3
Jindřich	3	4
Lenka	3	1,5
Kristýna	2	2
Milan	1	2
Šarlota	2	2,5



Graf č. 4.3: Porovnání udržení pozornosti v průběhu běžné vyučovací hodiny a hudební výchovy

Jak již bylo zmíněno, práce žáků v hodinách je ovlivněna zajímavostí tématu a také tím, zda žák látku chápe či nikoli. Hudební výchova je koncipovaná hlavně pro odpočinek, tudíž je předpokládáno, že se všichni žáci aktivně zapojí.

Jak naznačuje tabulka a graf, ve většině případů tomu tak je. Překvapivým výsledkem by se mohl zdát výsledek Heleny. Ta sice v hudební výchově předvádí skvělé výkony v práci s rytmickými nástroji, ale i přesto ztrácí pozornost stejně jako v ostatních hodinách. Učitel ji vždy musí upozornit, že je v hodině (ne v odpoledních zájmových kroužcích). Stejně tak tomu je u Kristýny. Výjimkou, která potvrzuje pravidlo, je udržení pozornosti Lenky. V běžných hodinách vždy pracuje s malou pomocí učitele, avšak soustředěně. Při hudebních aktivitách se zapojuje, pokud je středem pozornosti. Pokud je kladen důraz na jinou osobu, vypne a aktivity se účastní pasivně.

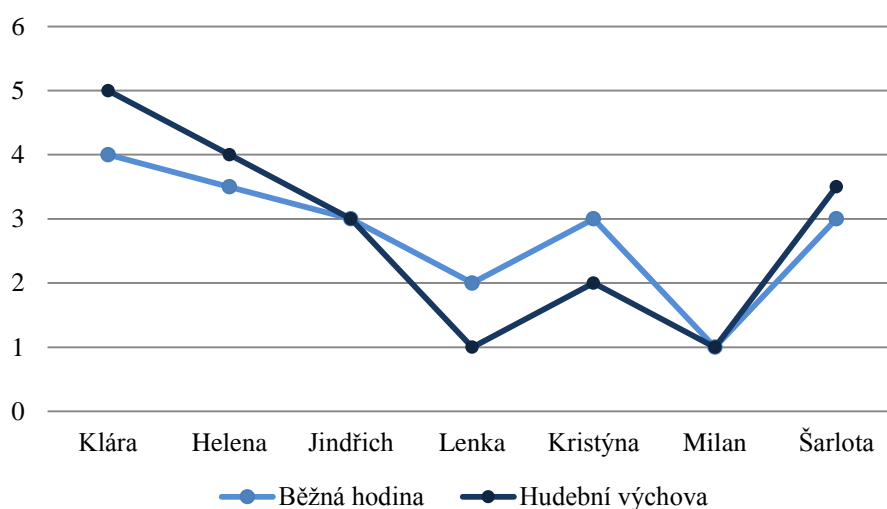
Nejlepší výsledek je zaznamenán u Kláry, která má v hodinách, hlavně na začátku vyučování, tendenci usínat. Při hudební výchově je pozitivně naladěna, vše si užívá a vykonává s plným nasazením.

4.5.4 Řeč

Jeden z hlavních problémů je spatřován u řeči. Někteří žáci nemluví, pouze broukají. Zbytek žáků má problém se špatnou artikulací nebo při projevu hledá slova.

Tabulka č. 4.5: Řeč v průběhu běžné vyučovací hodiny a hudební výchovy

	Běžná hodina	Hudební výchova
Klára	4	5
Helena	3,5	4
Jindřich	3	3
Lenka	2	1
Kristýna	3	2
Milan	1	1
Šarlota	3	3,5



Graf č. 4.4: Porovnání řeči v průběhu běžné vyučovací hodiny a hudební výchovy

Tabulka a graf vypovídají, že hudba podněcuje lepší artikulaci. Největší rozdíl jde vidět u Kristýny a Heleny. Kristýna je ve třídě považována za řečníka. Její artikulace je však nepřesná (má tupé sykavky) a někdy hledá slova. Při zpívání písní či práci s říkadly je slyšet značný rozdíl právě při výslovnosti „s/š“ (přesnější výslovnost). Helena také ráda mluví, ale vyslovuje špatně „l“ (lambdacismus), a „ř“ (rotacismus bohemicus), což znesnadňuje porozumění. Pokud Helena pracuje a nepřemýšlí nad jinými věcmi, lze při zpěvu sledovat přesnější výslovnost zmíněných konsonantů.

Kritické místo je však vidět u starších žáků Sněženky. Bylo již mnohokrát zmíněno, že žáci nemluví. Při hodinách většinou vydávají zvuky nebo brumlají. S okolním světem komunikují pomocí gest, emocí nebo mimiky. V hodinách hudební výchovy se však pěvecky skoro neprojeví (spíše pracují s hudebními nástroji).

4.6 Vyhodnocení výzkumu

Pozorování ukázalo, že děti s DMO těžko zpracovávají nové informace a následně si je špatně pamatují. Žáci bývají během vyučování brzy unavení, navíc v některých hodinách bývá probírána složitá látka. Díky neúspěchu pak není třída motivovaná a žáci ztrácejí pozornost. Děti s DMO mají také problém s pohybem – některé jsou na vozíku a ve většině případů nedostatečně pracují s horními končetinami. Žáci s DMO špatně artikulují nebo hledají správná slova při projevu.

S těmito poznatky bylo dále pracováno. U každého žáka byla zhodnocena kvalita problematických oblastí (paměť, koordinace horních končetin, udržení pozornosti, řeč) během běžných vyučovacích hodin a hodin hudební výchovy. Výsledky poté byly porovnány.

Výzkumné šetření ukázalo, že hudba ve většině případů působí na klienty s DMO pozitivně. Některé děti reagují více, některé méně. Intenzita působení hudby závisí na mnoha faktorech, nejvíce však na typu přidružené MR.

4.7 Verifikace hypotéz

1. Při zapojení prvků muzikoterapie do hudební výchovy se psychický stav žáků s DMO lepší.

Pozorování přineslo rozporuplné výsledky. Žáci JÚŠ se vždy na hodinu hudební výchovy těší. Po hodině je jejich psychický stav vyrovnaný, mají dobrou náladu a jsou odpočinutí. V tomto případě je hypotéza potvrzena.

Na základě pozorování žáků ze Sněžanky byl shledán zcela odlišný výsledek. Jak již bylo zmíněno, velkou roli u těchto dětí hraje typ MR. Většina z nich má středně těžkou, až těžkou MR. K tomu je přizpůsoben průběh výuky – děti si spíše v hodinách hrají. Hudební výchova má však rád. Žáci sedí v půlkruhu okolo učitele a snaží se plnit úkoly. Ve třídě je většinou osm žáků. Každý potřebuje individuální přístup, avšak učitel a asistent se nemohou věnovat všem žákům zároveň. Navíc je hudební výchova zařazena na konec výuky, kdy jsou děti po celém dni unavené. Škola ke všemu nemá prostředky ani prostory na provozování MT.

Všechny tyto faktory hrají roli a působí na žáky. Žáci jsou tak po hodině hudební výchovy spíše unavení. Z toho vyplývá, že hypotéza není potvrzena. Je však

nutno podotknout, že pokud by u každého dítěte byla využita individuální MT, výsledek by byl jiný.

2. K nápadnému zlepšení jemné motoriky žáků s DMO dochází při využívání metod aktivní MT, které pracují s horními končetinami.

Z výsledků pozorování vyplývá, že žáci lépe pracují s horními končetinami v hodinách hudební výchovy, z čehož se dá usoudit, že metody MT užívající především hru na tělo a doprovod nástrojů Orffova instrumentáře působí na děti s DMO pozitivně. Hypotéza je tak potvrzena.

3. S využitím říkadel, básniček (jejich zhudebňováním, rytmizováním a stálým opakováním) se zlepšuje paměť žáků s DMO.

Z výsledků je zřejmé, že aktivní MT, především práce s říkadly a básničkami, působí na paměť dětí s DMO. Žáci si v hodinách hudební výchovy rychleji si zapamatují rytmické, rýmované verše s ukazováním či hrou na tělo. Častým opakováním se navíc lépe vryjí do paměti a žáci je nezapomínají. Z tohoto faktu vyplývá, že je hypotéza potvrzena.

4.8 Závěry pro hudebně výchovnou praxi

Při výuce by se mělo přistupovat k dětem individuálně. Každá osoba je totiž jiná – má odlišný temperament, preference, jiné zdravotní a tělesné dispozice.

U dětí s DMO se musí brát ohled na intenzitu přidruženého postižení (MR, logopedické vady) a v neposlední řadě na problematické oblasti, které s sebou tělesné postižení nese. V hodinách hudební výchovy by tak měly být užívány aktivity, které by žáky zaujaly a rozvíjely jejich motoriku, paměť a psychickou složku osobnosti. Pedagog tak může využívat lidových říkanek, básní (zejména Františka Hrubína, Jaroslava Seiferta a dalších), písní lidových i umělých. Může pracovat s rytmickými i melodickými nástroji. Využívat receptivní MT, hlavně poslech hudby určený především pro relaxaci a odpočinek.

Žák tak může rozvíjet řečové dovednosti (zpřesňování výslovnosti) a paměť. Může se naučit vnímat své tělo a ovládat jej. Získá také pocit sebejistoty a může se stát plnohodnotným člověkem.

ZÁVĚR

I když má MT hluboké kořeny, je poměrně mladým oborem s dynamickým rozvojem. Má široké praktické uplatnění v mnoha klinických oblastech (fyzioterapie, neurologie, porodnictví, speciální pedagogika a další). MT je možné aplikovat u klientů všech věkových kategorií, různé kultury či etniky. Je také možno ji využívat u klientů handicapovaných, nemocných a ohrožených.

MT využívá práci s tělem (dechové techniky a hru na tělo), zpěv, rytmizaci a melodizaci textu, hru na hudební nástroje, poslech. Hudba tak působí na člověka, usnadňuje jeho sebevyjádření a pomáhá emočnímu prožívání.

Ve své práci jsem se zaměřila na využití muzikoterapie u dětí s DMO. Snažila jsem se zjistit, jaké prostředky muzikoterapie lze při práci s dětmi s tímto typem postižení zvolit a neposledně pozorovat, jak na ně hudba působí.

Pozorování ukázalo, že děti s DMO těžko zpracovávají nové informace a následně si je špatně pamatují. Tyto děti se během vyučování rychle unaví a brzy ztrácejí pozornost. Mají také problém s pohybem a v neposlední řadě špatně artikulují nebo hledají slova při projevu.

Během výzkumného šetření bylo zjištěno, že hudba ve většině případů působí na děti s DMO pozitivně. Některé děti reagují více, některé méně. Intenzita působení hudby závisí na mnoha faktorech, nejvíce však na typu přidružené MR.

Na úplný závěr bych ráda podotkla, že práce je hodnocena popisem. Nedovolila jsem zaujmout kritické stanovisko vůči práci pedagogických pracovníků a jejich koncipování vyučování. Z vlastní zkušenosti vím, že práce s handicapovanými je obtížná.

POUŽITÁ LITERATURA

Seznam literatury

ATKINSON, R., L. *Psychologie*. 2. aktualiz. vydání. Praha : Portál, 2003. 752 s. ISBN 80-7178-640-3.

FISHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. 1. vydání, Praha : Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

GERLICOVÁ, M. *Muzikoterapie v praxi*. Praha : Grada Publishing 2014. 136 s. ISBN 978-80-247-4581-7.

KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER J. a kol. *Základy muzikoterapie*. 1. vydání, Praha : Grada, 2009. 295 s. ISBN 978-80-247-2846-9.

LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna : Gloria, 1997. 155 s. ISBN 80-901834-4-1.

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany : Nakladatelství H & H Vyšehradská 2001. 151 s. ISBN 80-86022-92-7.

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

ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 2. vydání, Praha : Portál, 2001. 246 s. ISBN 80-7178-557-1.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie v pomáhajících profesích*. 4. vydání, Praha : Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VALENTA, M. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vydání, Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 218 s. ISBN 978-80-244-2137-7.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené vydání, Brno : Paido, 2006. 301 s. ISBN 80-7315-134-0.

ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*. Praha : Portal 2007. 366 s. ISBN 978-80-7367-237-9.

Legislativa

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Internetové zdroje

Dětské centrum Paprsek [online]. [cit. 2014-20-4]. Dostupné z: <http://www.dcpaprsek.org/stredisko-hloubetin/nabidka-sluzeb/muzikoterapie>

Česká Orffova společnost [online]. [cit. 2014-12-6]. Dostupné z: <http://www.orff.cz/>

Jedličkův ústav a školy [online]. [cit. 2014-29-5]. Dostupné z: <http://www.jus.cz/>

Markéta Gerlichová [online]. [cit. 2014-14-3]. Dostupné z: http://mg-muzikoterapie.cz/wp/?page_id=23

Milena Raková [online]. [cit. 2014-14-3]. Dostupné z: <http://milenarakova.cz>

VOTAVA, L. *Tomatis Praha* [online]. [cit. 2014-20-4]. Dostupné z: <http://www.tomatis-praha.cz/>

Základní škola Fučíkova Jeseník [online]. [cit. 2014-29-5]. Dostupné z <http://www.zsjes.cz/>

SEZNAM ZKRATEK

ADHD	Aspergerův syndrom
AMTA	Americká muzikoterapeutická asociace
Atd.	A tak dále
CNS	Centrální nervová soustava
Č.	Číslo
DMO	Dětská mozková obrna
Hz	Herz
JÚŠ	Jedličkův ústav a školy
MR	Mentální retardace
MT	Muzikoterapie
P	Přísudek
S	Podmět
TP	Tělesné postižení
Tzv.	Tak zvaný

SEZNAM TABULEK, GRAFŮ, SCHÉMAT, ZÁZNAMOVÝCH ARCHŮ

Tabulka č. 2.1: Využití muzikoterapie	10
Tabulka č. 2.2: Rozdíl mezi hudební pedagogikou a muzikoterapií	14
Tabulka 3.1: Výskyt MR v závislosti na DMO	22
Tabulka 3.2: Poruchy řeči vyskytující se u DMO	23
Tabulka 4.1: Základní škola Fučíkova	29
Tabulka č. 4.2: Paměť v průběhu běžné vyučovací hodiny a hudební výchovy	41
Tabulka č. 4.3: Koordinace horních končetin v průběhu běžné vyučovací hodiny a hudební výchovy	43
Tabulka č. 4.4: Udržení pozornosti v průběhu běžné vyučovací hodiny a hudební výchovy	44
Tabulka č. 4.5: Řeč v průběhu běžné vyučovací hodiny a hudební výchovy	46
Graf č. 4.1: Porovnání paměti v průběhu běžné vyučovací hodiny a hudební výchovy	41
Graf č. 4.2: Porovnání práce horních končetin v průběhu běžné vyučovací hodiny a hudební výchovy	43
Graf č. 4.3: Porovnání udržení pozornosti v průběhu běžné vyučovací hodiny a hudební výchovy	45
Graf č. 4.4: Porovnání řeči v průběhu běžné vyučovací hodiny a hudební výchovy	46
Schéma 3.1: Vztah terapií a institucí při rozvoji jedince	24
Záznamový arch č. 4.1: Hodina českého jazyka, JÚŠ	32
Záznamový arch č. 4.2: Hodina matematiky, Sněženska	33
Záznamový arch 4.3: Běžná hodina starších žáků, Sněženska	34

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Ukázka učebního plánu hudební výchovy
Příloha 2	Ukázka učebního plánu hudební výchovy

Příloha 1: Ukázka učebního plánu hudební výchovy

Muzikoterapie

Charakteristika disponibilní hodiny

Muzikoterapie je součástí vzdělávacího procesu, je vyučována 1x týdně 1 hodinu v rehabilitační třídě VI.C (4.,6.ročník).Muzikoterapie využívá jak působení hudby (receptivní, pasivní muzikoterapie), tak i vytváření hudby a zvuků (aktivní muzikoterapie).Je léčebnou metodou používající jako terapeutického prostředku hudbu.

Při aktivní muzikoterapii žák sám zpívá (brouká), hraje na hudební nástroj sám nebo s pomocí, hraje na své tělo, projevuje se.

Při pasivní (receptivní) muzikoterapii žák poslouchá hudbu, kterou tvoří buď sám učitel nebo z reprodukce.(CD, PC, apod.)Jedná se i o poslech přírodních zvuků, šumů, i ticha.

V muzikoterapii se využívá různých prostředků, např. lidské tělo, hlas, hudební nástroje.Pomáhá žákům navodit tělesné a duševní uvolnění, k odreagování napětí, ke koncentraci pozornosti a k překonávání únavy.Má pozitivní vliv na komunikační schopnosti, motorický rozvoj, získávání důvěry a vytváření citových vazeb.

Obsah učiva:

- Sluchové a hlasové činnosti – rozlišování zvuků, hlasů, zvuky hudebních nástrojů.
- Dechové činnosti – správné držení těla při dýchání
- Vokální činnosti – rytmizace a melodizace říkadla, zpěv jednoduchých písní.
- Instrumentální činnosti – hra na tělo, hra na Orff. nástroje, hra na jednoduché nástroje.
- Hudebně pohybové činnosti – pohybové hry s dětskými říkadly a popěvky, pohyb dle jednoduchých rytmických doprovodů.
- Poslechové činnosti – poslech písní různého charakteru.

Cíl výuky:

- Podporovat zdraví a duševní pohodu žáků prostřednictvím hudby.
- Rozvíjet muzikálnost žáků, jejich rytmické a intonační schopnosti.
- Rozvíjet pohybovou kulturu a rozvoj řeči.
- Odreagovat napětí žáků, překonávat únavu a zlepšovat náladu.
- Koncentrace pozornosti žáků.

Výchovné a vzdělávací strategie

- Rozvíjení slovní zásoby
- Vedení žáků k naslouchání a respektování druhých.
- Podněcování žáků k vyjadřování svých názorů.
- Vedení žáků k respektování hudby.

Příloha 2: Ukázka učebního plánu hudební výchovy

ČASOVÝ A TÉMATICKÝ PLÁN:			
<ul style="list-style-type: none"> - v plném rozsahu : - upravený - jméno a příjmení žáků: ne - individuální - jméno a příjmení žáků: ne 			
PŘEDMĚT: Hudební výchova		Vyučující: Fryčová	Ročník: 7., 8., 9., 10., X. A.
Školní rok: 2013/14		Časová dotace: týden: 2	
Měsíc	Učivo	Výstupy	Poznámky
únor	dechová cvičení s poslechem hudby, relaxace vnímání rytmu, rytmižace říkadel, básniček náevik tanečních prvků hudební činnost pěvecká-písně se zimní tematikou	zvládat správné dýchání zvládat jednoduchá ryt. cvičení zvládat pohyb zvládat jednoduché popěvky	
březen	hudeb. činnost poslechová Orffovy nástroje, hra, zpěv lidové písně hra na tělo, říkanky s pohybem písničky z CD – krátké skladby určené dětem s pohybem	rozišit řeč a zpěv doprovodit sebe i spolužáky na hud. nástroje zvládat jednoduchá rytmická cvičení soustředit se na poslech	
duben	písničky lidové, poslech – CD zpěv s doprovodem kláves, hra na netradiční hudební nástroje pohyb dle rytmického doprovodu v okolí DS, pochod s bub. hudební činnost instrumentální	soustředit se na poslech zvládat zpěv jednoduchých písní rozlišovat zvuky hudebních nástrojů -//-	
květen	rozpočítadla jarní písničky s doprovodem kláves, poslech klasické hudby tělesný pohyb s rytmem, hrou, zpěvem na zahradě	zvládat jednoduchá rytmická cvičení soustředit se na poslech hudby napodobovat pohyb, rytmus	
červen	jednoduchá cvičení s hudeb. doprovodem, opak.písní	napodobovat pohyb, zvládat rytmus	