Postoj klientů asociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie a práce s hudbou u zrakově postižených klientů

Diplomová práce

Vypracovala: Bc. Lenka Slováčková
Vedoucí práce: prof. Phdr. Libor Musil, CSc
Konzultant: Mgr. Jiří Vander, DiS.

Brno 2016
Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Jiřího Vandera, DiS. a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní prameny, které jsem použila.

Ve Zlíně dne 02.05.2016

Bc. Lenka Slováčková
Poděkování:

Obsah

Úvod.................................................................7

A. TEORETICKÁ ČÁST.................................................9

1. Muzikoterapie.....................................................9

1.1. Základy muzikoterapie.........................................9

1.2. Fáze muzikoterapie..............................................10

1.3. Druhy muzikoterapie.............................................12

1.4. Pozitiva muzikoterapie.........................................14

1.5. Negativa muzikoterapie.........................................15

1.6. Vzdělávání muzikoterapeutů a jejich možné role.........16

2. Sociální práce se zrakově postiženými klienty..............18

2.1. Sociální práce.......................................................18

2.1.1. Sociální pracovník............................................18

2.1.2. Sociální pracovník dle zákona.............................22

2.1.3. Role sociálního pracovníka................................23

2.2. Zrakově postižený.................................................25

2.2.1. Definice zrakově postižený.................................26

2.2.2. Klasifikace zrakového postižení..........................26

2.2.3. Zvládání závažné změny zdravotního stavu - fyzické a psychosociální projevy ... 28

2.2.4. Sluchové vnímání u zrakově postižených................31

2.3. Nerovnováhy zrakově postižených v rámci sociálního fungování..........................32

3. Muzikoterapie v sociální práci se zrakově postiženými klienty.............................................35

3.1. Cíle muzikoterapie a sociální práce........................35

3.2. Zrakově postižení a muzikoterapie........................35

3.3. Nerovnováhy zrakově postižených v muzikoterapii v rámci sociální práce ..............36

4. Postoj ..................................................................38

B. METODOLOGICKÁ ČÁST........................................43

5. Výzkumná strategie...............................................43

6. Validita, reliabilita...................................................44

7. Technika sběru dat................................................44

8. Operacionalizace ...................................................45

9. Konstrukce výzkumného vzorku............................46

10. Jednotka zkoumání a jednotka zjišťování..................47

11. Postup a realizace sběru dat..................................49

12. Etické aspekty výzkumu........................................49
13. Postup a realizace analýzy dat .................................................................................. 50
C. INTERPRETAČNÍ ČÁST .................................................................................. 52
14. Postoj klientů a sociálních pracovníků na kognitivní úrovni .......................... 52
  14.1. Dílčí závěr .................................................................................................. 66
15. Postoj klientů a sociální pracovníků na emocionální úrovni ......................... 69
  15.1. Dílčí závěr .................................................................................................. 74
16. Působení kognitivní a emoční složky na postoj klientů a sociálních pracovníků na
  behaviorální úrovni ......................................................................................... 76
  16.1. Dílčí závěr .................................................................................................. 83
Závěr 86
  1. Odpověď na hlavní výzkumnou otázku ............................................................... 86
  2. Silné a slabé stránky ....................................................................................... 88
  3. Doporučení pro praxi ....................................................................................... 89
  4. Návrhy dalších výzkumů ................................................................................ 90
Bibliografie .............................................................................................................. 91
Anotace ................................................................................................................... 96
Annotation ............................................................................................................. 97
Jmenný a věcný rejstřík ....................................................................................... 98
Seznam příloh .......................................................................................................... 101
  Příloha č. 1: Tabulka operacionalizace: ............................................................... 101
  Příloha č. 2: Seznam otázek pro sociální pracovníky ........................................ 104
  Příloha č. 3: Seznam otázek pro muzikoterapeuta: ............................................. 105
  Příloha č. 4: Seznam otázek pro klienty ............................................................... 106
  Příloha č. 5: Popis oka ......................................................................................... 107
Stať ......................................................................................................................... 108
Hudba je řeka, po ní se dá volně a beze strachu plout až do hlubin našich duší. K tomu, abychom ji dovedli naslouchat, nemusíme vidět, mluvit. Stačí zavřít oči a ona do nás vstoupí naší nejskrytější cestou...

Dana Kyndrová (1998)
Úvod

Svou diplomovou práci na téma *Postoj klientů asociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie a práce s hudbou u zrakově postižených klientů*, jsem si vybrala z toho důvodu, že již moje bakalářská práce byla zaměřena na téma o zrakovém postižení *(Informovanost budoucích sociálních pracovníků v problematice zrakového postižení)*. Toto téma mne zajímá nejen z osobních důvodů, ale také proto, že oblast muzikoterapie a sociální práce se zrakově postiženými se mi zdá málo prozkoumaná oblast. Témata sociální práce, muzikoterapie a zrakově postižených se objevují v literatuře a odborných článkách, ale nikoli mnou zvolené téma.

Za nežádoucí považuji stav, kdy postoj sociálních pracovníků k muzikoterapii, kdy si myslí, že se jedná o oddechovou aktivitu a nevímají možný terapeutický potenciál a zároveň neví, jaké metody jsou pro zrakově postižené nevhodné nebo neúčinné, tím způsobem, že tato technika není v praxi využívána, jako doplňková technika, především v sociální práci u lidí se zrakovým postižením, kdy právě tito lidé mají více vyvinuté vnímání pro hudbu. Tento postoj zapříčinuje to, že sociální pracovníci pak nejsou schopni odlišit, co je „kvalitní“ terapie a co není. Zaměňují muzikoterapii s jakýmkoliv využitím hudby a nevímají terapeutický potenciál muzikoterapie, ani to jaké muzikoterapeutické postupy jsou neúčinné nebo dokonce škodlivé.

Výše zmíněný nežádoucí stav škodí především klientům v tom, že jim není nabízená širší paleta doplňkových terapií, což má za následek, že se nerozvíjejí jejich potenciál tj. klienti mohou trpět tenzí z důvodu nedostatečné relaxace. Toto může škodit také sociálním pracovníkům v tom, že využívají pouze tradiční přístupy a nemají k dispozici tyto doplňkové techniky a mohou tak selhávat v zaměstnání, díky čemuž trpí frustrací a stresem, což může vést k syndromu vyhoření.

Aplikační cíl staví především na tom, že sociální pracovníci by měli umět uplatnit svůj postoj k přínosům a rizikům metod muzikoterapie. Měli by také zaujmout postoj k tomu, aby dokázali určit metody muzikoterapie a práce s hudbou, a to takové, které mohou mít pro klienty přínosy či naopak v čem mohou vidět rizika. Ideálním stavem by bylo, kdyby si pracovníci neidealizovali a nestereotypizovali metody muzikoterapie.
Hlavní výzkumná otázka je formulována takto: *Jaký je postoj klientů a sociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie a práce s hudbou u zrakově postižených klientů?*

Tato diplomová práce se skládá ze tří hlavních částí. První část se zabývá teorií, druhá část je zaměřena na metodologie a třetí část je interpretační.

Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol. Celá teoretická část je podložena dostupnou literaturou, o kterou se během psaní této diplomové práce opírám. V první kapitole popisují muzikoterapii, její fáze, druhy, pozitivní a negativní účinky, ale také potřebnost vzdělání muzikoterapeuta. Druhá kapitola je zaměřena na sociální práci a zrakově postižené, přičemž první část pojednává o sociální práci a sociálním fungování a druhá část je zaměřena na zrakově postižené, jejich definici, klasifikaci a nerovnováhy u zrakově postižených. Třetí část je zaměřena na muzikoterapii v sociální práci se zrakově postiženými. Poslední čtvrtá část popisuje postoj, její definici a rozdělení postoje na kognitivní, emocionální a konatívní (behaviorální) složku.

V metodologické části představuji metodu a techniku sběru dat. Vyžila jsem kvalitativní strategii a techniku polostukturovaného rozhovoru, díky kterému jsem měla dané otázky, ale v průběhu rozhovorů jsem se mohla na cokoli respondentů doptat. Rozhovory proběhly pouze v jednom zařízení, přičemž jsem měla k dispozici rozhovory se čtyřmi pracovníky a sedmi klienty.

A. TEORETICKÁ ČÁST

1. Muzikoterapie

V této první kapitole budou uvedeny základní informace týkající se muzikoterapie. Budou popsány všeobecné základy muzikoterapie, kde je hlavní autorem Kantor, spolu s dalšími spolupracujícími autory, ale také je zde další autorka, a to je Zeleiová, kterí jednoduše popisují muzikoterapii. V následujících podkapitolách jsou nastíněny druhy muzikoterapie, které ve své literatuřě jasně popisují autoři jako jsou Linka, Kantor, ale také Kratochvíl. Fázemi muzikoterapie se zabývá především Pejřimovská. Hlavní představitelem muzikoterapie a jejími účinky je Linka, ale také další autoři uvedeni níţe. Je také potřeba vědět, jaké vzdělání by měl a máli mít osoba, aby mohla provádět muzikoterapii, což bliţe popisují v rámci Muzikoterapeutické asociace České republiky.

1.1. Základy muzikoterapie

Muzikoterapie je v některých svých definicích označována jako systematický proces intervence (Kantor, Lipský, Veber, 2009) Pro lepší a přesnější představu, bude popsáno, co vyjadřují pojmy systematický, proces a intervence.

Systematický – nejedná se o jednorázovou či sérii náhodných setkání klienta s terapeutem, jak píše Bruscia (in Kantor, 2009), pojem systematický je vyjádřen těmito znaky: cílený, časově organizovaný, metodický, zaloţený na vědomostní bázi a regulovaný. (Kantor, 2009)

Proces – můţe být popisován různými způsoby. Typy procesů: vývojový, edukační, interpersonální, umělecký, kreativní či vědecký. Tyto typy procesů se mohou kombinovat v různých fázích muzikoterapie. (Kantor, 2009)

Intervence – musí být dodrţena tyto základní kritéria: klient potřebuje pomoc druhé osoby, povaha intervence je odůvodnitelná a pomoc je prováděna terapeutem v kontextu vztahu terapeut-klient, jak uvádí Bruscia (in Kantor, 2009, s. 108) Muzikoterapie se odlišuje od jiných terapií třemi základními prvky: zpěvem, kreativitou a estetickými kvalitami. (Kantor, 2009)

„Muzikoterapie je pouţití hudby k terapeutickým cílům: znovuobnovení, udrţení a zlepšení mentálního a fyzického zdraví. Je to systematická aplikace hudby řízená
terapeutem v terapeutickém prostředí tak, aby se dosáhlo kýcháné změny v chování“. (Zeleiová, 2007, s. 28)

Dle Horňákové (in Kantor, 2009) muzikoterapie je považována jako podpůrná terapie u osob se specifickými potřebami, a to v součinnosti s jinými terapeutickými a edukačními přístupy. Muzikoterapie je spojená se speciální pedagogikou s určitými cíli, které mají úlohu:

- Omezit ztráty během vývoje, tzn. využít potřebné zkušenosti a podněty k udržení celistvosti jedince
- Uzpůsobit požadavky prostředí možnostem jedince s postižením a vytvořit tak prostor pro naleza jeho příležitosti
- Podpořit samotného jedince s postižením a jeho začlenění pomocí interakcí s muzikoterapeutem tj. posilování schopnosti orientace, rozumět sám sobě a své okolí, prožívat smysluplnost svého bytí, být odolný vůči zátěži, adekvátní přijetí hodnotového systému, atd.
- Možnost vytvoření si vlastních strategií pro řešení úloh, rozhodování se sám za sebe, přijmutí vlastní odpovědnosti, ale i přijetí odpovědnosti za druhé. Důraz je především kladen na sebeurčení a sebeuplatnění jedince s postižením.

Při individuální muzikoterapii dochází k rozvoji senzomotoriky, sociálním dovednostem, komunikace, zlepšení chování, atd.

Muzikoterapeut musí respektovat, skutečnost, že mnohé postižení klientů jsou primárně neléčitelná, ale je možné dosáhnout zlepšení celkové kvality života a schopností jedince prostřednictvím ucelené rehabilitační péče. (...) (Kantor, 2009, s. 39)

1.2. Fáze muzikoterapie

Muzikoterapie má své určité fáze, které by se měli schematicky dodržovat, aby bylo možné vůbec s muzikoterapií začít a pozorovat nějaké účinky a výsledky. Nejdříve je potřeba začít úvodní fázi muzikoterapie, kde se jedinec seznámí s muzikoterapií. V druhé (střední fázi) se projevují klientovi emoce a učí se s nimi pracovat. Závěrečná fáze připravuje klienta na osamostatnění a ukončení terapie.
Úvodní fáze muzikoterapie
- Anamnestické zhodnocení
- Diagnostika
- Počáteční diferenciálně-diagnostická úvaha
- Indikace terapie

Fáze počáteční terapie v sobě obsahuje alternativní edukační a další diferenciálně-diagnostickou úvahu anebo může přímo nastoupit úvodní fáze, kde se prohlubuje vztah, kvalita kontaktu a přijímá se způsob práce (pro některé klienty z počátku méně pochopitelný). (Pejřimovská, 2011, s. 96)

Střední fáze muzikoterapie


V této fázi je možné u klienta pozorovat odchyly (popřípadě, odstranění některých obsahů, apod.) od reality. Tyto odchyly způsobují, že se klient nevidí celistvě, vníma jen část sebe sama, a v mnoha případech, kde přehlíží své nedostatky, tak tyto nedostatky přisuzuje druhým. A naopak, to co odsuzuje u druhých, sám pak nevědomky dělá. Jde o odklon adekvátní své bytosti. Terapeut plní tu úlohu, že podporuje a zároveň ukládá hranice (např. v subjektivním prožívání klienta, klient se otvírá sebezničujícím pocitům, tam, kde dochází k odklonu od reality a skutečnosti. Stanovení hranic je dosti složitým a těžkým momentem. Terapeut může vyjádřit pouze svůj vhléd, autentické pochopení klienta a jeho situace, ale s oproštěním od svých pocitů. V této fázi vzniká také konfrontace s limity, tzv. uzlové limitů, kde se projevuje prožívání a chování podle stářího modelu a je tu také snaha o zvědování a dosažení vhlédu terapeutické změny a otevření se novému modelu prožívání a chování. Je to kooperace klienta-terapeut-hudba-explotace.
Závěrečná fáze muzikoterapie

Po vyřešení zlomových uzlů a konfrontacích, které proběhly ve střední fázi (náročná na svůj obsah a komplexnost vztahů) nastává závěrečná fáze. V této poslední fázi se klient stává samostatným, připravuje se na ukončení terapie, upevňuje se nové výsledky vhlédu a nové postoje. (Pejřimosvká, 2011, s. 99-100)

1.3. Druhy muzikoterapie

Muzikoterapii lze rozdělit do několika kategorií. Klient může absolvovat muzikoterapii buď to v rámci autoterapie nebo heteroterapie, při čemž může být aktivní či pasivní. Muzikoterapie se také provádí individuálně, skupinově či v rámci celé komunity.

Hudební autoterapie a heteroterapie


Výhodou autoterapie je větší intimita, individuálnost a svobodnější volba klienta. U heteroterapie je naopak vidět profesionalita terapeutického výkonu, což samozřejmě znamená větší míru kvalifikovanosti a případného psychoterapeutického účinku.

Aktivní a pasivní (receptivní) muzikoterapie

Aktivní muzikoterapie spočívá v tom, že klient sám vytváří hudbu (zpěv, hraní na nástroj, vytvářející rytmus, apod.). Klient se může aktivně podílet na muzikoterapii buď to sám, nebo za pomoci muzikoterapeuta či dalších klientů. Pojem pasivní (receptivní = poslechová) muzikoterapie znamená, že klient může jen poslouchat hudbu, aniž by ji on sám nějakým způsobem vytvářel. Je možné během pasivní muzikoterapie vykonávat další činnosti (čtení, malování, …), přičemž tyto činnosti jsou jiné, než hudební. (Linka, 1997)
**Individuální terapie**

Individuální terapie se zakládá především na vzájemné interakci mezi klientem a terapeutem. Tento druh terapie probíhá většinou formou samostatných sezení, nicméně jsou i výjimky, kdy se může individuální terapie provádět ve skupině, za předpokladu, že se sníží interakce mezi jejími členy, avšak ne všechny problémy klientů je možné řešit ve skupině. (Kantor, 2009; Linka, 1997)

Kantor (2009, s. 122) uvádí, že např. tito klienti potřebují individuální přístup: „Se závažným tělesným nebo kombinovaným postižením; kteří potřebují bipolární vztah; u kterých je individuální terapie efektivnější než skupinová; kteří nejsou schopni efektivně pracovat ve skupině z důvodu vážného sociálního narušení (nerespektování pravidel, odmítání spolupráce, agrese); pro které by skupinová terapie znamenala příliš velkou zátěž“.

Nicméně individuální terapie může sloužit také jako tzv. příprava pro skupinovou terapii, kdy si jedinec osvoji sociální dovednosti a zkušenosti (např. u mentálně postižených osob).

**Skupinová terapie**


Skupinová terapie se rozděluje na uzavřenou a otevřenou skupinu. Pokud vznikne uzavřená skupina, v jejím průběhu není již možné přijímat další nové členy. Tato uzavřená skupina má většinou předem určený počet společných sezení. Jedná se obvykle o krátkodobé terapie. Velkou výhodou uzavřené skupiny je to, že se členové mezi sebou vzájemně poznávají a zvykají si na sebe. Výjimku přijetí nového člена do skupiny tvoří pouze to, pokud to vyžadují požadavky terapie nebo pokud by se měl výrazně zmenšit počet klientů v této uzavřené skupině.

Flexibilnost otevřené skupiny je možné vnímat v tom, že nahrazuje odcházející a přijímá nové členy. Je zde také důležité, zda se bude klient chtít sdílet s ostatními klienty.
Je také velmi důležité podporovat pocit sounáležitosti všech jejich členů. (Kantor, 2009, s. 123-124; Linka, 1997 tamtéž)

**Komunitní (hromadná) terapie**

V komunitní terapii se na rozdíl od skupinové terapie nepracuje v uměle vytvořených skupinách, ale v přirozeně existujících skupinách a v přirozeném prostředí klientů. Komunitní terapie pracuje s rodinami, s komunitou vrstevníků či s různými institucemi a pracovišťi. Počet klientů není nijak stanoven, především její horní hranice. Rozdíl mezi skupinovou a komunitní terapií můžeme vnímat také v tom, že u skupinové terapie jde o změnu jednotlivců, zatímco u komunitní terapie se jedná o změnu celkového systému. U nás je asi nejznámější terapie s rodinou. Rodinná terapie vychází z toho předpokladu, že pokud se má konat změna u jednotlivce, zákonitě musí nastat změna i v jeho okolí, ve kterém žije. Hudba v této rodinné terapii slouží především jako nástroj ke komunikaci a k rozvoji vztahů v rodinném systému. (Kantor, 2009, s. 124)


**1.4. Pozitiva muzikoterapie**

Hudba všeobecně působí na jedince. Ve většině případů se jedná o pozitivní účinky, které mohou jedince povzbuzovat k rozvíjení či posílování jeho silných stránek. Nicméně jsou určité druhy hudby, které navzdušují negativní nálady a s čímž také souvisí negativní účinky.


Linka (1997) ve své publikaci uvádí, že tzv. hudební motorika (rytmus, tempo, atd.) pomáhají navodit dobrou náladu. Např. pochodová hudba sladuje krok pochovujících, ale
také navozuje pozitivní náladu, zpříjemňuje pochod a povzbuzuje je. Hudba máblahodárný účinek např. u starších tvůrců hudby (zpěvák, dirigent, ...), během jejich vystoupení, působí velmi energicky a mladistvě, díky rytmické hudbě. *Podle své povahy může hudba určitého druhu člověka stimulovat, aktivizovat, alarmovat, mobilizovat, naplňovat energií a pocitem lidské důstojnosti, relaxovat, uvolňovat, uklidňovat, konejšít, inspirovat, oduševňovat,* může mu být do jisté míry náhradou za chybějící mezilidské vztahy nebo při nedostatku lásky anebo uznání, dávat mu pocit smyslu života a duševního naplnění, může být ventilem psychického přetlaku, zdrojem osvěžení, únikem ze životních strastí, přiležitostí ke společenskému kontaktu, sebevýjádření, atd. (Linka, 1997, s. 25)


1.5. **Negativa muzikoterapie**


Jako další negativum či riziko je možné vnímat také nedostatečné vzdělání či kvalifikace muzikoterapeuta (Pejřimovská, Zelejová, 2011) dodávají, že negativní dopad může mít také absence supervize pro muzikoterapeuty, ve vztahu ke klientům. Důležité je nejen vzdělání v rámci muzikoterapie, ale také znalosti o cílové skupině, se kterou muzikoterapeut pracuje. Při neznalosti cílové skupiny je možné, že terapeut zvolí techniku
či metodu muzikoterapie, která je pro zrakově postižené nevhodná. Je potřeba myslet také na to, že ne pro každého je vhodná muzikoterapie, přičemž je nutné pozorovat klienty, zda nemají nějaké obtíže v průběhu muzikoterapie.

1.6. Vzdělávání muzikoterapeutů a jejich možné role

V prvé řadě zde budou uvedeny požadavky na to, aby se člověk mohl stát kvalifikovaným a odborným muzikoterapeutem, který by mohl vůbec muzikoterapii provozovat, podrobněji popisuje CZMTA (Muzikoterapeutická asociace České republiky).

„Nastavení úrovně profesních standardů vychází z respektu k nárokům na odbornou a osobnostní přípravu u oborů s terapeutickým dopadem a dále závazkům asociace vůči mezinárodním profesním organizacím, jichž je asociace členem (Evropská muzikoterapeutická konfederace EMTC, Světová federace muzikoterapie WFMT).

Pro uznání muzikoterapeutické kvalifikace (podle CZMTA) je potřeba naplnit níže uvedené standardy, být členem CZMTA, zavázat se písemně k etickému kodexu CZMTA (EMTC), získat doporučení Profesní komise a schválení Rady CZMTA. V jiných případech (např. jiný typ vstupního vzdělání apod.) lze žádat o přiznání profesního členství na principu grandparentingu, uznání profesního členství záleží na posouzení Profesní komise a schválení Radou CZMTA. Profesní standardy zahrnují těchto pět oblastí:

Na začátku je tzv. vstupní vzdělání, kdy je potřeba mít vysokoškolské vzdělání humanitně zaměřené (včetně medicíny) nebo vyšší odborné vzdělání oborově profilované (umělecky, sociálně, pedagogicky, zdravotně). Jako dalším krokem je sebezkušenost, kdy je potřeba absolovat minimálně 250 hodin sebezkušenostního výcviku (výcvik musí být ucelený a dokončený). Pro své dovednosti musí absolovat alespoň 250 hodin specifické teorie muzikoterapie a to:

a) uceleně: v rámci jednoho dlouhodobého akreditovaného muzikoterapeutického výcviku s garancí CZMTA

b) složeně z více muzikoterapeutických kurzů a výcviků. A to buď ze 3 střednědobých (100 a více hodin) kurzů a výcviků s garancí CZMTA nebo ze 2 střednědobých kurzů, výcviků + složením 100 hodin z krátkodobých kurzů a seminářů muzikoterapie
garantovaných CZMTA. Alternativní možnost: Výcviky zahrnující standard sebezkušenost + dovednosti

c) Komplexní akreditovaný vzdělávací program v min. rozsahu 500 hodin, komplexní vzdělávání obsahuje teorii MT v min. rozsahu 120 hod. a praktickou část – tj. sebezkušenostní a praktický výcvik v rozsahu min. 350 hod. Vždy s garancí CZMTA.

d) Součet dvou navazujících akreditovaných vzdělávacích programů (garantovaných CZMTA) spojujících sebezkušenostní, teoretickou a dovednostní rovinu, celkový rozsah min. 500 hodin. Nejdůležitějším krokem je praxe, při čemž musí absolvovat alespoň 5 let práce v pomáhajících profesiích - rozumí se tím přímá práce s klienty (z toho min. 500 hodin muzikoterapie). Jako u každé pomáhající profese, je i zde důležitá supervize a to v rozsahu minimálně 120 hodin supervize. Z toho minimálně 40 hodin individuální supervize (u supervizorů s garancí EAS a CZMTA) vlastní muzikoterapeutické práce a maximálně 80 hodin skupinové supervize (garantované supervizní semináře CZMTA). Pro uznání celkového počtu hodin je vedle dokladů o supervizi potřebné doporučení supervizora, u kterého uchazeč absolvoval nejméně 40 hodin supervize”. (CZMTA, 2015)

Po absolvování veškerých potřebných kurzů pro výkon muzikoterapeuta se školený muzikoterapeut může zařadit do těchto rolí: role aktivního vůdce, analytika, komentátora, moderátor a experta a role autentické osoby. (Kratochvíl, 2005)

Pro srovnání s požadavky na pozici sociálního pracovníka, je možné říct, že jsou sicě odlišné, nicméně obě tyto profese vyžadují vysokoškolské vzdělání, ale k tomu ještě další vzdělávací kurzy, které probíhají během celoživotní praxe profesionála. Stejně jak muzikoterapeut, tak i sociální pracovník by měl projít určitým sebezkušenostním výcvikem, který mu ukáže jeho možnosti a limity a naučí se s nimi pracovat. Důležitá je taktéž praxe. Sociální pracovník může praxi získat během studia na střední, vyšší odborné či vysoké škole. Muzikoterapeut musí projít např. humanitním, zdravotnickým či dalším příbuzným oborem, ale k tomu musí absolvovat další vzdělávací kurzy pro muzikoterapeuty. Proto, aby mohly jak muzikoterapeuti, tak i sociální pracovníci vykonávat kvalitní a profesionální pomoc je potřeba se účastnit také supervize, která může pomoci pracovníkovi s řešením problémů, které vnímá v rámci svého zaměstnání.
2. Sociální práce se zrakově postiženými klienty

Ve druhé kapitole bude text rozdělen do tří dalších podkapitol, kde se v první podkapitole bude pojednávat o pojmu sociální práce. Pod tímto pojmem bude podrobněji popsáno, kdo je sociální pracovník, jak je definován sociální pracovník dle zákona a také budou popsány role sociálního pracovníka. Ve druhé podkapitole se bude mluvit o zrakově postižených. Podrobněji bude popsáno kdo je zrakově postižený, klasifikace zrakového postižení a sluchové vnímání u zrakově postižených. Ve třetí kapitole budou popsány nerovnováhy u zrakově postižených.

Sociální práce

V této práci je také samozřejmostí popsat kdo to vlastně je sociální pracovník a co vůbec znamená pojem „sociální práce“. Pro představu kdo vlastně pracuje s cílovou skupinou, která je tématem této diplomové práce a to jsou tedy zrakově postižení klienti.

Pokud se podíváme na definice různých autorů, zjistíme, že některé jsou velmi jednoduché, ale výstižné, jako např. uvádí Navrátil (2000) „sociální práce je prostě to, co dělají sociální pracovníci“. Něméně je potřeba více do hloubky specifikovat sociální práci, což uvádí Musil (2004, s. 15) kde popisuje, že v sociální práci je potřeba „pomoci lidem v obtížných životních situacích“, kde je potřeba se zaměřovat na „interakce mezi člověkem a jeho sociálním prostředím“, přičemž „pomoc je zaměřena na dosahování rovnováhy mezi očekáváním sociálního prostředí, v němž lidé uspokojují svoje potřeby a jejich schopnost toto očekávání zvládat“. Avšak Úlehla (2005, s. 19) dodává, že v sociální práci je také potřeba „vést dialog mezi tím, co chce společnost ve svých normách a tím, co si přeje klient“. Je důležité umět vést dialog a spolupracovat s klientem jako s rovnocenným partnerem. Sociální práce spolupracuje také s jinými obory, jak uvádí Matoušek a kol. (2001), kdy se sociální pracovník opírá o sociologii, psychologii, právo a zdravotní vědy.

2.1.1. Sociální pracovník

Hlavní předmětem zájmu sociálních pracovníků je pojem sociální fungování a životní situace. Životní situace je určitý celek, který je unikátní ve své komplexnosti okolností a faktorů, s nimiž sociální pracovník následně pracuje a posuzuje klientovu životní situaci. Nejprve však sociální pracovníci musí porozumět těmto okolnostem a
faktorů, aby mohla následovat podpora klienta v úsilí o zvládání jeho tříživé sociální situace. (Musil, 2004)


Jak popisují (Musil a Navrátil, 2000, s. 29) sociální fungování je podmíněno naplněním fyziologických (jídlo, přístřeší, bezpečí, zdraví a péče o ně, ochranu), psychologických (pocit zvládání očekávání, sebedůvěra, sebeúcta a osobní identita) a sociálních (pocit součlenitosti, sdílení společenství, uznaní a oprávnění) a noogeních (též duchovních) potřeb (naplnění hodnot, morální přesvědčení o správnosti jednání, prožitek krásného, náboženské přesvědčení, kulturní identita, přesvědčení o smysluplnosti života).

Tím hlavním v konceptu sociálního fungování, je představa, že lidé a prostředí jsou v neustálé interakci. „Zdravé či bezproblémové“ interakce můžeme považovat ty interakce, ve kterých panuje rovnováha mezi požadavky prostředí a člověkem. Problém nastává tehdy, pokud lidé nezvládají požadavky prostředí a tím se naruší rovnováha v jejich vzájemné interakci. Někteří jedinci jsou schopní se s nerovnováhou vypořádat sami či za pomoci blízkých osob a jsou schopní nastolit opět rovnováhu, nicméně někteří lidé toto nezvládnou (díky nedostatku dovedností na straně klienta či nepřiměřenosti vysokých nároků prostředí) a potřebují pomoc sociálního pracovníka.

K tomu, aby mohli sociální pracovníci dobře vykonávat svou práci, je potřeba umět rozlišovat také druhy pomoci, které se odvíjejí od tří paradigmat. Payne (1997) je označuje jako malá paradigma, od čehož se také odvíjí koncept sociální práce (sociálního fungování). (Navrátil, 2000) Paradigmata jsou důležitou složkou, pro výkon sociální práce s různými cílovými skupinami, proto je důležité tyto paradigmata uvést i v moji práci, neboť práce se zrakově postiženými může být opřena jak o poradenské paradigmata, tak i o terapeutické paradigma, ale také o reformní paradigma, kde se využívá proces zmocňování.
Terapeutické paradigma

V terapeutickém paradigmatu sociálního fungování jde především o duševní zdraví a pohodu člověka. Jiná se o tzv. terapeutickou intervenci, jejímž cílem je pomoci jak jednotlivcům, skupinám, tak i komunitám zajistit psychosociální pohodu. Základem principem je komunikace a budování vztahu. Tento přístup umožňuje také získat větší kontrolu nad vlastními pocity a způsobem života. Sociální pracovník by tedy měl ovládat psychologické znalosti, ale také by měl absolvovat terapeutický výcvik. (Navrátil, 2000)

Reformní paradigma

Matoušek (2001) uvádí, že v tomto paradigmatu je sociální fungování spojeno s představou společenské rovnosti v různých dimenzích společnosti (s ohledem na věk, gender, třídy, pohlaví, atd.). Sociální pracovníci mají představu, že pokud budou podporovat spolupráci a solidaritu v rámci určité společenské skupiny, pomohou tak získat vliv na svůj vlastní život utlačovaným. V tomto přístupu je důležitým pojmem zmocňování (empowerment) jak u jedinců, tak i u skupin, který napomáhá zvýšení podílu klientů na změně a vytváření společenských institucí. Sociální práce má tedy snahu o vytvoření společnosti na rovnostářském principu.

Poradenské paradigm

V tomto případě sociální fungování závisí na přístupu k odpovídajícím informacím a službám a na schopnostech zvládat problémy. Toto paradigma pracuje s klientem individuálně, ale zároveň se snaží o zlepšování systému sociálních služeb, jehož je klient součástí. Hlavním cílem je poskytování klientovi potřebné informace, kvalifikovaným poradenstvím, zpřístupňování zdrojů a mediaci. Snahou tohoto přístupu je také o změny společnosti a s ní související instituce, po kterých vyžadují lepší odpovídání potřebám klientů. V praxi běžně probíhají jen malé, individuální změny u jedinců, které nijak bezprostředně neovlivňují větší sociální změny. Sociální pracovník zde využije znalosti z psychologie, sociologie a práva. (Matoušek, 2001)

Sociální pracovník je osoba, která je v přímé interakci s klientem, skupinou či celou komunitou. Charakteristika sociálního pracovníka je ve společenském úkolu, který je, že by měl především přispívat ke zlepšení narušených společenských vztahů v jejich přirozeném prostředí, učit jedince správným životním postojům a chování, atd. Sociální pracovník může být označen jako tzv. „pojivo společnosti“. Sociální pracovník nemá
jednoduchou úlohu. Snaží se znovu obnovit spojení klienty se svou komunitou, ale také do tohoto procesu musí zapojit další odborný, kde se pak vytváří multidisciplinární tým. Zde musí být funkční přede vším komunikace. Někteří lidé si pletou sociálního pracovníka se sekretářkou či administrativním pracovníkem. Aby mohl sociální pracovník plnit své poslání, je nutné disponovat určitým vzděláním. Minimálním vzděláním v tomto oboru je VOŠ a VŠ. Vzhledem k tomu, že se společnost neustále mění, vyvíjí a objevují se nové situace, které musí sociální pracovník řešit, je potřeba se neustále zdokonalovat a vzdělávat v těchto oblastech. (Hanuš, 2007, s. 5-6)


Jak připominá Jenkins (in Musil, Růžičková, 2009), součástí identity není pouze „podobnost“, (sklon se něčemu podobat), ale také „rozdílnost“. Jedná se o označení toho, čím se odlišujeme, pokud přijmeme sebeopjetí za své.

Jak uvádí Navrátil (in Musil, Růžičková, 2009) sociální pracovník může prožívat různé tři typy identit (terapeut, poradenského pracovníka a reformátora). Přičemž, terapeut se snaží zásadně měnit osobnost klienta, poradenský pracovník se snaží zlepšit služby, pro
potřeby klientů a má také snahu na tom, aby tyto služby klienti využívali a nakonec reformátor, který má snahu přizpůsobovat instituce, které jsou podle něj ovládané elitou, v zájmu znevýhodněných.

Musil (2008) uvádí pojetí identity ve čtyřech typech roli sociálního pracovníka:
- *Filantrop* – pro filantropa je důležitý vztah s klientem, vřelost, láska k bližnímu a empatie.
- *Administrátor* – provádí rutinní zavedené postupy, při vyřizování žádostí nebo plně předem stanovené instrukce.
- *Profesionál* – při volbě metodických postupů se spoléhá na osobní nezávislost a také se odkazuje na svou, studiem nabytou, odbornost a za důležité, při rozhodování, považuje komplexní posouzení individuální životní situace klienta.
- *Aktivista* – má snahu bojovat a prosazovat práva klientů.

### 2.1.2. Sociální pracovník dle zákona

§ 109

Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinouje poskytování sociálních služeb. (Zákon 108/2006)

V § 110 zákona o sociálních službách (108/2006) se v dalších odstavcích pojednává o tom, že sociální pracovník musí být plně svěrávný, musí mít trestní bezúhonnost, zdravotní a odbornou způsobilost, kterou ukládá tento zákon. (Zákon 108/2006)

K výkonu povolání profese sociální pracovník musí tato osoba splňovat určitá kritéria vzdělání. Nejnížším možným dosaženým vzděláním pro výkon sociálního pracovníka je ukončená vyšší odborná škola se zaměřením na humanitní studie (sociální práce, sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost). Své vzdělání je možné navýšit o bakalářské, magisterské a doktorské vzdělání se zaměřením na tyto obory: sociální práce,
sociální politika, sociální pedagogika, sociální péče, sociální patologie, právo nebo speciální pedagogika.

Dále v § 111 je uvedeno, že by se měl sociální pracovník zúčastňovat dalších vzdělávacích kurzů, které mu umožní zaměstnavatel a to v rozsahu nejméně 24h za kalendářní rok. Na těchto kurzech by si měl pracovník obnovovat, upevňovat a doplňovat kvalifikaci. Mezi další formy vzdělávání můžeme zařadit i speciální vzdělávání, které zajišťují vysoké školy a vyšší odborné školy, které navazují na získanou odbornou způsobilost sociálního pracovníka. Dále je to také účast v kurzech s akreditovaným programem, odborné stáže, účast na skolních akcích a účast na konferencích. (Zákon 108/2006)

2.1.3. Role sociálního pracovníka

Podrobnější popis rolí sociálního pracovníka můžeme najít v literatuře, kde Řezníček (1997) uvádí, že nelze vymezit přesně dané typy rolí sociálního pracovníka, poněvadž se role prolínají mezi sebou. Pro přehled budou pouze vypsány jednotlivé role sociálního pracovníka: pečovatel nebo poskytovatel služby, z prostředkovatel služby, cvičitel (učitel) sociální adaptace, poradce nebo terapeut, případový manažer, manažer pracovní náplně, personální manažer, administrátor, činitel sociálních změn.


2.1.4.1. Potřeby klienta

Potřeba je určitým bodem motivace k tomu, aby člověk začal jednat. Pokud člověk neuspokojuje své potřeby, dochází tak k deprivaci, jinými slovy řečeno strádání. (Matoušek, 2012)

Jak uvádí Trachtová (2005), potřeba je tedy projevem určitého nedostatku, se kterým je potřeba pracovat a odstranit jej. Nedostatek se projevuje ve všech sféřách lidského bytí, tedy konkrétně v bio-psycho-sociální rovině.

Maslowova pyramida potřeb jasně určuje potřeby každého člověka. Pyramida postupuje zespoda, kde jsou určeny ty nejzákladnější potřeby pro život (fyzioologické potřeby), a pak postupně se zvyšující náročnější potřeby ke složitějším motivům (potřeba seberealizace). (Atkinson, 2003) Na tomto příkladu je možné pozorovat to, že je sice důležité naplnit ty nejzákladnější potřeby, ale i přesto, pokud člověk nemá naplněny základní potřeby je možné prožívat lásku, toužit po vědění a seberealizaci.

Sociální pracovník má za úkol zjistit a analyzovat potřeby klienta a zajistit naplnění potřeb, které se ocitly v tíživé sociální situaci nebo nejsou samy schopni, z nějakého důvodu tyto potřeby naplnovat. Koncept Maslowovy pyramidy potřeb je taktéž důležitý pro moji práci, z toho důvodu, abych mohla zjistit, zda se díky muzikoterapii podařilo klientovi naplnit jeho potřeby a zda jsou potřeby zrakově postižených nějakým způsobem specifické.
2.2. Zrakově postižený

V těchto podkapitolách se bude pojednávat o pojmu „zrakově postižený“. K rozšíření pohledu na danou problematiku bude uvedeno dle Národního informačního centra pro mládež, kdo je zrakově postižený. Klasifikaci zrakového postižení se zabývá světová zdravotnická organizace (World health organization - WHO) a tyto informace zprostředkovává Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých (SONS), nicméně klasifikaci popisují a rozšiřují také Kimplová, Kolaříková. Sluchové vnímání zrakově postižených popisuje Keblová, která uvádí také klasifikaci sluchového postižení, kde se opírá o WHO.
2.2.1. Definice zrakově postižený

V odborné literatuře existuje mnoho definic zrakového postižení a odborníci se v některých definicích odlišují. Proto jsem pro moji práci vybrala tuto definici, která se mi jeví jako nejvýstižnější. Oko je složitý orgán, a v kterékoli části může dojít k poškození (oční vada, choroba, poškození), a tím způsobit tak určité charakteristické následky pro samotné vidění. Přesný popis struktury oka je součástí přílohy č. 5 (Rozsival, 2006). Vidění můžeme chápat jako schopnost vnímání, rozlišování a představování si našeho okolí. Vnímání okolního světa pomocí zraku rozlišujeme do dvou skupin. První skupinou je vidění centrální, takto vnímáme barvy a detaily. Naopak periferním viděním vnímáme prostor a oko nám pomáhá orientovat se v něm. (Národní informační centrum pro mládež, online)

Je možné se setkat s lidmi, kteří mají různé druhy a stupně zrakového postižení. Takto se označují lidé, kterým poškozený zrak nějakým způsobem ovlivňuje konání běžných činností každodenního chodu života a běžná optická korekce jim nepomáhá. Do této skupiny tedy nezařazujeme osoby, které nosí brýle a tímto svoje zrakové omezení odstraní a mohou v běžném životě normálně fungovat. (Národní informační centrum pro mládež, online)

2.2.2. Klasifikace zrakového postižení

Skupinu těžce zrakově postižených můžeme dále dělit na nevidomé a slabozraké. Při očním vyšetření se zkoumá zraková ostrost vyjádřená tzv. vizem udávaným zpravidla ve zlomku, kde první číslo znamená vzdálenost v metrech, ze které dotyčný čte a druhé číslo pak vzdálenost, ze které čte tu samou velikost písmene člověk s nepostiženým zrakem. (Vizus zdravého oka je tedy např.: 6/6). Vyšetření zrakové ostrosti do dálky se provádí nejčastěji na Snellenových optotypech, což jsou tabulky s řadami postupně se zmenšujících znaků. Dalším zkoumaným parametrem je velikost zorného pole. Toto pole může být v důsledku zrakové vady zúženo, omezeno nebo v něm může docházet k lokálním výpadkům - tzv. skotomům.

Podle výsledků oftalmologického vyšetření je možno zrakově postiženého člověka zařadit do některé z 5 kategorií zrakového postižení:

- kategorie 1: střední slabozrakost
- kategorie 2: silná slabozrakost
kategorie 3: těžce slabý zrak
kategorie 4: praktická nevidomost
kategorie 5: úplná nevidomost (SONS, klasifikace zrakově postižených, vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, online)

Kimplová a Kolaříková (2014, s. 24) uvádí rozdělení zrakových vad dle stupnů postižení, což se dle těchto autorek ve velké míře opírá o klasifikaci zrakového postižení dle WHO. Stupnice je tedy následující:

- Slabozraký
- Lehce slabozraký
- Těžce slabozraký
- Prakticky nevidomí (někdo označuje tento stupeň jako zbytky zraku)
- Nevidomí
- Zachovaný světlocit s projekcí (dokáže rozpoznat směr zdroje světla)
- Zachovaný světlocit bez správné projekce (tito lidé jsou schopni rozpoznat světlo a tmu, ale už nerozeznají směr zdroje světla)
- Úplná slepota bez světlocitu

Jestliže mluvíme o zrakovém postižení je třeba si uvědomit, že přesné definování může být složité. Nestačí prozkoumat pouze ostrost vidění a rozsah zorného pole, ale je také potřeba zjistit zda jsou další funkce oka poškozeny nebo nikoliv. Oftalmolog tedy dále zkoumá:

kontrastní citlivost (světloplachost, šeroslepost),
vnímání hloubky,
schopnost rozlišovat barvy (barvoslepost),
schopnost lokalizovat,
fixovat předměty,
sledovat je v pohybu apod. (Národní informační centrum pro mládež, online)

Odborníci zkoumají především to, jak zrakové postižení může ovlivňovat běžný život klienta. Zda zvládá běžné činnosti, zvládá je s obtížemi nebo je nezvládá vůbec. Zjišťuje se také, ve které oblasti zrak omezuje úplně a v kterých oblastech si osoba může vypomoci jinými smysly. Ke kompletnímu posouzení je potřeba více odborníků: lékař, zrakový terapeut a sociální pracovník. (Národní informační centrum pro mládež, online)
Mezinárodní klasifikace nemocí, uvádí tuto klasifikaci týkající se nemocí oka a očních adnex (H00-H59):

- **H00–H06** Nemoci očního víčka, slzného ústrojí a očnice
- **H10–H13** Onemocnění spojivky
- **H15–H22** Nemoci skléry, rohovky, duhovky a řasnatého tělesa
- **H25–H28** Onemocnění čočky
- **H30–H36** Nemoci cévnatky – chorioidey a sítnice – retiny
- **H40–H42** Glaukom
- **H43–H45** Nemoci sklivce a očního bulbu
- **H46–H48** Nemoci zrakového nervu a zrakových drah
- **H49–H52** Poruchy očních svalů, binokulárního pohybu, akomodace a refrakce
- **H53–H54** Poruchy vidění a slepota
- **H55–H59** Jiné nemoci oka a očních adnex (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2014, s.287)

Tato klasifikace je v původním zdroji více rozpracována, protože zde je vložena pro představu, jak se klasifikují nemoci očí.

---

2.2.3. Zvládání závažné změny zdravotního stavu - fyzické a psychosociální projevy

Definici zvládání uvádí Lazarus (in Křivohlavý, 2001, s. 70) „Jádrem zvládání je využívání snah (jak intrapsychických, tak typu určité aktivity) řídit (monitorovat, ovládnout, minimalizovat, zmenšovat, tolerovat) vnitřní či vnější požadavky, které těžce doléhají na člověka (a konflikty mezi nimi).“ Od těch snah zvládnutí těžké situace je třeba odlišit tzv. zvládací reakce (coopingreactions), které jsou přirozené (vrozeně). Ty probíhají obvykle bez účasti našeho vědomí (automaticky) a je jim zde věnována minimální pozornost. Jednoduše řečeno, určité styly zvládání můžeme čekat od různých lidí, kteří mají odlišný charakter. Dostane-li se do stresové situace, pak očekáváme, že se bude chovat zcela určitým způsobem, který jsme u něho již dříve několikrát viděli. (Křivohlavý, 2001 s. 85)

Jestliže máme mluvit o zvládání závažné změny zdravotního stavu (v tomto případě se jedná o oslepnutí), je potřeba uvést dva odlišné způsoby. Prvním způsobem je postupné zhoršování vidění (způsobuje většinou nemoc) a náhlé (je způsobeno úrazem, nádorem, …). Každé z nich má odlišný průběh, ale konečná fáze je stejná, tedy slepota. „Základním,
v podstatě instinktivním jednáním je v obou případech snaha o uzdravení, o „návrat k původnímu stavu“. (Wiener, Rucká, 2006, s. 14)


Náhlá ztráta zraku, na rozdíl od předchozího popsaného stavu, (postupná ztráta zraku) je v tomto případě „okamžitý stav změny“, která vede z počátku k naprostému zmatku. V tuto chvíli je člověk zcela dezorientován a ochromen často i bolesti, pokud je příčina úraz. (Wiener, Rucká, 2006)

V tuto chvíli můžeme říct, že se z počátku rozdílné cesty setkávají, bez ohledu na to, co tomuto stavu předcházelo, se člověk ocitl v „jiném světě“, kterému vůbec nerozumí. Najednou se rozpadly všechny plány, perspektivy, zhroutil se celý jeho hodnotový systém. Zcela chybí představa, co dál, jestli je vůbec možné s tímto žít. Toto se týká taktéž rodinných příslušníků. Nyní nastává období, kdy člověk vnímá všechno negativně. Vyvstávají otázky „zvládnut to?“ Což je často konfrontováno s úspěchem. Časem následuje určitá pasivita, což se stává jakýmsi únikem. V některých případech je to i jediné východisko, protože člověk přestane o sobě a dalších běžných činnostech uvažovat a rozhodovat. Aktivita se nyní přenechává na ostatní. Důsledkem je tzv. postupné vyklízení pozic“. Někomu toto opuštění pozic nevadí, jinému ano. (Wiener, Rucká, 2006, s. 16-18)

Základní emocí provázející tuto emočně náročnou krizi, je bolest. Nejedná se přímo o fyzickou bolest, ale spíše o psychickou. Trpí jak samotný postižený, tak i jeho rodina a blízcí. Jak další emoce můžeme uvést beznaděj, smutek, komplex méněcennosti, strach a úzkost, bezmoc a závislost, popřípadě, odpor, apatie a úzkost, znechucenost, ukřivděnost, netrpělivost, vztek a agresivity, panika, hysterie a afekt, touha po úniku. Proces těchto emocí je velmi obtížný a složitý. Některým lidem trvá dlouho, než se ztrátou vidění smíří, pokud vůbec. Samozřejmě je pomoc psychologa, ale je důležité také čas, aby se člověk měl možnost si prožít určité emoce a následně s nimi pracovat a vyrovnat se s touto „krutou“ realitou. (Wiener, Rucká, 2006, s. 19-26)


**Fyzické potřeby** jsou odlíšně, díky stavu pacienta, který je u každého odlíšný. V této oblasti muzikoterapie působí především při redukci bolestí a při toleranci lékařských záříků. Pacienti hospitalizováni v nemocničním zařízení pocítí bolest a často i úzkost. V tomto případě pomáhá anxiogalgytická hudba, která pomáhá snížovat vnímání úzkosti a bolesti. Tento druh hudby může napomoci zmírnit bolestivost, anebo ji může zcela eliminovat. Hudba slouží především k odvedení pozornosti od bolesti. Do této oblasti patří také **zlepšení svalové funkce**. V tomto případě může hudba napomoci zpříjemnit pacientovi rehabilitace nebo snížovat nepříjemné a bolestivé pocity během cvičení. Například hráním na...
dechové nástroje, dechová cvičení nebo zpěv napomáhají posilovat funkci dechových orgánů. (Kantor, 2009)

**Psychosociální potřeby** jsou taktéž podstatnou součástí při hospitalizaci. Je nutné se zaměřit na emocionální a sociální podporu. Jde především o zpříjemnění lékařského prostředí, snížit obavy a úzkosti pacienta, pokračování v kognitivním a sociálním vývoji, zvyšování participace a motivace při léčbě, naučit se strategicky zvládat situaci, podpora při zvýšení schopnosti sebevyjádření, možné cesty k vydržení frustrace, nabídka emocionální podpory. (Kantor, 2009) Např. skupinová či individuální muzikoterapie, zpěv, hrani na hudební nástroje, rytmické hry, pohyby při hudbě, kreativní skládání, hudební relaxace, skládání hudby, cvičení při doprovodu hudby, atd. jsou aktivitě, které napomáhají při dosahování výše uvedených cílů. Veškeré aktivity musí být projednány s odborným týmem a tyto aktivity musí být zaznamenány do pacientovy/klientoví dokumentace.

### 2.2.4. Sluchové vnímání u zrakově postižených

K tomu, abychom mohli s klienty provádět úspěšnou muzikoterapii je potřeba, aby nevidomí klient neměl poškozen nejen zrak, ale i sluch. V tomto případě by muzikoterapie nemusela být úspěšná, i když hudbu může vnímat díky vibracím např. pomocí dlaní přiložených na reprobednách nebo nohama na zemi. Vnímání zvuku mohou omezovat různé přičiny. Může to být způsobeno poruchou sluchu, rizikovými anatomicko-fyziologickými faktory (vývojové vady, infekce matky během těhotenství, možnost předružení ke zrakové vadě (nejčastěji při degeneraci sítnice), ušní šelesty, hučení či zvonění v uších, poškození sluchového nervu …) anebo také vnějšími faktory sluchové orientace (akustika, hluk a šum). Pokud má zrakově postižená osoba poškozen sluch, přichází o možnost získávání informací ze svého vnějšího okolí. (Keblová, 1999, s. 9-12)

Jak uvádí WHO (in Keblová, 1999, s. 8-10) klasifikaci názvů ztráty sluchu:

- **Mírná porucha sluchu** - použít sluchadla při naslouchání tichém hovoru.
- **Střední porucha sluchu** (střední nedoslýchavost) - pokud je hovor veden na běžné úrovni hlasitosti, ještě lze porozumět, ale je nutno použít sluchadlo, speciální výcvik sluchu, řeči a jazyka.
- **Středně těžká porucha sluchu** (střední nedoslýchavost) – občas je možné rozpoznat hlasité zvuky v okolí, nicméně u běžné hlasitosti hovoru je už nutné
použít sluchadlo. Potřebný je také speciální výcvik sluchu, řeči a jazyka, v některých případech je nutná i znaková řeč.

- Těžká porucha sluchu a velmi těžká porucha sluchu (hluchota) – není zaručeno, že sluchadlo pomůže porozumět běžné hlasitosti hovoru. Je nutný speciální výcvik sluchu, řeči, jazyka a samozřejmě také znaková řeč.

- Úplná ztráta sluchu – je nutná znaková řeč

Speciální výuka u sluchově postižených se nazývá surdopedie. Pokud je potřeba vyučovat také řeč, tento obor se nazývá logopedie.


2.3. Nerovnováhy zrakově postižených v rámci sociálního fungování

Nerovnováhy u zrakově postižených nebo i celkově u zdravotně postižených osob, jsou různé. Na nerovnováhy je možné se podívat optikou v rámci sociálního fungování, které bylo popsáno v kapitole 2. Díky tomu, že prostředí klade na jedince určité požadavky a prostředí očekává, že tyto požadavky klient bude naplňovat, může u zdravotně postižených způsobit právě problém. Vzhledem ke svému postižení nemusí zvládat očekávané požadavky prostředí a tím se jedinec dostane do nerovnováhy.

Je možné se zaměřit například na komunikaci, která je v životě nevidomého člověka mnohdy důležitější, než si lze představit. Díky komunikaci s lidmi může poznávat své okolí. Proto je potřeba zde zařadit také roli průvodce, který po většinu času nevidomého doprovází např. na úřady, k lékaři, do obchodu, atd. Nerovnováhu můžeme vnímat v tom, že pokud např. průvodce doprovází nevidomého na úřad, velmi často se stává, že pracovník komunikuje s průvodcem a nikoli přímo s nevidomým, čímž může u nevidomých vyvolat pocit bezmocnosti či neschopnosti. Při komunikaci je potřeba dodržovat také určité zásady, jimiž jsou například to, že vidící by měli oslovit nevidomého jako první, popřípadě připojit k pozdravu i své jméno, pokud se s nevidomým neznáme delší dobu a on
dotyčného pozná podle hlasu. Může se stát, že nevidomí dotyčného neslyší nebo je zamyšlený a nevinná okolí, proto je možné se zlehka dotknout jeho ramene, ale až po oslovení, jinak hrozí vyděšení nevidomého. (Michalík, 2011)


V prvé řadě budou uvedeny „oblasti handicapujících bariér souvisejících se zdravotním postižením“ mezi které patří tyto sféry: pohyb a orientace, přijem informací, ale také zde můžeme zařadit řízení vlastního života a volby jeho způsobu, priorit či cílů. Důležitá je ovšem i sebeprezentace, k nimž samozřejmě patří životní aktivity a seberealizace. Nesmí se opomenout vzdělávání, studium, tedy profesní růst s čímž souvisí také trh práce a pracovní uplatnění. Do jejich života nepochybne patří také partnerský či rodinný život, který dále naplňuje občanský život, sociální akceptace, kde jsou velmi důležité vztahy a interpersonalní komunikace. (Novosad, 2006) Nicméně je nutné se držet také Maslowovy pyramidy potřeb, od kterých je možné se odrazit. V prvé řadě je potřeba začít s uspokojováním základních potřeb, a poté se bude lépe dosahovat i těch „vyšších“.

„Dopady zdravotního postižení na kvalitu života a utváření občanské pozice“ může způsobovat: stigmatizaci, postupné odsvoucí jednotlivců či skupin na okraj společnosti, sociální izolaci, dezintegraci. Dále to může být ambivalentní vztah k sobě samému, problémy v sebepojetí, snížené sebe-vědomí. Postižení může také omezit možností výběru zájmů, vzdělávacích příležitostí, profesní kariéry, což pak může způsobovat překážky v uplatnění občanských práv a svobod, latentní i realizovaná diskriminace, kde jsou uplatňovány předsudky a nedůvěra ze strany veřejnosti, mediálně neobjektivní obraz zájmů i potřeb osob se zdravotním postižením, čímž pak následuje i znevýhodnění pečujících.

Novosad (2006) navrhuje „komplexní řešení v oblasti ucelené rehabilitace“ takto: posun ve filozofii přístupu k osobám se zdravotním postižením (od péče a pomoci k podpoře, vytváření příležitostí, motivaci k samostatnosti a přijetí odpovědnosti za svůj život); dostupné a flexibilní vzdělávací příležitosti; strukturované pracovní uplatnění a zácvik k němu; destigmatizace a pozitivní informační kampaně; pedagogická péče, trénink ve zvládání obtížných či rizikových životních situací; rovnost v přístupech k životním šancím, příležitostem i občanskému životu a participaci na dění ve společnosti, antidiskriminační opatření; ochrana bezpečí, práv i svobod. (Novosad, 2006, s. 96)
3. Muzikoterapie v sociální práci se zrakově postiženými klienty

V této kapitole se pokusím najít souvislosti mezi sociální prací a muzikoterapií, především ve srovnání cílů těchto dvou disciplín. Pokusíme se najít, v čem se shodují a v čem naopak odlišují. Podíváme se také na to, s jakými klienty je možné pracovat a v čem jim může muzikoterapie pomoci.

3.1. Cíle muzikoterapie a sociální práce

Muzikoterapeutická asociace České republiky (2015) definuje muzikoterapii a její cíle takto: „Muzikoterapie je obor s primárně terapeutickým dopadem. Zároveň je muzikoterapie léčebným a podpůrným postupem, v němž kvalifikovaný muzikoterapeut prostřednictvím pomáhajícího vztahu, hudby a hudebních elementů provází klienta nebo skupinu v terapeutickém procesu. Cílem tohoto procesu je relevantním způsobem rozvinout potenciál nebo obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální anebo interpersonalní integrace, s cílem naplnění tělesných, psychických, emocionálních a sociálních potřeb.“

Při srovnání cílů muzikoterapie a sociální práce, si můžeme povšimnout, že se docela shodují. V oboru sociální práce, jde sociálním pracovníkům o rovnováhu mezi interakcemi v rámci prostředím, které klade na jedince určité požadavky, a jedincem. Velmi podobně pracuje také s jedincem muzikoterapie, kdy se snaží dosáhnout naplnit mimo jiné také sociální potřeby jedince. Muzikoterapie i sociální práce se snaží pracovat také s mezilidskými vztahy, kdy při sociální práci pomáhá „terapeutické paradigm“ a v muzikoterapii pomáhá hudba, což je taktéž „terapie“, která může napomoci uvolnění napětí, relaxaci a celkovém zklidnění. Obě tyto disciplíny se mohou zaměřit také např. na komunikaci.

3.2. Zrakově postižení a muzikoterapie

Při pohledu na to, s jakou cílovou skupinou pracují tyto dva obory, lze konstatovat, že jejich cílové skupiny jsou ti samý klienti, kteří jsou jak u sociální práce, tak i u muzikoterapie na prvním místě. Mohou tedy pracovat s lidmi s postižením (smyslovým, mentálním, tělesným), s lidmi závislými (na drogách, alkoholu, gambleři, …), se seniory, s dětmi, s menšinami, vězni, atd. Jsou to tedy většinou klienti, kteří potřebují získat nové
dovedností či se s pomocí pracovníků vymanit z jejich neprávně sociální situace, kde může být právě problém se vztahy, komunikací, s labilními emocemi, ale taky to může být způsobeno stresem, se kterým neumí pracovat. Domnívám se tedy, že tyto faktory mohou způsobovat problémy v sociálním fungování jedince a proto je možné jej zařadit pod působnost sociálních pracovníků. Lze říci, že propojení z hlediska práce s cílovými skupinami, je propojení muzikoterapie a sociální práce opodstatněné.

Při konkrétním zaměření se na práci s cílovou skupinou zrakově postižených, kteří jsou také hlavní tématem této diplomové práce, lze konstatovat, že muzikoterapie při práci se zrakově postiženými klienty je vhodné, díky tomu, že zde klienti využívají svůj sluchový vjem, který bývá často zvýšen, díky ztrátě zraku. Těžko je zde využitelná např. arteterapie či jiné terapie, u kterých je potřeba alespoň částečnou zrakovou kontrolu.

U muzikoterapie zrakově postižených využívá tedy sluch. Nicméně jejich vnímání bývá dokonalejší také ve vnímání vibrací, které hudba (basy, bubny, ...) dělají. Tuto techniku vnímání používají také sluchově postižení, kteří díky očesům např. podlahy nebo reprobeden mohou vnitřně rytmus hudby. Zrakově postižení se mohou muzikoterapie účastnit buďto pasivně tím, že pouze poslouchají hudbu, relaxují a uvolňují se, anebo ji mohou sami vytvářet a aktivně se podílet na muzikoterapii, kdy hrají na nějaký nástroj, zpívají či vytleskávají rytmus. Muzikoterapie může těmto klientům pomoci také po stránce emoční. Díky hudbě se mohou uvolnit, naučit se pracovat s negativními myšlenkami (které mohly přijít právě kvůli ztrátě zraku) a naučit se optimistickému myšlení, díky hudbě, která v člověku vyvolává pozitivní myšlení a náladu.

3.3. Nerovnováhy zrakově postižených v muzikoterapii v rámci sociální práce

Díky muzikoterapii, je možné si uvědomovat své slabé stránky, které nám právě muzikoterapie může pomoci posílit. Napomáhá také s vyrovnáním např. se stresem, který pociťuji jak lidé bez postižení tak i lidé s postižením. Postižení lidé mohou vnímat stres ve větší míře, např. jen když se vydají do města a potřebují si nakoupit nebo se zajít na úřad. Jsou ve stresu z toho, že si nejsou jistí, zda najdou hledanou úřednici či nakoupí vše, co potřebují. Témito „zbytečným“ stresům může právě napomoci muzikoterapie, kdy se člověk zrelaxuje a uvolní se a tím se také omezí jeho stresová zátěž. Postižený jedinec může mít také problém s navázáním kontaktu s neznámými lidmi, s čím souvisí také problémy v interakcích mezi lidmi. V rámci muzikoterapie se seznamuje s lidmi, které nezná a učí se odbourávat strach z navazování nových kontaktů. Tímto se posilují také jeho
komunikační dovednosti. Někteří jedinci se mohou cítit na obtíž, když potřebují s určitými věci pomoci od svých blízkých, proto tuto situaci je taktéž důležité posilování komunikace. Z hlediska sociální práce není důležité hledat jen to, kde je problém či nedostatek, ale je nutné posilovat zdroje a potenciál, který klient má.
4. Postoj

Jak již samotný název kapitoly napovídá, tato část diplomové práce se bude zabývat pojem „postoj“. Jedná se o postoj sociálních pracovníků k muzikoterapii. Nejprve však bude popsáno, co tento pojem vůbec znamená a jaké může mít rozdělení.


Postoj bude popsán z pohledu tří dimenzí. Jedná se o dimenze: emocionální, kognitivní a behavoriální.

Kognitivní (poznávací) složka

Sociální psychologie je tvořena pomocí vnímání (percepcie) a poznávání (kognici), díky kterým máme možnost si vytvářet soudy a úsudky. Jedná se o procesy, které jsou přítomné v každé sociální interakci. (Hevstone a Strobe, 2006) Sociální kognice napomáhá rozpoznávání sociálních situací, je to subjektivní proces.

Na tento koncept kognitivní složky můžeme nalížet jako na sociální poznávání. Po obsahové stránce jde o mentální reprezentace, které mají lidé o sociálním světě. Obsahuje charakteristiky lidí (...), sociálních skupin, poznatky o vztazích, které jsou mezi sociálními aktery, o interpersonalních situacích, ve kterých lidé, případně skupiny působí, jak piše Baungartner (in Výrost, Slaměníc, 2008,s.181) Nakonečný (2009, s. 149) formuluje tři základní percepční procesy, které se projevují jako jednota vnímání a posuzování. Jedná se o pojmy kategorizace, selekce a inference. Kategorizaci je možné chápat jako vnímání
objektů, které je možné následně řadit do určitých tříd, podle jejich kongruence. Nicméně při vnímání a posuzování může dojít k omylům jako je např. hallo-efekt, předsudky nebo zjednodušování „logických chyb“. Selekcce znamená to, že kolem jedince je velké množství podnětů, ale jedinec vnímá jen některé, zaměří se jen na malou část z objektu. Inference znamená, že při vnímání, je „vnesený“ něco, co je už mimo dané smyslové vnímání (z vnímaného výrazu ve tváři, je možné poznat emoční naladění jedince).

K tomu, aby mohla vůbec začít meziosobní percepcie (poznávání) je nutné utváření dojmů o jiné osobě. Díky tomuto konceptu je možné rozvíjet vztah k někomu a interakce mezi jedincí. První utváření dojmů je závislé na informacích, které nám poskytuje poznávaná osoba, na jejich charakteristikách a na situacích, ve kterých se nachází. Při prvním setkání se uskuteční tzv. kategorizace, podle níž si pak jedinec vnímanou osobu zařazuje. V tomto procesu jsou také určité efekty jako např. efekt primárnosti (první zaznamenané rysy mají větší vliv na formování dojmu), efekt novosti (větší vliv při získání pozdějších informací na formování dojmu), efekt rozptýlení (podání informací v kontextu dalších informací). (Výrost, Slaměník, 2008)

Sociální poznávání se také zabývá zpracováváním sociálních informací. Zjednodušeně řečeno, kognitivní složka se zabývá tím, co již víme a co si myslíme o dané věci, na základě našich informací. (Čížková, 2000)

Během tvorby mentální reprezentace si každý jedinec utváří své představy, pojmy a úsudky odlišně, neboť i každá interpretace objektu je odlišná. Interpretace je pak možné dále spojovat s emocionální složkou. (Stuchlíková, 2002)

**Emoční (citová, afektivní) složka**


Emoce určují sílu postoje. Emoce můžeme vnímat buďto jako extrémně pozitivní nebo naopak negativní, což úzce souvisí s osobností jedince v tom smyslu, že plní určitou integrační funkci. Emočně silné akcentované postoje, jsou především předsudky, které mohou být iracionální a mohou být spojovány s nevalidními informacemi. Neutrální postoj je spojován s nevýznamnými objekty nebo s objekty o nichž nic nevíme. (Nakonečný, 2009)
Stuchlíková (2002) emoce rozděluje na pozitivní a negativní. Uvádí jeden z aspektů, kdy pozitivní emoce jsou v dnešní době přehlíženy, protože z psychologického hlediska se řeší především problémy lidí, které jsou spojovány s negativními emocemi. „Negativní emoce zužují momentální myšlenkově akční repertoár člověka. Negativní emoce spouštějí specifické akční tendency v situacích ohrožujících život.“ (Stuchlíková, 2002, s. 106)

Na druhou stranu pozitivní emoce jsou základem pro vznik „individuálních osobních zdrojů, od fyzických, přes intelektuální až k sociálním. Tyto zdroje jsou stabilní a mohou být později využívány.“ (Stuchlíková, 2002, s. 107). Pozitivní emoce, sice krátkodobě, ale přece, napomáhají učení a zvládání kognitivních úloh, což následně vede k vytváření stabilních individuálních intelektuálních zdrojů. (Stuchlíková, 2002)

Pozitivní emoce můžeme také spojovat s pojmem PERMA. Tímto konceptem se zabýval M. Seligman. PERMA obsahuje pět složek, které se podílejí na vzniku tzv. well-being. Pod tímto pojmem si můžeme v češtině představit stav, kdy se člověk cítí velmi dobře. (Seligman, 2011)


V životě se setkáváme i s negativními emocemi, jako je hněv a nenávist. Hněv, nepřátelství a agrese se často v anglické literatuře označuje jako AHA-syndrom (anger-hostility-agression). To jistým způsobem naznačuje propojenost těchto negativních emocí. Hněv je zařazován pod emocionální reakce, zatímco hostilita je chápána jako kognitivní a
agrese jako behaviorální součást výše uvedené triády. Hněv je tedy specifická emoce a agrese je jednáním, které se snaží ubližit (poškodit) druhého. Hněv lze chápat také jako primární stimul, který následně roste v agresivním jednání. Pohrdání, hněv, nedůvěra a nenávist k jiným osobám a objektům pociťuji hostilní jedince. (Stuchlíková, 2002)


**Konativní složka (behaviorální predispozice)**

B. METODOLOGICKÁ ČÁST

5. Výzkumná strategie

Cílem této práce je zkoumání a zjištění toho, jaký postoj mají sociální pracovníci k pozitivům a negativům muzikoterapie u zrakově postižených klientů. Vzhledem k tomu, že existují dvě různé metody, jak výzkum provést, buď to kvantitativní nebo kvalitativní metodou sběru dat, v této práci bude využita kvalitativní metoda.

Je možné pojít tyto dva přístupy tak, že jejich společným „cílem je rozvíjet a prohlubovat naše poznání i samu schopnost poznávat“. (Miovský, 2006, s. 19) Disman (2002) dodává, že rozdílem mezi těmito dvěma výzkumnými metodami je v tom, že kvantitativní se zaměřuje spíše na vztahy mezi dvěma a více proměnnými, zatím co kvalitativní metoda se zaměřuje na všednost a každodennost. Rozdíl je možné pozorovat také v tom, že kvantitativní metoda se zaměřuje na co největší počet respondentů a snahou je získat co nejvíce okrajových informací. Kdežto kvalitativní metoda se zaměřuje spíše na malý počet respondentů, za to je snahou výzkumníka získat informace směřující do hloubky. Kvalitativní výzkum se taktéž charakterizuje svou pružností v tom, že během výzkumu je možné sledovat vznik nových výzkumných otázek, hypotéz či nových rozhodnutí, jak v daném výzkumu pokračovat. (Hendl, 2005)


Jak píše významný metodolog Creswell (in Hendl, 2005), kvalitativní výzkumnou metodu definuje takto: „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ Jak uvádí tato definice, výzkum je založen na sběru názorů respondentů a probíhá v přirozeném
prostředí respondenta, proto jsem se rozhodla využít kvalitativní přístup, kdy je možné zjišťovat názory klienta, zjišťovat jak přemýšlí o muzikoterapii a pozorovat jej přímo při hodině terapie. Chci získat reálné data, nikoliv ověřování hypotéz či toho, co píše literatura.

6. Validita, reliabilita


K validitě se pojí taktéž pojem reliabilita. Tento pojem vystihuje stupeň konzistence, kdy skupina výzkumníků nebo jeden tentýž výzkumník v různých situacích, přiřadil různé případy pod stejné kategorie (Silverman, 2005). Reliabilita dává tedy shodné výsledky při opakovaném měření, avšak za předpokladu, že se stav pozorovaného objektu nějakým způsobem nezmění. U kvalitativního výzkumu je možné zaznamenat nízkou standardizaci, s čímž souvisí také nízká reliabilita. Nieméně i při slabé standardizaci je možné vytvořit kvalitativní šetření, které bude ve velké míře validní. (Disman, 2002)

7. Technika sběru dat

Při rozhovorech s respondenty, jsem se nejdříve ptala na otázky, které měly respondenty dostat do tématu o muzikoterapii. Poté jsem se zaměřila na konkrétnější otázky týkající se muzikoterapie a sociální práce. Na konec jsem zvolila otázky týkající se emocí a vztahů. Některé otázky byly pro klienty složité, proto jsem se snažila tyto otázky jim zjednodušit tak, aby je pochopili a byly schopni mi na otázku odpovědět. Při rozhovorech jsem používala taktéž doplňující otázky, které napomohly k relevantní odpovědi vůči stanoveným otázkám. Otázky jsem pokládala všem stejně, jak klientům, tak i pracovníkům. Jediný rozdíl byl v počátečních otázkách, kde jsem se klientů ptala na jejich zrakové postižení a pracovníků na jejich vzdělání v rámci muzikoterapie a prací se zrakově postiženými, popř. jaké mají vzdělání o zrakově postižených a sociální práci.

8. Operacionalizace

Při hledání odpovědi na hlavní výzkumnou otázku jsem si zvolila tři dílčí výzkumné otázky, které budou obsaženy v této podkapitole.

Pro téma muzikoterapie jsem se rozhodla z toho důvodu, že mě zajímalo, jak s takovou terapií mohou pracovat v zařízeních pro zrakově postižené. Absolvovala jsem několik praxí, kde jsem se setkala se zrakově postiženými, nicméně muzikoterapii v zařízeních neprovozovali, až na výjimku. Zajímalo mne tedy, jak probíhá muzikoterapie se zrakově postiženými a jakou roli zde má sociální pracovník. Z mého pohledu je muzikoterapie jednou z užitečných terapií, kterou ocení jak samotní klienti, tak i pracovníci, neboť je zde možnost uvolnění emocí, vybití a relaxace. Dle mého názoru by sociální pracovníci měli mít nejen supervizi, ale i muzikoterapii.

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit postoj sociálních pracovníků k muzikoterapii u zrakově postižených klientů, proto hlavní výzkumná otázka zní takto:

*Jaký postoj mají sociální pracovníci k pozitivům a negativům muzikoterapie u zrakově postižených klientů?*

Muzikoterapie je jednou z terapií, které pomáhají jedincům k uvolnění emocí, stresu, vybití se, relaxaci a nabrání sil. Je více druhů muzikoterapie, ale v tomto případě byla využita skupinová muzikoterapie, i když v některých případech klienti využívají také individuální autoterapii.
Pojetí pojmu postoje, napomůže k představě, jaký postoj zaujímají sociální pracovníci k muzikoterapii z pohledu konceptu kognitivní, emocionální tak i behaviorální stránky. Přičemž kognitivní složka se zabývá poznáváním, utvářením si názorů, dojmů a představ o jisté situaci či předmětu. Emocionální složka ukazuje citový postoj k dané věci a to, jaké emoce v nás mohou vyvolat. Behaviorální (konatívou) složka se zaměřuje na chování a jednání, které je ovlivněno jak kognitivní, tak i emocionální složkou. Patří sem také jistá sebeprezentace, kdy se snažíme ovlivnit to, jaký dojem si o nás vytvoří jiní lidé.

Z konceptu postoje je možné vyvodit tři okruhy: vnímání, prožívání a chování, pomocí nich jsou vytvořeny již zmíněny tři dílkové výzkumné otázky:

**DVO1:** Jaký je postoj sociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie u zrakově postižených klientů na kognitivní úrovni?

Pomoci této dílmové otázky se pokusím zjistit názory a představy o muzikoterapii, o zrakovém postižení a o spojitosti sociální práce a muzikoterapie. Otázka je zaměřena také na zvládání nerovnovah.

**DVO2:** Jaký je postoj sociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie u zrakově postižených na emocionální úrovni?

Záměrem této otázky je zjištění, jaké emoce prožívají klienti při muzikoterapii, zda muzikoterapie pomáhá nějakým způsobem se zbavit negativních emocí a také jaké emoce prožívají při muzikoterapii samotní pracovníci.

**DVO3:** Jak kognitivní a emoční rovina ovlivňuje behaviorální rovinu postoje u sociálních pracovníků, kteří využívají muzikoterapie u zrakově postižených klientů?

Tato otázka by měla zjišťovat, jakým způsobem pracují zaměstnanci s klienty v rámci muzikoterapie, jaké druhy muzikoterapie využívají v rámci skupinové terapie, ale také jak samy využívají techniky muzikoterapie.

**9. Konstrukce výzkumného vzorku**

Při hledání vhodných respondentů jsem zvolila metodu záměrného (účelového) výběru. Tato metoda je uváděna jako nejčastější metodou v kvalitativním přístupu, kdy cíleně vyhledáváme respondenty podle jejich určitých vlastností. „Kritériem výběru je právě vybraná (určená) vlastnost (či projev této vlastnosti) nebo stav (např. příslušnost
k určité sociální nebo jiné skupině)“. (Miovský, 2006, s. 135) Jednoduše řečeno, nejdříve si stanovíme kritéria, podle kterých si budeme vybírat respondenty, kteří budou zároveň ochotni podstoupit výzkum, jak píše Patton (in Miovský, 2006)

10. Jednotka zkoumání a jednotka zjišťování

Jednotka zkoumání je subjekt na jehož charakteristiku se ptá výzkumná otázka. V mém případě jsou to sociální pracovníci a jejich postoj k pozitivům a negativům muzikoterapie u zrakově postižených klientů.

Jednotka zjišťování jsou takové subjekty, od nichž získávám informace pro svůj výzkum. I v tomto případě jsou to sociální pracovníci.

Výběr respondentů byl odvozován od záměrného kriteriálního výběru, který se nejčastěji používá při kvalitativním výzkumu. (Miovský, 2006) Hlavní kritériem v tomto případě bylo to, aby pracovníci, ale i klienti měli zkušenost s muzikoterapií v daném zařízení. Mimo stanovených otázek, které jsem pokládala všem stejně, jsem se u pracovníků zajímala o jejich věk, vzdělání jak v muzikoterapii, tak i v sociální práci a o délku praxe v daném zařízení. U klientů mě zajímalo jejich věk, postižení, vzdělání, délka pobytu v zařízení a jak dlouho dochází na muzikoterapii.

Výzkum probíhal pouze v jednom zařízení. Z důvodu anonymity nemohu uvést, o které zařízení přesně šlo. Jedná se o zařízení, které poskytuje pobytové služby pro osoby se zrakovým postižením.

Celkový počet respondentů byl 11. Z toho 4 pracovníci (1x sociální pracovní, 1x muzikoterapeut, 2x pracovníci v sociálních službách) a 7 klientů. V níže uvedené tabulce budu pracovníky označovat pod zkratkou P, a klienty pod zkratkou K. Věk u pracovníků se pohyboval v rozmezí od 36 do 55 let. Všichni respondenti z řad pracovníků byly ženy. Dvě pracovnice mají vysokoškolské vzdělání v oboru speciální pedagogika a další dvě pracovnice mají pouze výuční list, ale jejich vzdělání v rámci sociálních služeb, je doplněn kurzy. Pracovnicím byly jako první položeny otázky týkající se demografických otázek a otázek na vzdělání: Kolik je Vám let?; Jaká máte vzdělání a obor?; Máte nějaké vzdělání v rámci muzikoterapie?; Jak dlouho pracujete v oboru?; Jak dlouho pracujete s touto cílovou skupinou?

Naopak u klientů se mi podařilo mluvit i s muži, jejichž počet byl ve většině. Mluvila jsem tedy se 4mi muži a 3mi ženami. U těchto respondentů padly jako první otázky tyto:
Kolik je Vám let?; Vaše zrakové postižení je získané nebo vrozené?; Jaké máte vzdělání?; Jak dlouho jste zde ubytován/a? Věkové rozhraní klientů bylo od 30 do 63 let. Pouze dvě ženy mají získané zrakové postižení, ostatní mají vrozené zrakové postižení. Dále pak 3 klienti získali výuční list, 3 klikti mají pouze základní školu a jedna z klientek nemá žádné vzdělání. Pobyt klientů v zařízení a taktéž jejich účast na muzikoterapii se pohybuje v rozmezí od 3 do 14 let.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pohlaví</th>
<th>Věk</th>
<th>Získané/vrozené postižení</th>
<th>Dosažené vzdělání</th>
<th>Vzdělání o zrakově postižených</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>P1 Ž</td>
<td>47</td>
<td>Získané</td>
<td>Speciální pedagogika, (surdopedie, poté andragogika) + kurzy</td>
<td>Speciální pedagogika</td>
</tr>
<tr>
<td>P2 Ž</td>
<td>36</td>
<td>Získané</td>
<td>Speciální pedagogika</td>
<td>Speciální pedagogika</td>
</tr>
<tr>
<td>P3 Ž</td>
<td>55</td>
<td>Vrozené</td>
<td>Výuční list (cukrářka) + kurzy pracovníka v sociálních službách</td>
<td>Kurzy</td>
</tr>
<tr>
<td>P4 Ž</td>
<td>50</td>
<td>Získané</td>
<td>Výuční list (prodavačka) + kurzy pracovníka v sociálních službách</td>
<td>Kurzy</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pohlaví</th>
<th>Věk</th>
<th>Získané/vrozené postižení</th>
<th>Dosažené vzdělání</th>
<th>Doba pobytu v zařízení/ doba docházky na muzikoterapii</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>K1 Ž</td>
<td>60</td>
<td>Získané</td>
<td>ZŠ</td>
<td>14 let/ od začátku</td>
</tr>
<tr>
<td>K2 M</td>
<td>55</td>
<td>Vrozené</td>
<td>ZŠ, + telefonní kurz</td>
<td>10/ asi 8 let</td>
</tr>
<tr>
<td>K3 Ž</td>
<td>55</td>
<td>Vrozené</td>
<td>Žádné</td>
<td>5/5 let</td>
</tr>
<tr>
<td>K4 Ž</td>
<td>54</td>
<td>Získané</td>
<td>Vyučená</td>
<td>3let / několikrá, nepravidelně</td>
</tr>
<tr>
<td>K5 M</td>
<td>30</td>
<td>Vrozené</td>
<td>Vyučen</td>
<td>3/ 2 let</td>
</tr>
<tr>
<td>K6 M</td>
<td>63</td>
<td>Vrozené</td>
<td>ZŠ</td>
<td>9/ 9 let</td>
</tr>
<tr>
<td>K7 M</td>
<td>63</td>
<td>Vrozené</td>
<td>Vyučen</td>
<td>5/3 let</td>
</tr>
</tbody>
</table>
11. Postup a realizace sběru dat

K tomu, abych mohla vůbec začít s výzkumem a sběrem dat, jsem oslovila zařízení, která jsou určena pro zrakově postižené. Sociální pracovníky jsem kontaktovala e-mailem, kde jsem uvedla, jaký obor studuji, téma moji diplomové práce a její hlavní výzkumnou otázkou. Proto, že moje diplomová práce je velmi specificky zaměřena, bylo složité najít zařízení, které se věnuje jak zrakově postiženým, tak zároveň muzikoterapii. Na moje požadavky kladně zareagovalo pouze jedno zařízení. Poté jsme se opět e-mailem domluvili na konkrétní počet lidí, tedy 4 pracovníci, z toho 1 sociální pracovník, 1 muzikoterapeut a 2 pracovníci v sociálních službách, a 7 klientů, kteří se pravidelně účastní muzikoterapie.

Sběr rozhovorů probíhal ve dvou termínech a to 15. 2. 2016 a 15. 3. 2016. Před začátkem rozhovorů jsem měla možnost se přímo účastnit muzikoterapie spolu s klienty. Muzikoterapie probíhala cca 1 hodinu a účastnili se ji 4 klienti a 1 muzikoterapeutka. Poté následovaly rozhovory, které probíhaly střídavě s pracovníky a s klienty. Rozhovory s pracovníky trvaly v průměru cca 40 minut a s klienty v průměru cca 35 minut. Před začátkem rozhovoru jsem se opět představila, respondenty jsem seznámila s tématem diplomové práce, ujistila jsem je o anonymitě rozhovorů a ověřila jsem si, zda souhlasí s nahráváním rozhovorů do notebooku. Respondenti byli také ujištěni, že rozhovor mohou kdykoli ukončit bez udání důvodu, ale také pokud by nerozuměli otázkám, mohou se kdykoli zeptat, jak je to myšleno, a pokud je jim nepříjemné na danou otázku odpovídat nebo odpověď neznají, mohou mě na to upozornit. Rozhovory probíhaly s každým respondentem zvlášť v uzavřené místnosti. Po ukončení rozhovoru jsem každému respondentovi poděkovala a s některými jsme se ještě dál povírali, ale už mimo téma. Jeden z respondentů ještě před začátkem nahrávání rozhovoru si všechno rozmyslel a nahrávání odmítl, stejně jako i rozhovor, kdy jsem nabídla, že bych si nepořizovala zvukovou nahrávku, ale jen bych si zapisovala informace, které by mi řekl. I přesto odmítl.

12. Etické aspekty výzkumu

Vzhledem k tomu, že jsem v rámci této diplomové práci využila kvalitativní metodu sběru dat, při rozhovorech jak s pracovníky, tak i s klienty, je nutné zde dodržovat určité etické zásady.

První a z mého pohledu nejdůležitější je potřeba získat souhlas respondentu s výzkumem. Další součástí je také zajištění anonymity, kdy se respondenti nemusí obávat


13. Postup a realizace analýzy dat

Pro analýzu získaných dat jsem si vybrala techniku otevřeného a axiálního kódování. Přesnou definici kódování uvádí autoři Strauss a Corbinová (1999, s. 39) „kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozehrané, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby. Je to ústřední proces tvorby teorie z údajů“. Otevřené kódování je první a hlavní součástí analýzy. Otevřené kódování se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů, které jsme získali. Tyto údaje jsou následně rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, následně jsou porovnány shody a rozdílnosti. V tuto chvíli přichází také otázky o jevech. Zkoumáme naše, ale i cizí domněnky o těchto jevech, což výzkumníka přivede k novým objevům. (Strauss, a Corbinová, 1999) Při zpracovávání dat, které jsou převedeny ze zvukového záznamu do textové podoby, se nejdříve pátrá po tématech, kde shromažďujeme podobné jevy (pojmy), ze kterých pak tvoříme tzv. kategorie, u kterých je důležité výstižné pojmenování k jasně a rychlě představě, co tato kategorie skrývá. Pod tyto kategorie spadají subkategorie, kde můžeme objevovat jejich vlastnosti a dimenze, které jsou důležité pro vytvoření vztahu mezi subkategoriemi, kategoriemi a hlavními kategoriemi. (Strauss a Corbinová, 1999)
Po otevřeném kódování následuje axiální kódování. V tomto procesu se rozkódované údaje skládají opět dohromady, ale již novým způsobem. Je zde možné pozorovat spojení mezi kategoriemi a subkategoriemi. V průběhu axiálního kódování probíhá induktivní i deduktivní myšlení, které utváří zakotvenou teorii, pomocí čtyř kroků: (a) hypotetické uvádění subkategorií do vztahů k jiné kategorii a to pomocí výroků udávajících podstatu vztahu mezi nimi a jevem (...); (b) ověřování hypotéz (...); (c) pokračující hledání, na dimenzionálních škálách (...); (d) zkoumání variability (...)". (Strauss a Corbinová, 1999, s. 79)

Pomocí teoretické citlivosti bychom měli zkoumat nejen to, co „vidíme“, ale i to, co je skutečně „reálné“. „K tomu, abychom dokázali v údajích objevit teorii, potřebujeme teoretickou citlivost, schopnost „vidět“ s analytickou hloubkou to, co reálně existuje. V pozdějších tázích výzkumu se teoretická citlivost rozvíjí prací s materiály samotnými. Ale. v počátečních fázích analýzy potřebujeme způsoby, jak otevřít své myšlení o zkoumaném jevu“. (Strauss a Corbinová, 1999, s. 54)
C. INTERPRETAČNÍ ČÁST

V této kapitole se pokusím nalézt odpověď na hlavní výzkumnou otázku: Jaký je postoj klientů a sociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie a práce s hudbou u zrakově postižených klientů? V rámci této hlavní výzkumné otázky budou vytvořeny následující kategorie, subkategorie a dimenze.

14. Postoj klientů a sociálních pracovníků na kognitivní úrovni

DVO1: Jaký je postoj klientů a sociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie a práce s hudbou u zrakově postižených klientů na kognitivní úrovni?

1.1. Muzikoterapie a její specifika

a) Pohyb: A1) vykřičení se při bubnování, A2) tanec, A3) procvičení, protáhnutí se s šátkem, s míčkem, A4) pracovnice pomáhá při cvičení, ukazuje cviky nevidomým,

b) Hudba: B1) nedříve rychlá a postupně zpomalu jící hudba, B2) léčba hudbou, B3) snaha o zlepšení psychického stavu, B4) dodání energie

c) Masírování: C1) příjemný pocit, C2) odbourání stydlivosti, C3) vstup do intimní zóny, C4) uvolnění se

d) Relaxace: D1) klidná hudba, D2) klienti si lehnou na zem na polštář a přikryjí se dekou,

e) Světlo: E1) ze začátku červené, agresivní, na vybití, E2) zelené pro energii při tanci, E3) tmavomodrá na uklidnění, odpočinek, relaxaci, E4) žluté světlo (slunce) evokuje ráno, kdy jsme nabyli energií

1.2. Představa zrakově postiženého o muzikoterapii

a) Zodpovědnost: A1) dohled nad tím, aby byli všichni zapojeni a všichni věděli, co mají dělat, A2) komentování veškerého pohybu pro nevidící

b) Důležitost sluchu: D1) hudba je vnímána především sluchem, D2) jsou ochuzeni o vidění barevné stimulace, D3) musí poslouchat pokyny, co následuje (ruce nahoru, otočit hlavu, atd.), chybí vizuální kontrola, D4)
hudbu vnímají lépe než vidící člověk, C4.1.) zrakově postižený může mít i sluchové postižení, horší vnímání hudby,
c) Všichni jsou si rovní: C1) někdo vídi víc, někdo méně,

1.3. Představa o roli sociálního pracovníka v muzikoterapii
a) Rozdílnost oborů: A1) sociální práce a muzikoterapie jsou dvě rozdílné
bomáhající profese, A2) muzikoterapie může být doplňkem k sociální
apráci A3) stereotypní jednání sociálních pracovníků, odměřenost A4) nedostatek empatie ze strany sociálního pracovníka, A5) sociální
pracovník se stará spíše o finance
b) Vzdělání: B1) sociální pracovník musí mít vysokoškolské vzdělání, B2) sociální pracovník by měl umět komunikovat s klientem

1.4. Představa o roli muzikoterapeuta
a) Rovnocenný přístup: A1) je partnerem klientů, A2) ale zároveň je „koučem“, který říká, co mají dělat, A3) sledování klientů, jestli je jim dobře, nebo jestli chce někdo odejít
b) Přátelská atmosféra: B1) pohoda, klid

c) Obtížnosti při muzikoterapii: C1) je občas těžké je pozitivně naladit, C2) jeden mrzutý klient může znepříjemnit muzikoterapii ostatním, C3) snažit se o spokojenost klientů, aby odcházeli pozitivně naladění
d) Důležitost muzikoterapeuta: D1) předříkává, co mají klienti dělat, D2) působí klidně, snaží se navodit pohodu a relaxaci
e) Vzdělání: E1) muzikoterapeut nemusí mít vysokoškolské vzdělání, stačí kurz

1.5. Bariéry při práci se zrakově postiženými
a) Zrakové omezení: A1) nevyužití světelné stimulace, A1.1.) snaží se to nahradit třením rukou, aby cítilo to teplo, A2) omezení pohybu v prostoru, A3) omezení pohybu z důvodu špatného zdravotního stavu, A3.1.) nemožnost tancovat, A4) vnímají okolí přes hudbu, pokud je zde zrakové omezení, A4.1.) vnímání pouze zvuku
b) Nevnímání bariér: B1) žádné bariéry nevnímají, ale pokud se nějaké bariéry vyskytnou, snaží se je překonat  
c) Klienti si nedokáží představit pohyb: C1) nikdy neviděl předvičujícího, musí se mu to ukázat  
d) Překážky jako takové (otevřené dveře)  

1.6. Zdroje zrakově postižených  
   a) Zapojení smyslů: A1) sluch, A2) hmat, A3 čich  
   b) Jiná zkušenost s muzikoterapií: B1) je to jiné v tom, že na sebe klienti nevidí, B2) jsou pak více uvolnění oni sami, ale i jejich emoce  
   c) Vidící i nevidící vnímá hudbu stejně  

V této kapitole budou uvedeny kategorie a její subkategorie. Je zde zaznačeno šest subkategorii: 1) muzikoterapie a její specifika, 2) představa zrakově postiženého o muzikoterapii, 3) představa o roli sociálního pracovníka v muzikoterapii, 4) představa o roli muzikoterapeuta 5) bariéry při práci se zrakově postiženými a 6) zdroje zrakově postiženého. Podrobněji budou rozpracovány pouze 3 kategorie:  

První kategorie muzikoterapie a její specifika obsahuje definici muzikoterapie, to, co si pod pojmem muzikoterapie klienti vybaví. Druhá kategorie je představa o roli sociálního pracovníka v muzikoterapii, kde respondenti vypovídali o uplatnění sociální práce a muzikoterapie. A třetí kategorie představa o roli muzikoterapeuta, kde respondenti uváděli postavení zrakově postižených a muzikoterapeuta při muzikoterapii.  

Muzikoterapie je v tomto zařízení zařazena pod aktivizační činnosti, nikoliv pod terapie. V jejich „muzikoterapii“ se nesnaží řešit nějaké problémy klientů, ale spíše je tato činnost brána jako doplňková aktivita. Jejich hlavním cílem je, aby klienti měli možnost ze sebe dostat negativní emoce, přebytečnou energii, ale hlavně se uvolnit, zrelaxovat a načerpat nové síly na další dny.  

1.1. Muzikoterapie a její specifika  

a) pohyb  

V této kategorii respondenti z řad pracovníků (P3, P4) se shodovali v tom, že pod pojmem muzikoterapie si vybaví hudbu a pohyb. Respondentka (P1) uvedla, že pod tímto pojmem si vybaví jakoukoliv hudbu, hrání na nějaký nástroj, harmonizaci. Respondentka
Muzikoterapie začíná tím, že se klienti uvolní, pomoci vykřičení se při bubnování na africké bubny (tzv. abreakce) v doprovodu puštěné hudby na PC. Následuje pak tanec a procvičení a protáhnutí těla s různými cvičebnými pomůckami. Dle Pejřimovské (2011) se již jedná o střední fázi muzikoterapie, kdy tento krok může být pro některé klienty velmi náročný. Klienti zde uvolňují své emoce, což pro ně může být neznámé a mohou mít z toho obavy, proto hrozí brzké ukončení muzikoterapie.

U některých klientů je potřeba pomoci s předcvičováním a ukázkou cvíků, přičemž specifickost je možné vnímat v tom, že je potřeba některým klientům věnovat více pozornosti a některé cvíky jim ukázat.

Zde je možné pozorovat tzv. intervenci, kdy druhá osoba pomáhá klientovi, charakter intervence je odůvodněný, kdy je pomoc prováděna terapeutem v souvislosti ve vztahu terapeut-klient, jak piše Bruscia (in Kantor, 2009) Muzikoterapie je tzv. podpůrná terapie pro osoby se specifickými potřebami, jak piše Horňáková (in Kantor, 2009).

„Všechno se jim musí říct, já je opravuji, ukazuji jim, jak to mají dělat.“ (P4)

Naproti tomu respondenti z řad klientů (K1, K2, K3, K6, K7) uvedli, že se jim při pojmu muzikoterapie vybaví především bubnování a tancování. Tuto odpověď je možné si spojit s tím, že je to první fáze, čímž je muzikoterapie zahájena. Zároveň to může být část, kdy klienti ze sebe dostanou přebytečnou energii, uvolní své emoce, aby se mohli cítit uvolněně a přirozeně tak dále pokračovat v terapii. Tuto fázi je možné označit jako kreativní proces (Kantor, 2009), kdy mohou klienti bubnovat a tancovat podle sebe, a tím být kreativní. Klient (K4) o muzikoterapii přemýšlí jako o nějakém pohybu s lidskou myslí, o představivosti a o emocích, které je možné právě v muzikoterapii uvolnit.

„je to takové hejbání s lidskou myslí, představivost, emoce, které se dají vyjádřit“. (K4)

Jako terapeutický proces lze vnímat to, že zde mohou uvolnit své emoce a odstranit tak napětí, které se může skrývat v klientovi. Muzikoterapie, která je v tomto zařízení prováděna, se shoduje pouze se střední fázi muzikoterapie, kterou podrobněji popisuje Pejřimovská (2011) (viz. Kapitola 1.2. Fáze muzikoterapie), kde klienti uvolňují své emoce, stresy a napětí. Nicméně je možné říci, že v tomto zařízení je muzikoterapie...
Muzikoterapii v tomto zařízení lze vnímat spíše jako relaxační a odpočinková činnost. Muzikoterapii v tomto zařízení lze tedy vnímat jako jiný druh terapie, který nepomáhá odstranit problém, ale slouží k uvolnění, osvobození od starostí a stresu. V tuto chvíli lze přemýšlet o tom, zda muzikoterapii prováděna v tomto zařízení je skutečnou terapii nebo se pouze jedná o práci s hudbou. V tomto zařízení je muzikoterapii chápána pouze jako aktivizační činnost, je pro ně významný prvkem relaxační část, která je důležitá i podle literatury při muzikoterapii. Problém je v tom, že muzikoterapii v tomto zařízení je prováděna nestandardizovaně, tj. pouze jako kontakt s hudbou, přičemž si pracovníci uvědomují relaxační účinky a uvolnění. Muzikoterapii inzerují i na svých webových stránkách, ale chápou ji jako doplňkovou, hravou a oddychovou činnost. Jejich cílem není prostřednictvím muzikoterapie řešit nějaké obtížné životní situace. Spíše se jedná o nabídku dalšího programu, jehož ambicí je obohatit smyslové vnímání klientů a jeho emoční prožívání.

Muzikoterapie by zde mohla napomoci k odstranění nerovnovah u zrakově postižených klientů. Tím je myšleno to, že díky muzikoterapii se klienti zbaví stresu a mohou se tak lépe soustředit např. na naučení trasy, kterou potřebují znát, aby byli schopni sami se dopravit do města či ke známým. Toto lze tedy označit podle (Bartlettové, 1970; Novosad, 2006) také jako pomoc při zvládání nerovnovah u zrakově postižených, kdy prostředí klade na nevidomé určité požadavky, ale klient sám není schopen těmto požadavkům vyhovět, proto potřebuje pomoc druhé osoby, z čehož může mít nepříjemné pocity a stres.

**b) hudba**

„První část je ventil (apreakce), patří k tomu aktivní část, vybití přebytečné energie, někdy i vztek, nebo trápení, takové to uvolnění, projevení se na venek. Patří k tomu i rychlá hudba a agresivní červené světlo (…).“ (P1)

Klienti K4, K5 a K6 jsou přesvědčeni o tom, že jim terapie pomoci hudby nějakým způsobem pomohla a dodala energii. (K5) vnímá muzikoterapii také jako léčbu hudbou, což potvrzuje i Zelejová, (2007, s. 28), kdy tvrdí, že muzikoterapie napomáhá „(…) znovuobnovení, udržení a zlepšení mentálního a fyzického zdraví.“ Podobně o léčebných účincích mluví také Davis, Gfeller, Thant (1999). Franiok (2001) ještě dodává, že hudba taktéž napomáhá v rozvíjení paměti, fantazie, ale vede také k soustředění pozornosti.

„No tak je to léčba, hudbou, pohybem.“ (K5)

c) masírování

Nejvýznamnější specifikum pracovníci (P2,P3,P4) vidí v tom, že do muzikoterapie, do relaxační části, je zahrnuto masírování. Při masírování se klienti navzájem masírují nebo je masíruje muzikoterapeutka, čímž se dostávají do tzv. intimní zóny jedince. Křivohlavý (1988) ve své publikaci uvádí, že extroverti jsou více otevřeni a nechají vstoupit cizího jedince do své intimní zóny častěji než introverti. Intimní zóna je ta nejbližší, do které si jedinec pustí jen důvěrně známé jedince (15-30 cm), pokud to okolnosti dovolují (např. nejde si udržet intimní zónu v přeplněném autobusu, kdy nám do intimní zóny vstupují zcela cizí lidé). Kromě intimní zóny Křivohlavý popisuje i další proxemické vzdálenosti. V pořadí druhá je zóna osobní (45-120 cm), sociální (1.2-3.6 m) a veřejná zóna (3,6-7,6 m a více). Některým klientům nějakou dobu trvalo, než souhlasili s masírováním a pustili do své intimní zóny muzikoterapeutku či ostatní účastníky muzikoterapie.

„To není jak u koukavých. I to masírování, to je otázka už takové té intimity. (…) Třeba sluchově postižení jsou více kontaktní, tak tady je to spíš o těch letmých dotecích. Zrakové postižení je specifické samo o sobě. (…)“ (P2)
Klientům (K3, K4, K5, K6 a K7) se na muzikoterapii nejvíce líbí část, kde se masírují buď to samy sebe, navzájem, nebo je masíruje muzikoterapeutka. Při masáži pociťují příjemné pocitý a uvolní se. Nicméně zprvu před tímto krokem nastávaly obavy a stydlivost, protože muzikoterapeut by vstupoval do jejich intimní zóny, ale časem tento problém odbourali a masírování si naplno užívají. Někteří klienti by byli rádi, kdyby masáže byly delší, protože se při ní uvolní a pociťují příjemné pocity.

„No já bych přidala více té masáže, to by se mi líbilo, ta masáž mi dělal opravdu moc dobře.“ (K3)

d) relaxace

Po příjemné masáži nastává doba odpočinku a relaxace, kdy se uvolní celé tělo a na něj se člověk neměl myslet. K navození uklidňujícího a relaxačního pocitů napomáhá i relaxační hudba popřípadě použití hudebního nástroje „oceandrum“ se kterým hraje muzikoterapeutka. Klienti si lehnou na zem, kde je teplý a měkký koberec, dostanou polštář a deku. Tato fáze muzikoterapie by měla uklidnit, a zároveň evokovat „plod v břiše matky“. Poté následuje tzv. probuzení, kde by se klienti měli „probudit“ a cítit se plní energie. Nicméně (P2) naznačuje jisté problémy v této fázi. Klienti nejsou přirození, měli by si lehnout pohodlně na zem, lehnout si na bok a stočit se do klucička, ale klienti toto z nějakého důvodu nedělají.

„I to lehnutí, to je pro ně problém, všichni leží jak prkna. Lehnete si na bok. Aby člověk cítil to bezpečí, zababušil se do té deky, stočil se do klucička, do toho prenatální období, tam se člověk cítí nejlépe (...)“

Klienti vnímají relaxační část muzikoterapie velmi pozitivně. Klienti (K1, K2, K3, K4 a K5) při relaxaci pociťují uvolnění, klid, pohodu a odpočinek. Napomáhá tomu především relaxační hudba, to že si mohou lehnout na měkký teplý koberec, kde dostanou ještě deku a polštář, aby se jim příjemně leželo a mohli se plně uvolnit a soustředit jen na odpočinek. Klienti (K1, K2, K3, K4 a K6) oceňují, že muzikoterapeutka v této části využívá nástroj zvaný oceandrum, který dokáže navodit pocit, jako by byl člověk u moře. Klient (K5) uvedl, že v rámci relaxace načerpává nové síly.

58
e) světlo

K muzikoterapii patří také světelná stimulace, i když se to může zdát být nesmyslet u zrakově postižených, ti co mají zbytky zraku, světlo vnímají. Muzikoterapie probíhá v zatemněné místnosti, kde je pak následně pouštěno světlo, které osvětluje místo. Pro zpříjemnění osvětlení, jsou v celé místnosti rozvězeny bílé závěsy, které intenzitu světla tlmí. Pracovnice (P1 a P2) uvedli, že nejdříve je červená, agresivní barva na vybití, vykřičení a vybušení do bubnů, poté nastává energická zelená barva, která přechází do zklidňující modré až po tmavomodrou při relaxaci. Na konci muzikoterapie je žlutá barva světla, která evokuje ráno a probuzení. (P2) dodává, že ti, kteří světlo nevnímají, mohou využít alternativní metodu např. tím, že si třou ruce, tím vytvoří teplo, které si pak přikládají na obličej a alespoň tímto způsobem mohou vnímat žlutou barvu, což je teplá barva a to také evokuje slunce, které vytváří teplo a je žluté. (slunce).

„...třeme si třeba ruce, aby to slunce to teplo aspoň trochu cítili...“ (P2)

Klienti jsou o tuto světelnou stimulaci ochuzeni, nicméně, jak jsem již uvedla výše, jsou určité způsoby, kterými lze některé barvy nahradit tak, aby je nevidomí byl schopen vnímat. I když klienti barvy nevnímají, muzikoterapeutka jim vždy oznámí, jaká barva svítí nyní. Pouze jeden z účastníků muzikoterapie má zbytky zraku, tudíž má možnost vnímat i světelnou stimulaci, která může působit na jeho psychickou pohodu.

„No nejdřív je tam taková červená, potom zelená, pak na tu relaxaci tmavá, asi modrá, někdy u toho i usnu, protože je tam skoro tma, no a pak je žlutá, jakože ráno a tam si zpíváme.“ (K2)

1.3. Představa o roli sociálního pracovníka v muzikoterapii

a) Rozdílnost oborů
Sociální práce a muzikoterapie jsou pro pracovnice (P1, P2) dva odlišné obory. (P1) spojení sociální práce a muzikoterapie nešlo nijak spojit. Vnímala zde odlišnosti v tom, že sociální pracovník může ke své práci dělat různé aktivizační činnosti a např. muzikoterapii brát jako doplňkovou činnost ke své práci, jak udává Řezníček (1997) sociální pracovník může zastávat roli terapeuta. Kdežto muzikoterapeut nemůže dělat sociální práci bez vysokoškolského vzdělání. Stejně tak (P2) si nedokázala tyto dvě obory propojit. Při vyslovení pojmu „sociální pracovnice“ si (P2) vybavovala nepříjemnou osobu, která je neempatická a odtažitá vůči lidem a která se zabývá pouze administrativou. Profese sociálního pracovníka má v popisu práce se zabývat také administrativou, jak uvádí Musil (2007) sociální pracovníci jsou často označováni jako administrativní pracovníci, ale také by měl být empatický a umět komunikovat s klientem. Pracovník by měl v rámci svého zaměstnání umět využít své komunikační dovednosti a v rámci poradenského či terapeutického paradigmatu pracovat s klientem. (Navrátil, 2000; Matoušek, 2001; Payne, 1997)

„Mě to nejde moc dohromady, protože jak se řekne sociální pracovnice, tak mi naskočí taková ta odměřená paní s brejličkama, taková ta vostrá. Spousta předpisů, že se moc neumí včítit do klienta. Ale nakonec proč ne.“ (P2)

Respondenti z řad klientů (K1, K2, K3) stejně jako pracovníci vnímají tyto dva obory odlišně. Klienti (K4, K5, K7) nevěděli, co k tomuto tématu říct, nic je nenapadlo. Pouze K6 vnímá spojitost v těchto dvou oborech v tom, že muzikoterapii může dělat buď to sociální pracovník nebo muzikoterapeut, ani jeden z oborů nemůže dělat kdo koli. Jak uvedla tato respondentka, je potřeba mít určité vzdělání či kurzy k výkonu obou profesi. Téma o vzdělání bude rozpracováno níže.

„No tak ne každý by to mohl dělat. Myslím si, že jsou muzikoterapie i mimo ústavy, ale myslím si, že se tomu věnují lidi se speciální pedagogikou nebo sociální pracovník. Nemůže ji támhle někdo z marketu a dělat muzikoterapii, jedině, že by mi zazpíval. Jinak to nejde.“ (K5)
b) Vzdělání

Respondenti z řad pracovníků (P1, P2) mají vysokoškolské vzdělání. (P1) je sociální pracovnice, i přesto, že má vysokoškolské vzdělání v oboru speciální pedagogiky. Nicméně zákon 108/2006 umožňuje i těmto absolventům vykonávat sociální práci, pokud mají vzdělání v humanitních vědách. V tuto chvíli se (P1) cítí jako sociální pracovnice, neboť vykonává práci určenou pro sociálního pracovníka. Nicméně ke své práci využívá také znalosti z oboru speciální pedagogiky, např. znalosti o zrakovém postižení a přístupu k nim. Dle této pracovnice je jedno, kdo muzikoterapii dělá. Sociální pracovník může mít muzikoterapii jako doplňkovou činnost, stejně jako i speciální pedagog.

(P2) je v této diplomové práci uváděna jako muzikoterapeutka, která má taktéž vysokoškolské vzdělání v oboru speciální pedagogika, ale v rámci muzikoterapie žádné vzdělání nemá. Pouze sociální pracovnice (P1) absolvovala kurz „Celostní pojetí v muzikoterapii“, kdy své znalosti předala současně muzikoterapeutce. (P3, P4) jsou pracovnice v sociálních službách, které mají kurzy v rámci služeb v sociální práci, přičemž muzikoterapii dělají také, i když s jinou skupinou osob (jedná se o lidi staršího věku).

“(…) sociální pracovník muže dělat aktivizační činnosti. (…) Řekla bych, že to může být doplněk pro sociálního pracovníka, protože sociální pracovník má důležitější činnosti. (…) Muzikoterapeut nemusí k tomu mít vysokoškolské vzdělání, ale sociální pracovník už ho mít musí.” (P1)

1.4. Představa o roli muzikoterapeuta

a) Rovnocenný přístup

Respondenti z řad pracovníků (P1, P2,) vidí roli muzikoterapeuta především jako osobu, která je na jedné straně ten, kdo muzikoterapii vede, ale na druhé straně je jejich partnerem, kdy jsou si všichni rovni. Pracovnice (P3, P4) vnímají roli muzikoterapeuta pouze jako předčivovatele. Jak uvádí Kratochvil (2005) muzikoterapeut může zastávat role aktivního vůdce, kdy muzikoterapeut klienty vede v muzikoterapii, ale v tomto případě je více viditelná role muzikoterapeuta jako komentátora, kdy komentuje veškeré pohyby a cviky.

„Je to takový partner těch klientů. Tam se nehraje na to kdo je klient a kdo vedoucí, ale všichni jsou na tom stejně. Já jsem na tom trošku lip, protože vidím. Dělám jim tam
asistenci, pomáhám jim tam, jsem tam od toho, abych jim tam pouštěla tu hudbu (...) je potřeba sledovat ty lidí, jestli je jim dobře, jestli nechce někdo odejít.“ (P1)

„O ni to nevidí, tak se jim to musí všecko říkat, případně ukázat, opravit“ (P4).

„(...) spíš takový ten kouč, který musí najít tu „zlatou střední cestu“, aby si to všichni užili a odcházeli z tama pozitivní. (...)“ (P2)

Respondenti z řad klientů (K1, K2, K3) vnímají roli muzikoterapeutky jako potřebnou, protože jim říká, co mají dělat, který cvik se právě cvičí, atd. Klienti (K4, K5, K6) vnímají roli muzikoterapeutky tak, že umí navodit příjemnou atmosféru, uklidnit, a navodit relaxaci. Respondent (K7) neznal na otázku odpověď.

„No úplně výborně, mě se líbí, jak ona to říká, nejdřív to bubnování, potom to tancování, pak to masírování, a takhle mi to dělá velice dobře. Ona tu roli hraje úplně dobře, při tom se tzv. vyblbneme.“ (K3)

b) Přátelská atmosféra

Při muzikoterapii je důležitou součástí také příjemná atmosféra, aby se tam klienti cítili dobře. Pokud by byla např. napjatá atmosféra, klienti by ji zcela jistě vycitili a nemohli by se tak uvolnit a chodili by neradi na muzikoterapii. Pracovníci (P1, P2, P3) mluvili o tom, že se jim nestává nijak často, aby při muzikoterapii převládalo napětí či něco špatného, co by mohlo přátelskou atmosféru zničit. Naopak (P2) má zkušenosti s tím, že občas se stane, že na muzikoterapii přijdou někdo, kdo nemá dobrou náladu, a tím pádem se přátelská atmosféra promění v nepříjemnou.

„štve mě, když tam někdo přijde naštvanej, přijde to ostatním zkazit, že chce předa tu „babu“, su protivnej, všem to zkazí. To mě mrzí.“ (P2)

Respondenti z řad klientů (K2, K3, K4, K5 a K6) vnímají přátelskou atmosféru především z toho důvodu, jaký přístup k nim má muzikoterapeutka. Nicméně tito klienti si stěžovali na jeden rušivý element, který se týkal přímo jednoho z účastníků. Podle jejich názoru jim narušoval přátelskou atmosféru tím, že je neustále okřikoval a ostatní klienti se pak nemohli plně soustředit a uvolnit. Takového klienta je možné označit jako klienta
v odporu nebo agresivního klienta (Levická, 2004). Klient nechce spolupracovat a je útočný na ostatní klienty.

„Nenechám se okřikovat a napominat. Ale teď se to zlepšilo, protože jsem jí něco řekla. Řekla jsem i něco ostřejšího, prostě jsem chtěla, aby se to vyřešilo. “ (K3)

Přátelská atmosféra je důležitá pro zrakově postižené z toho důvodu, že když nemohou okoli vnímat zrakem, vnímají ho ostatními smysly. Např. poznejí změnu v tónu hlasu, poznejí, že se něco děje a že není něco v pořádku. Přátelská atmosféra zde může být také z toho důvodu, že klienti jsou umístěni v pobytovém zařízení, kde se téměř všichni navzájem znají, což je lepší pro jejich orientaci, kdo vlastně s nimi chodí na muzikoterapii. Atmosféra může být ovlivněna také počtem účastníků. Pokud by na muzikoterapii chodilo mnoho lidí, bylo by pro nevidomé klienty obtížnější se orientovat, kdo je přítomný a kdo ne. V tomto zařízení tedy na muzikoterapii dochází cca 7-8 lidí, podle jejich možností a chuti se zúčastnit.

c) Obtížnosti při muzikoterapii

Pracovnice (P1, P3, P4) v muzikoterapii žádné obtížnosti nevnímají. Naopak muzikoterapeutka (P2) vnímá obtížnosti v tom, aby klienti byli příjemně a pozitivně naladěni. Obtížnost vnímá hlavně v době, kdy přijde jeden z klientů ve špatné náladě a snaží se tuto svou špatnou náladu předat ostatním. Nicméně muzikoterapeutka se snaží negativa převést v pozitivní náladu a myšlení.

„Je to někdy hodně těžký je pozitivně naladit. Ono to jako asi ani není vždycky cílem, vytáhnout z nich to pozitivum za každou cenu. Spíš takový ten psycholog a vůbec, to všechno tak nějak ukočírovat (...)“ (P2)

Klienti žádné obtížnosti nevnímají. Pouze (K3) vidí u sebe jako obtížnost to, že nemůže dělat veškeré pohyby a cviky (především tancování), jako ostatní, ze zdravotních důvodů.

„Mrzí mě, že nemůžu třeba ležet jako ostatní. Je to pro mě překážka, že nemůžu dělat ty cviky co ostatní. “ (K3)
U tohoto tématu je možné si povšimnout, že téměř nikdo nevnímá žádné obtížnosti. Je možné, že se na věc dívají nereflektovaně a mohou tak přehlížet věci, které by mohly být pro klienty obtížné. Toto se dá označit jako selektivní vnímání. Což znamená, že kolem jedince je velké množství podnětů, ale jedinec vnímá jen některé, zaměří se jen na malou část z objektu. (Výrost, Slaměník, 2008), což se říká pod pojmem postoj v rámci kognitivního poznávání. Některé části muzikoterapie může na některé jedince působit negativně, např. ne všem klientům vyhovuje bubnování, raději by místo bubnování vytleskávaly rytmus, protože bubny jim příliš hlučné (K2, K5) a klienti toto vnímají jako hluk, nikoliv něco rytmického či hudebního, což jim může přivodit negativní pocit, jako jsou rozmrzlost, úzkost či hnev. (Bangjun, Lili, Guoqing, 2003), což je možné vnímat jako negativa a rizika u muzikoterapie. Příliš hlučná hudba může také poškodit sluch, přičemž tento smysl je pro zrakově postižené důležitým vjemem, kdy sluch blíže popisují (Keblová, 1999; Kimplová, Kolaříková, 2014). Z riziko je také možné považovat právě idealizování si muzikoterapie, při čemž nevnímají možná rizika, která by mohla nastat, např. při nedostatečném vzdělání muzikoterapeutky, kdy by mohla použít techniky, které by nebyly vhodné pro tuto cílovou skupinu. Muzikoterapeutka (P2) vnímá pouze jako rušivý element to, když k muzikoterapii připojila aromaterapii, kdy klientům chtěla navodit příjemnou atmosféru vůní, přičemž zjistila, že klienti se soustředí pouze na vůni a nikoli na muzikoterapii jako takovou.

Vznik idealizace muzikoterapie může být zapříčiněn tím, že samotná muzikoterapeutka ani klienti jinou muzikoterapii nezažili nebo neviděli, tudíž nemohou srovnávat s jinými zkušenostmi. Negativum může být vnímáno také v tom, že jejich muzikoterapie je stereotypní a neměnná, což by mohlo časem účastníky omrzet, a přestali by muzikoterapeuti navštěvovat. Pro zlepšení si utvoření dojmů pro muzikoterapii a pro odstranění ideálizace by bylo vhodné, aby muzikoterapeutka prošla muzikoterapeutickými kurzy či dalšími vzděláváním. Poté je možné do jejich současné muzikoterapie zařadit i nové, pro ně neznámé prvky, kdy by se mohly více naučit pracovat např. s emocemi, se vztahy nebo s jinými problémy, které by klienti zrovna potřebovali řešit, a muzikoterapie by byla vhodnou metodou.

d) Důležitost muzikoterapeuta

Pracovnice (P1, P2, P3, P4) vidí důležitost muzikoterapeuta v tom, že musí předříkat a popisovat veškeré pohyby a to co se děje v místnosti. Takového pracovníka...
lze označit také jako tzv. průvodce (Michalík, 2011), který vlastně určitým způsobem účastníky muzikoterapie provádí po celou dobu terapie.

„Každý pohyb musíte komentovat, kdo to nevidí. Anebo kolegyně mi pomáhá a ukazuje jim, co mají dělat.“ (P3)

Důležitost muzikoterapeuta pro klienty (K1 K2, K3, K4, K5, K6, K7) je především v tom, že je jich průvodcem celé terapie. Popisuje jim, jaké cviky mají dělat, popisuje situaci v celé místnosti, aby klienti věděli co se děje. Důležitou součástí muzikoterapeuta jsou komunikační dovednosti a umění navodit klidnou a pohodovou atmosféru.

„No tak říká, co mám dělat, poslouchám, co řekne a to pak dělám.“ (K1)

e) Vzděláni

Respondenti z řad pracovníků (P2, P3, P4) nemají ohledně muzikoterapie žádné vzdělání. Pouze (P1) se účastnila vzdělávacího kurzu s názvem „Celostní pojetí v muzikoterapii“. Muzikoterapie se tedy v tomto zařízení provozuje, aniž by „muzikoterapeutka“ měla jakékoliv vzdělání. Děla to proto, protože jí tato práce velmi baví a naplňuje, což je při muzikoterapii i jakékoliv jiné terapii snad to nejdůležitější. Literatura uvádí, že muzikoterapeut by měl mít vysokoškolské vzdělání a absolvovat speciální kurzy, které jsou určeny přímo pro profesi muzikoterapeuta. Důležitá je i praxe. Každá z pomáhajících profesí je psychicky náročná, proto je kladen důraz také na psychohygienu a pravidelnou supervizi. (CZMTA, 2015)

„Měl by umět vést hodinu té muzikoterapie. Měl by být proškolen a měl by mít k tomu vztah a nedělat to jen proto, že mu to někdo přikázal, protože to nemá potom význam. Pak si myslím, že by měl dbát sám na nějakou psychohygienu, aby byl sám dobře naladěn a přišel do té hodiny nerozhozený, aby měl co předávat.“ (P1)

Klienti (K2, K3,K4, K5) uvedli, že muzikoterapeut by měl mít asi nějaké vzdělání, ale nevěděli jak to přímo pojmenovat či označit. Tito klienti uvedli, že by muzikoterapii měl vést především někdo, koho to baví a bude příjemný a milý. Ostatní klienti neodpověděli.
14.1. Dílčí závěr

Odpověď na DVO1: Jaký je postoj klientů a sociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie a práce s hudbou u zrakově postižených klientů na kognitivní úrovni?

Pracovnice i klienti se shodovali v tom, že při pojmu muzikoterapie se jim vybaví především hudba a pohyb. Jako nejpříjemnější část muzikoterapie vnímají obě skupiny respondentů část, kdy se provádí masáž. Stejně pracovnice i klienti vnímali to, že podle nich, sociální pracovník při muzikoterapii nemusí zastávat žádnou roli, poněvadž tam není. Naopak odlišně bylo vnímáno vzdělání muzikoterapeuta, kdy pracovnice tvrdily, že muzikoterapii může dělat kdokoli, kdežto klienti vnímají určitou zodpovědnost toho, kdo muzikoterapii dělá a měl by mít vzdělání. Pomocí muzikoterapie by se měly odbourat nerovnováhy mezi prostředím a klientem.

Pracovníci vnímají především pozitivum v tom, že klienti se těší na muzikoterapii a rádi na ni docházejí. Klienti, ale zároveň i pracovníci se uvolní, zbaví se přebytečného stresu a napětí a naopak načerpají novou energii při cvičení či relaxaci. Negativum někteří pracovníci vnímají v tom, že se občas stane, že některý z klientů přijde na muzikoterapii naštvaný, a tím se přátelská atmosféra mění na nepříjemnou. (P2) vnímá také jako negativum v tom, že by k muzikoterapii připojila další možné techniky, jako například aromaterapie, která se v praxi ukázala jako nevhodná z toho důvodu, že klienti vnímali pouze intenzitu vůně a nesoustředili se tak na samotnou muzikoterapii. Jako další kontraindikace může být vnímáno také nedostatečné vzdělání muzikoterapeuta, kdy pak může využívat nevhodné techniky při muzikoterapii, jako třeba již zmíněná aromaterapie. Provozování muzikoterapie muzikoterapeutem bez vzdělání navozuje pocit váhání, zda se vůbec jedná o muzikoterapii a zda je toto označení oprávněné nebo by se tato aktivita měla označovat spíše jako práce s hudbou. V této aktivitě lze najít prvky, které by odpovídali
muzikoterapii. Jsou to všechny části, které jsou uvedeny níže v DVO3. Tedy první část abreakce, uvolnění emotí, druhá část alternativního pohybu, třetí část zklidnění a masáže, čtvrtá část relaxace a odpočinek a pátá část znovuobnovení „znovuprobuzení“ aktivizace. Domnívám se, že tyto části je možné zařadit do střední fáze muzikoterapie (Pejřimovská, 2011), kdy se klient uvolní, vyjádří své emocí pomocí bubnů nebo vyteskávání, následně také alternativním pohybem. Nicméně zde chybí přímá práce s emocemi a se vztahy a celkově hubší práce s klientem/klienty, proto lze říci, že se nejedná přímo o muzikoterapii, ale o práci s hudbou.

Je důležité znát možnosti využití technik v muzikoterapii, z toho důvodu, že některé techniky jsou nevhodné či mohou být některým klientům nepříjemné, jako např. (k2) uvedl, že místo bubnování má raději vyteskávání. Muzikoterapeut by si měl tedy všimnout klientů, které techniky jsou jim příjemné a které jim naopak vadí. Zde by se mohl využít koncept sociální psychologie, která je zaměřeno na kognici, tedy na poznávání a vnímání.

Je důležité znát možnosti využití technik v muzikoterapii, z toho důvodu, že některé techniky jsou nevhodné či mohou být některým klientům nepříjemné, jako např. (k2) uvedl, že místo bubnování má raději vyteskávání. Muzikoterapeut by si měl tedy všimnout klientů, které techniky jsou jim příjemné a které jim naopak vadí. Zde by se mohl využít koncept sociální psychologie, která je zaměřeno na kognici, tedy na poznávání a vnímání.

Nicméně těmto dvěma krokům předchází kategorizace, kdy si muzikoterapeutka zařadí klienta, ale může zde docházet k chybě klasifikace, jako je třeba předsudečné jednání. Ke kategorizaci se řadí i např. tyto efekty, které napomáhají jedinci si druhou osobou správně zařadit: efekt primárnosti (první zaznané rysy mají větší vliv na formování dojmu), efekt novosti (větší vliv při získání pozdějších informací na formování dojmu), apod. (Výrost, Slaměník, 2008)

např. na komunikaci. Komunikace je důležitým prostředkem pro dorozumívání, především u zrakově postižených osob, z toho důvodu, že nemají vizuální kontrolu okolí, proto je potřeba situaci kolem nich komentovat, či sami by měli být schopni zjistit co se děje, pomocí komunikace. Pomocí muzikoterapie by se měly odbourat nerovnováhy mezi prostředím a klientem.

Pracovnice (P1 a P2) mají vystudovanou speciální pedagogiku, kde je možné předpokládat, že znají cílovou skupinu. Nicméně u (P3 a P4) není dosaženo vysokoškolského vzdělání, tedy chybí jim vzdělání o zrakově postižených. Tyto pracovnice uvedly, že absolvovaly pouze kurzy, což může být nedostatečné. Na druhou stranu tyto pracovnice pracují se zrakově postiženými už několik let, tudíž lze předpokládat, že jejich znalosti jsou získané z praxe, nikoliv v rámci vzdělání.

Pracovnice, ale i klienti by se měli oprostit od idealizování si muzikoterapie, probíhající v jejich zařízení. Idealizace může být způsobena nemožností srovnání s jinými zkušenostmi s muzikoterapií.
15. Postoj klientů a sociální pracovníků na emocionální úrovni

DVO2: Jaký je postoj klientů a sociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie a práce s hudbou u zrakově postižených klientů na emocionální úrovni?

1.1. Emoce při provádění muzikoterapie

a) Radost při muzikoterapii: A1) radost z práce A2) muzikoterapeutka se snaží o pozitivní našlapění A3) radost z pohybu A4) radost pracovníků z toho, že s klienty mohou také zacvičit A5) klienti mají radost, že mohou docházet na muzikoterapii A6) radost ze života A7) radost ze společnosti lidí, kteří na muzikoterapii dochází

b) Hněv: B1) tenze klientů B2) rušení tím, že si ostatní klienti povídají B3) klient okřikuje ostatní účastníky

1.2. Žádoucí stav klientů dle pracovníků

a) Štěstí v pozitivním slova smyslu: A1) naučit se užívat si muzikoterapii, uvolnit se a najít pozitivum A2) uvědomit si štěstí A3) pozitivní životní události, které vedou ke štěstí

b) Zloba vůči druhým osobám, Bohu: B1) obviňování druhých za to, že klienti nepociťují štěstí B2) někdo je potrestal tím, že nevidí

1.3. Vztah negativních emocí k muzikoterapii

a) Smutek: A1) i smutek patří k muzikoterapii A2) smutná píseň A3) pokud jsou klienti smutní, pracovnice se je snaží rozveselit

b) Hněv: B1) vykřičení se, vybubnovat hněv ze sebe B2) hudba pomáhá se zbavit hněvu

V této kapitole jsou uvedeny 3 kategorie a jejich podkategorie. Níže budou podrobněji rozebrána kategorie 1.1. emoce při provádění muzikoterapie.
1.1. Emoce při provádění muzikoterapie

K muzikoterapii patří i prožívání různých emocí. Mohou být buď to v pozitivním slova smyslu či v negativním. Nejprve budou popsány pozitivní emoce, které bylo možno vypozorovat z rozhovorů.

a) Radost při muzikoterapii

Respondenti z řad pracovníků (P1) uvedla, že je důležité mít pozitivní vztah k muzikoterapii a k práci se zrakově postiženými klienty. Toto je potřeba, aby i pracovník mohl prožívat radost. (P2) uvedla, že vnímá radost u klientů např. při technice vytleskávání rytmu. Naopak pozitivum u sebe vnímá tak, že vidí sama sebe jako pozitivního člověka a snaží se toto pozitivum přenést i na klienty, i když ne vždy se to podaří. Zde, ale může vyplynout otázka, zda není uměle vyvíjen nátlak na klienty, aby prožívali pozitivní emoce.
(P2) má také pozitivní vztah k muzikoterapii a ráda tuto terapii provozuje s klienty. Pracovník by se měl umět vžít do pozitivní role, i navzdory jeho osobní problémům či potížím v osobním životě, měl by být profesionální. Příčinou pozitivní nálady může být i samotná hudba. Jak píše Linka (1997) tzv. hudební motorika (rytmus, tempo) napomáhají s navozením pozitivní nálad. Hudba má velmi pozitivní účinek např. u starších tvůrců hudby (zpěvák, dirigent, …), během jejich vystoupení, působí velmi energicky a mladistvě, díky rytmické hudbě. K tomu, aby mohla být muzikoterapie opravdu přínosná a kvalitní, je potřeba mít dobrý sluch, díky němuž je jedinci umožněno naplno vnímat veškeré zvuky.

„Já su pozitivní člověk, mám to ráda. Snažím se jim tam přenést to pozitivní a najít v životě něco pozitivního. “ (P2)

(P3 a P4) vnímají radost u klientů především v tu chvíli, kdy mohou klienti cvičit a nějakým způsobem se hýbat. Radost prožívají i samotné pracovnice v tom, že se mohou taktéž procvičit a protáhnout společně s klienty.

„Kolegyně předcvičuje a já je opravdu, ale radost je hlavně z toho pohybu, že se klienti protáhnou, ale i my. “ (P4)

Respondenti z řad klientů uváděli různé důvody radosti z muzikoterapie nebo to, co se jim na muzikoterapii líbí. (K1) uvedla, že ji muzikoterapie baví. (K2) uveďl, že nejraději má na muzikoterapii tancování. Tyto odpovědi lze považovat za odbočující od tématu,
nicméně lze zde najít pozitivní prožívání a vnímání muzikoterapie. Další respondenti se již drželi více tématu „radost“. (K3) uvedla, že ráda chodí na muzikoterapii, kdy vnímá spojitost mezi muzikoterapií a radostí, kdy tyto dva pojmy patří k sobě, ale především vidí pozitivum v tom, že se při muzikoterapii uvolní. (K4) prožívá radost z každodenních vjemů, radost z každého dne, kdy prožil něco hezkého. Naopak (K5) si při pojmu radost, vybavila radost z každodenní práce. (K7) vnímá radost v tom, že se zde může setkávat s ostatními lidmi. Zde je tedy možné pozorovat radost v tom slova smyslu, že se klienti rádi setkávají s ostatními lidmi a sdílejí svou radost s ostatními. Takovýmto pozitivním přístupem je možné zkvalitnit také vztahy mezi účastníky muzikoterapie, ale i mezi ostatními klienty a pracovníky v zařízení.

„No tak radost, když tam jsem, že jsou tam lidi.“ (K7)

V tuto chvíli je možné vnímat odlišnosti vnímání a prožívání radosti u každého jedince zvlášť. Každý z nich vidi radost v něčem jiném a každý prožívá radost jinak. S pozitivními emocemi se pojí taktéž pojem PERMA, se kterým pracuje Seligman (2011). Tento pojem si lze spojit se vznikem slovního spojení „well-being“, což si lze vyložit, jako stav, kdy se člověk cítí velmi dobře. K tomu, aby se člověk mohl takto cítit, patří pozitivní emoce, jako je např. radost. Radost se jednoduše „přihodí“, nejsilnější zážitky jsou neplánované a neočekávané, avšak radost je jedním z pocitů, které jsou pomíjivé. Pozitivní emoce jsou také základem pro vznik „individuálních osobních zdrojů, od fyzických, přes intelektuální až k sociálním. Tyto zdroje jsou stabilní a mohou být později využívány.“ (Stuchlíková, 2002, s. 107)

V této oblasti lze vnímat, že pracovníci vnímají radost z toho, že mohou cvičit s klienty, přičemž využívají situace za společně s klienty si také zacvičit. Pracovnice (P1, P2) vnímají radost spíše vtom smyslu, že by chtěli pozitivum předávat klientům, ale je nutné být sám pozitivně nalanděn, aby měly vůbec co předávat. Takovýmto způsobem vzniká i kvalitnější profesionální práce, kdy jsou pracovníci pozitivně nalanděni a jsou schopni poskytovat kvalitnější pomoc klientům. Z mého pohledu prožívání radosti při muzikoterapii přináší klientům uvolnění a radost ze života. Mohou si prožít pozitivní emoce, které by samy bez pomoci muzikoterapeuta a hudby nemusel být schopný prožívat. Zde může vyplynout otázka, zda není vytvářen nátlak pro to, aby muzikoterapie působila pouze na pozitivní bázi. Na druhou stranu, pokud je sám muzikoterapeut negativní a muzikoterapii by dělal nerad a s nechutí, mám dojem, že tato aktivita by neměla dlouhého
trvání, protože by klienti přestali docházet a raději by se věnovali jiným aktivitám, kde by na ně vedoucí aktivity nepůsobil negativně. Pokud by i přes negativní přístup muzikoterapeuta probíhala muzikoterapie, je možné říci, že by nikomu v žádné oblasti nepomohla ani nicím nepřispěla. Naopak by se mohly negativní emoce klientů ještě více prohlobit, a to by ovlivnilo také vztahy mezi klienty samotnými, ale také mezi klientem a muzikoterapeutem. Následkem by mohlo být zhoršení psychického stavu klienta, kdy by postrádal „pocit zvládání očekávání, sebedůvěru, sebeúctu a osobní identitu“ (Musil a Navrátil, 2000, s. 29), což by mohlo působit i na ostatní sféry, např. fyziologické s čímž souvisí případně i zdravotní stav klientů. Hrozí zde také riziko ohrožení sociálních potřeb nedostatek „pocitu sounáležitosti, sdílení společenství, uznání a oprávnění, exkluzivního uspořádání, přízněného přehlídače“ (Peterková, 2015) Naopak (P3, P4) v rámci muzikoterapie žádný hněv nevímá. Popisují, že klienti jsou rádi, za každý kontakt, jediné, co je může nahněvat je horšící se zdravotní stav. Může to být z toho důvodu, že tyto dvě pracovnice pracují s jinou skupinou klientů, kde je většina upoutána na


b) Hněv

Respondenti z řad pracovníků (P1, P2) pojem hněv pojaly tak, že pokud někdo prožívá hněv, je možné se ho zbavit v rámci muzikoterapie, buď to vykrčením či vybubnováním, čímž uvolní napětí, které ve klientovi převládá a zbaví se tak nepříjemné tenze. Hněv lze vnímat jako primární stav, který roste v agresivním jednání ((Stuchlíková, 2002). Hněv lze vnímat také jako nespravedlnost. (Peterková, 2015) Naopak (P3, P4) v rámci muzikoterapie žádný hněv nevímají. Popisují, že klienti jsou rádi, za každý kontakt, potřeba, co je může nahněvat je horšící se zdravotní stav. Může to být z toho důvodu, že tyto dvě pracovnice pracují s jinou skupinou klientů, kde je většina upoutána na
invalidním vozíku či se velmi obtížně pohybují nejen z důvodu špatného zdravotního stavu, ale i z důvodu vysokého věku. Nicméně zde opět může vyplynout otázka, zda svůj postoj zaujímají skutečně a objektivně bez předsudků nebo jej vnímají selektivně, tedy pouze jen některé podněty.

Emočně silné akcentované postoje, jsou především předsudky, které mohou být iracionální a mohou být spojovány s nevalidními informacemi. Neutrální postoj je spojován s nevýznamnými objekty nebo s objekty o nichž nic nevíme. (Nakonečný, 2009)

„Ideální příležitost se realizovat. (...) můžete si představit, jak někomu natlučete.“ (P2)

Klienti se hněvu zbavují pomocí muzikoterapie, konkrétně pomocí techniky bubnování (K1, K6, K7). Tito respondenti uvedli, že pokud oni sami prožívají hněv nebo někdo jiný z účastníků muzikoterapie, tuto negativní emoci ze sebe dostanou, když si pořádně zabubnují. (K2) uvedl, že při muzikoterapii nebyl nikdy naštvaný. Naopak respondentka (K3) uvedla, že pokud by byla naštvaná, tak by na muzikoterapii ani nepříšela, protože má pocit, že by jí to nic nedalo a nebavilo by jí to tam. Klienti (K4, K5) uvedli, že k odstranění hněvu může pomoci hudba, kdy si doma v klidu lehnou a pustí si hudbu, která je jim příjemná. Příčinami hněvu může být buď to již zmíněný horšící se zdravotní stav klienta nebo špatné vztahy mezi klienty, což často vyplývalo z odpovědí klientů. Je možné, že hněv může také způsobovat neměnný stereotypní životní styl. Pokud klienti nemají rodinu či přátelé, za kterými mohou vyrazit z pobytového centra, jejich aktivity jsou téměř stereotypní a neměnné. Některým klientům tento zaběhnutý stav možná vyhovuje, ale z mého pohledu je potřeba občas udělat změnu a setkat se i s jinými lidmi, než se kterými se klienti potkávají každodenně. Toto může mít také vliv na klientovu psychiku, může se cítit bezbranný, kvůli tomu, že se nedostane ven, ne proto, že by to zařízení zakazovalo, ale proto, že nemá za kým jít. I zde je možné pozorovat případné problémy v rámci sociálního fungování, přesněji tedy v sociální sféře. Na druhou stranu má klient možnost se takto více osamostatnit, což mu pomůže i v jeho psychické stránce, že si bude více důvěřovat a může tak v mnoha věcech spoléhat sám na sebe.

„No když to vezmu podle sebe a jsem na něco naštvaná, tak si lehnu na postel, pustím si CD a poslouchám tu hudbu a to mě uklidňuje.“ (K5)
Podle (P2) někteří klienti prožívají hněv, který je zapříčiněn jejich špatným zdravotním stavem, kdy se klienti odkazují na Boha, který je zřejmě za něco potrestal. Takto to vidi muzikoterapeutka, která s klienty pracuje v rámci muzikoterapie. Klienti toto mohou vnímat jako nespravedlnost. (Peterková, 2015). I na hněvu lze vnímat pozitivní složky, např. díky apreakci, kdy se jedinec uvolní a dostane ze sebe přebytečnou energii.

15.1. Dílčí závěr

Odpověď na otázku: Jaký je postoj klientů a sociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie a práce s hudbou u zrakově postižených klientů na emocionální úrovni?

Klienti, stejně jako pracovnice vnímají pozitivní na muzikoterapii to, že mají z muzikoterapie radost. Ta je způsobena pozitivní atmosférou, která ve většině případů převládá při hodině muzikoterapie. Pozitivum lze vnímat také v tom, že klienti, ale i pracovníci se mohou uvolnit při muzikoterapii a dostat se sebe negativní emoce, tzv. apreakcí. Klienti mají negativní postoj k muzikoterapii v tu chvíli, pokud jim jejich muzikoterapii narušuje jiný účastník tím, že je okřikuje, především ve fázi abreakce, a klienti se tak nemohou plně uvolnit. Naopak pracovnice (P2) vnímá negativum v tom, že se klienti neumí uvolnit v relaxační části.

Respondenti z řad pracovníků prožívají radost především v tu chvíli, kdy se mohou sami účastnit muzikoterapie a společně s klienty si zacvičit. Prožívání radosti probíhá také při samotné muzikoterapii, kdy se muzikoterapeutka snaží předávat pozitivní emoce, i když to není vždy úplně snadné. Pokud je pracovník pozitivní člověk, může pak lépe pracovat a komunikovat s klientem. Kdyby byl naopak negativní, těžko by si pracovník budoval cestu ke klientům, kteří potřebují pozitivní myšlení a naladění. Potřebují hledat pozitiva v každodenních malíčkostech, které jim pomáhají zpříjemnit si život.

Emoce rozdělujeme na pozitivní a negativní. Tyto emoce určují sílu postoje. Emece můžeme vnímat buďto jako extrémně pozitivní nebo naopak negativní, což úzce souvisí s osobností jedince v tom smyslu, že plní určitou integrační funkci. (Nakonecný, 2009) Nicméně k tomu, aby jedinec mohl vůbec prožívat, především pozitivní emoce, je


Naopak prožívání hněvu pracovnice (P3, P4) nevnímají, z čehož může vyplývat otázka, zda je toto vnímání emocí objektivní a není předsudečné. Pracovnice (P1, P2) uvedly možnosti, jak se hněvu zbavit, pomocí muzikoterapie a techniky bubnování.

Lze říci, že emoce a muzikoterapie spolu úzce souvisí. Díky muzikoterapii lze vyjádřit emoce, které jedinec momentálně prožívá, ať už se jedná o pozitivní (radost), se kterými se rád podělí i s ostatními účastníky, anebo se jedná o negativní emoce, které je potřeba vyjádřit, tzv. apreakcí, kdy jedinec naplno uvolní své emoce. Uvolňování emocí a abreakce je důležitá z toho důvodu, aby se člověk uvolnil a nedržel tyto negativní emoce uvnitř, kdy by mohlo dojít ke zhoršení zdravotního stavu, především po psychické stránce. Negativní emoce mohou způsobovat např. deprese. V dnešní době trpí duševními poruchami cca každý 4. (Helpnet, Duševní nemoci, online). Lidé trpící depresemi často tento svůj problém řeší alkoholem. Zde opět hrozí riziko závislosti, ať už na alkoholu či jiné návykové látky. Jakákoli závislost ohrozuje také celé sociální fungování jedince, nejen sociální, kdy může ztratit veškeré kontakty s rodinou či přáteli, ale má to vliv také na biologickou stránku, kdy jeho tělesná schránka chátrá.

Příčinou negativních emocí může být buď to horšící se zdravotní stav klienta, nebo to, že se klient cítí být za něco potrestán, tím, že nevidí a také to může způsobovat to, že je umístěn v zařízení pro zrakově postižené a není doma s rodinou.
16. Působení kognitivní a emoční složky na postoj klientů a sociálních pracovníků na behaviorální úrovni

DVO3: Jak kognitivní a emoční rovina ovlivňuje behaviorální rovinu postoje u klientů a sociálních pracovníků, kteří využívají muzikoterapii a práci s hudbou u zrakově posílených klientů?

1.1. Postup a fáze muzikoterapie
   a) Uvolnění emocí: A1) rychlá hudba A2) agresivní červené světlo A3) vybití se do bubnu, uvolnění emocí (hněvu)
   b) Alternativní možnosti: B1) alternativní pohyb B2) možnost hrát s hudebními nástroji (chřestitka, …)
   c) Zklidňující masáž: C1) zklidnění se C2) zelená barva C3) automasáž, masírování se navzájem či muzikoterapeutem
   d) Relaxace: D1) relaxace, lehnutí si na zem D2) relaxační hudba D3) tmavomodrá barva D4) navození pocitů v prenatálním období
   e) „Probuzení“: E1) obnovení aktivizace E2) zelená nebo žlutá barva E3) navození pocitů „vstávání, ráno“ E4) povídání si o čemkoliv, o emocích

1.2. Vhodné a nevhodné techniky muzikoterapie
   a) Vhodné: A1) masáže A2) zpěv A3) hudba A4) relaxace, odpočinek
   b) Nevhodné: B1) přidání další terapie (např. aromaterapie) B2) příliš hlučná hudba B3) světlo (nevhodné pro epileptiky) B4) bubnování, tanec

1.3. Absolvování muzikoterapie a její návštěvnost
   a) Vnímání a prožívání pozitiva: A1) dobrý vztah k muzikoterapii i ke klientům A2) spokojenost klientů A3) uvolnění, zklidnění, odpočinek A4) klienti se na muzikoterapii těší A5) vyjádření pocitů
   b) Návštěvnost muzikoterapie: B1) jednou týdně, klienti mají i další aktivity, B2) plánuje se i individuální muzikoterapie pro ty, kteří by chtěli terapii vícíkrát než jednou týdně
1.4. Chování pracovníků vůči klientům

a) Kladný vztah ke zrakově postiženým

b) Vlidné a přijemné chování: B1) po práci je pracovník vyčerpaný

c) Nevhodné chování pracovníků vůči klientům: C1) špatná zkušenost klienta
   C2) nevhodná komunikace s klientem

d) Zvládání emocí: D1) pracovníci by měli být vyrovnaní, kteří často poznávají,
   že je pracovník naštvaný nebo že se něco děje D2) emoce mohou ovlivnit
   chování pracovníků vůči klientům, ale nemělo by se to stávat

1.1. Postup muzikoterapie

V této kategorii budou uvedeny postupy muzikoterapie, dle nichž postupují
v zařízení pro zrakově postižené.

a) Uvolnění emocí

V této první části muzikoterapie je hlavním smyslem to, aby se člověk uvolnil a
dostal ze sebe přebytečnou energii, hněv, trápení a další negativní emoce, které jsou
v jedinci, tzv. apreakce. Toto uvedly pracovnice (P1, P2), při čemž dodávají, že k této
první části patří také agresivní červené světlo, které podporuje agresivitu, a rychlá hudba,
která udržuje tempo, při bubnování či vytleskávání rytmu. Jak uvádí literatura, hudba by
měla působit pozitivně, nicméně Linka (1997) ve své publikaci uvedla příklad husitského
chorálu, který zahnal protivníky na útěk. Toto lze přirovnat také u klientů, kteří z téla
mohou takto vyhnat své negativní pocity či myšlenky. Tato první část je možná lehce
omezující v tom, že jako apreakci si nemohou zvolit cokoli, protože to nedovolují
prostorové podmínky, takže jako apreakci využívají tedy bubnování nebo vytleskávání.
(P3, P4) uváděli odlišné části a postupy muzikoterapie z toho důvodu, že tyto pracovnice
pracují s jinou cílovou skupinou, ale ve stejném zařízení. Tady je první částí pouze
prodýchání.

„Napřed se prodýcháme, používáme šátečky, do kterých foukáme, aby cítili ten
pohyb (...)“ (P3)
Respondenti z řad klientů byli v odpovědích velmi struční. Části muzikoterapie popisovali zkráceně a nijak své odpovědi nerozváděli, což může být způsobeno tím, že buď nevěděli, jak přesněji či hlouběji procesy muzikoterapie popsat, nebo o tom nechtěli mluvit. Toto z rozhovorů nebylo možné zjistit.

„No vlastně když tam přijdete, tak se vybubnovává ten rytmus, podle hudby, která tam hraje (…)“ (K5)

b) Alternativní pohyb

V této části mají klienti možnost se hýbat. (P2) tuto část označila jako tancování, které není typické. Klienti by měli tancovat, jak se jim zachce, měl by to být alternativní pohyb. To stejně se týká i doprovodných nástrojů, které mohou klienti využít a doprovázet tak rytmickou hudbu s netypickými nástroji, jako jsou třeba různá chřestítka. Zde si klient může uvědomit své tělo a kreativně se projevovat. Nicméně vše je v této aktivitě možné. Pokud klient nechce nebo nemá náladu tancovat či hrát s nástroji, nemusí, je to dobrévolné. V této části se klienti cítí již uvolnění, ale mohou ještě zbytky negativní energie či hněvu ze sebe vytancovat.

„Tak je ten taneček, neměl by to být přímo tanec, ale spíš alternativní pohyb. Co koho těší, někdo chce tančit, někdo ne. Někdo nechce ani ten hudební nástroj. Ty nástroje by neměli mít předurčený pro ten konkrétní zvuk. Jsou to různý chřestítka, (...) něco co nezní typicky, co je takový alternativní, zhřejeme se.“ (P2)

Ve druhé skupině, se kterou pracují (P3, P4) se pouze cvičí jednoduché protahovací cviky, které jsou uzpůsobeny i pro ty klienty, kteří jsou upoutáni na vozíčku nebo je jejich pohyblivost již značně omezena. Jednoduchost cviků tak umožňuje zapojení všech klientů, aniž by byl někdo vyloučen stranou.

„Potom se procvičíme, ale jen lehce, protože jsou někteří na vozíčku (…)“ (P4)

Respondenti z řad klientů opět byli velmi struční a uvedli, že druhou částí je tancování. Při pozorování této části muzikoterapie bylo vidět, že některé klienty tancování opravdu baví. Jiní klienti s touhle částí měli problémy, ale tyto potíže jsou způsobeny
špatným zdravotním stavem, kdy jejich fyzická zdatnost nedovoluje se pohybovat tak, jak by chtěli. Ti, co nemohli tancovat seděli na židlicích a používali pouze chrastítko nebo se jen protahovali. U těchto klientů bylo poznat, že tato část je až tak nežádoucí, protože se nemohou naplno zapojit. Zde by mohlo být viditelně vyčlenění ze skupiny. U těchto klientů by mohlo hrozit riziko vrácení se do první části, kde prožívali hněv, vztek či jiné negativní emoce, z důvodu nemožnosti se zapojit, jako ostatní.

„...potom je tancování, ale to já nemůžu dělat (...)“ (K3)

e) Zklidňující masáž

Ve třetí části dochází ke zklidnění. Klienti by měli být uvolněni, neměli by pocíťovat již žádné negativní emoce. K tomu napomáhá klidnější hudba, zelené světlo a pro zpříjemnění masáž. Tato masáž se provádí speciálními míčky, které jsou gumové a mají na sobě ostny. Toto část je pro klienty nejpříznivější. Toto si myslí i pracovnice (P1, P2, P3, P4). Masáž musí probíhat tak, že klienty masíruje muzikoterapeutka, nebo se klienti masírují navzájem, což může být pro některé nepříjemné, pokud nechtějí ostatní klienty pouštět do své intimní zóny (viz. Interpretace DVO1), může probíhat pomocí automasáže, kdy se klient masíruje sám. Je možné říci, že tato část muzikoterapie je dokonalým prostředkem, jak se uvolnit a zrelaxovat.

„...Pak je masážní část. Může to být automasáž nebo můžeme masírovat někoho před sebou. Je to i to takovým vzájemným, už se dotýkáme téma masážními míčkami na zádech, je to takové příjemné, tam si sami nedosáhneme. Barva je zelná, taková klidnější, zklidňující.“ (P1)

Pracovnice (P3, P4) uvedly, že v této části taktéž využívají techniku masáže. Zde masírují pouze pracovnice klienty.

„na závěr jim provádíme masáž, máme takové ty míčky s téma ostny, masírujeme jim záda, nohy, ruce, aby se uvolnili, a ještě máme takové to škrabátko na hlavu.“ (P3)

Klienti (K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7) sami uvedli, že jejich nejoblíbenější část muzikoterapie je masírování. V této části jsou uvolněni, zrelaxováni a nepociťují žádné negativní emoce.
d) Relaxace

I tato čtvrtá část se věnuje relaxaci a uvolnění. Po masáži si klienti mohou lehnout na zem, kde je teplý a měkký koberec, což působí velmi příjemně, kdy klienti dostanou ještě deku a polštář. Barva světla se ztlumí na tmavomodrou. Zde se navozuje pocit prenatálního období, kdy je dítě ještě v matčině břiše. K tomu patří také to, že by si klienti měli lehnout na bok a stočit se do klubíčka. Nicméně (P2) v tomto úkonu vnímá problém, protože klienti toto z nějakého neznámého důvodu nedělají. Pracovnice (P3, P4) tuto část ve své skupině nemají.

„I to lehnutí, to je pro ně problém, všichni leží jak prkna. Lehněte si na bok. Jak na bok.“ (P2)

„Pak je další část, relaxační. To si lehneme na zem, barvu ztlumíme na tmavomodrou a je tam relaxační hudba. A používáme tam ten oceandrum. Dá se k tomu cokoli přidat. V podstatě tam máme dvě relaxační hudby po sobě.“ (P1)

Všichni klienti uvedli, že jako čtvrtá část je opět relaxační. Z výpovědí lze říci, že i tato část je pro ně příjemná a uklidňující. I když je někdy náročná na udržení pozornosti.

„a pak si lehneme na ty polštáře a někdy se i spí.“ (K6)

e) „Probuzení“

V poslední části muzikoterapie by měli být klienti uvolněni, zrelaxováni a nabírat novou sílu. K tomu jim napomáhá zelené nebo žluté světlo, evokující ráno, kdy vstáváme odpočinutí a plní síl do nového dne. Ke zpříjemnění si pracovnice s klienty zpívá, což může napomoci k naladění se na pozitivní náladu a myšlení. Poté je možné si povídat. Mnohdy si povídají nezávazně o čemkoli, např. co dělali o víkendu, co prožili. Nicméně v této části by se mohli zaměřit na emoce, které prožívali během muzikoterapie a pracovat
s nimi hlouběji. Bavit se o tom, z jakého důvodu pociťovali zrovna tyto emoce, co to zapříčinilo, apod.

Pracovnice (P3, P4) pouze uvedly, že v poslední části muzikoterapie si rovněž zpívají. Tuto aktivitu mají klienti velmi rádi, a rádi vzpomínají na staré písničky z mládí, na které se snaží si vzpomenout, zapsat si je a zařadit do seznamu písniček. Tady je možné pozorovat procvičování paměti a udržení mozku v aktivní fázi.

„A pak je zase to zelené nebo žluté světlo, to se pak obnovuje znovu ta aktivizace a je tam trošku zpívání, dáváme si to tam často, to máme rádi, než se člověk vzbudí, pak si povídáme. (..)“ (P1)

Tuto poslední část uvedli pouze dva klienti (K2, K3). Ostatní klienti blíže nespecifikovali část odpočinku.

„potom je tam jakoby ráno a zpíváme v doprovodu kytary a pak konec. Chvilku si povídáme a pak je teda konec.“ (K2)

1.2. Vhodné a nevhodné techniky muzikoterapie

a) vhodné

Respondenti z řad pracovníků vnímají jako vhodné techniky muzikoterapie především zpěv (P3, P4). U této techniky klienti nepotřebuji zrak, tedy je pro ně vhodná. Díky tomu, že zrakově postižený nemůže vnímat okolí vizuálně, tedy okem, v mnoha případech je jeho vnímání zesíleno pomocí sluchu. Tedy i hudba, k níž se připojuje i zpěv, je taktéž vhodnou technikou pro nevidomé a zrakově postižené. Nicméně je potřeba volit vhodnou hudbu tak, aby byla klientům příjemná a nevyvolávala v klientech negativní pocity, jako např. strach, hněv či odpor. Volba správné hudby je už na domluvě s klienty, ale především záleží na znalostech muzikoterapeuta. Pomocí vhodně zvolené hudby se člověk uklidní, uvolní a zrelaxuje. K relaxaci a uvolnění je především vhodná přímo relaxační hudba, avšak např. u mladých lidí paradoxně pomáhá i jiný styl hudby, jako např. rock, heavy metal, punk, hip-hop, disco, apod. K tomu, aby se jedinec dokonale zrelaxoval a odpočinul si od svých každodenních starostí, je vhodné také připojit masáž. Je faktem, že
ne všem klientům může být masáž příjemná, protože nechce pouštět nikoho do své intimní zóny, ale ve většině případů, se klienti nechávají namasírovat.

„Asi ty masáže, to cvičení, ale taky to nemusí být každému příjemný, tančit třeba za tv ruce, každý má svůj rytmus. ještě třeba někdy ty doteky, sedneme si do vláčku za sebe a masírujeme se navzájem. (...)“ (P2)

Klienti jako vhodnou techniku uváděli, především cvičení a odpočinek (K4, K5). Klienti (K3, K7) vnímají jako nejvhodnější techniku masírování, která se jim líbí, a u které se nejvíce uvolní. Zbylým klientům (K1, K2, K6) se zdají být veškeré techniky, které provádějí na muzikoterapii vhodné. Lze říci, že tito se klienti mohou mít zkraslené představy o vhodných technikám muzikoterapie, protože většina z nich jinou muzikoterapii nikdy nezažila, tedy vnímají především pozitiva a nemají s čím srovnávat.

„No asi ta relaxace, ten odpočinek, že tam načerpá nové síly, když poslouchá tu hudbu, a myslím si, že i ten tanec.“ (K5)

b) nevhodné

Respondenti z řad pracovníků vnímají pouze vhodné techniky, které využívají. Jako nevhodné neuvěděly žádné. Pouze (P2) vnímá jako nevhodnou, již zmíněnou výše, techniku aromaterapii, kdy tuto techniku připojila, čímž zjistila, že klienti se přestali soustředit na samotnou muzikoterapii a vnímali pouze vůni. To může být způsobeno tím, že klienti jsou ochuzeni o vizuální kontrolu okolí, proto se zaměřují na všechny ostatní podněty. Za nevhodné je možné taktéž považovat příliš hlučnou hudbu nebo bubnování, přičemž klienti vnímají okolí především sluchem, tudíž příliš hlučná hudba je jim nepříjemná. Je to stejně, jako by byl člověk odkázán pouze na vnímání okolí zrakem a tento smysl by mu oslňovalo světlo či slunce, takže by mu tato situace byla taktéž nepříjemná. Při muzikoterapii se využívá taktéž světlo, většina účastníků světlo nevnímá, ale i přesto jsou puštěna a muzikoterapeutka jim říká, které světlo zrovna svítí. Pouze (K2) má zbytky zraku, je tedy schopen rozpoznávat různé barvy světel. Nicméně i tato světelná stimulace může být pro citlivější lidi nevhodná. Např. blikající světlo může způsobit epileptický záchvat, nebo příliš intenzivní světlo způsobuje bolesti hlavy a migrény. Jako nevhodnou techniku může být považována také tanec. Pokud se člověk nemůže vizuálně kontrolovat, je možné, že tato technika je mu nepříjemná, protože neví, jak u toho vypadá. S čím souvisí také to, že
se vidící klienti nemohou např. plně uvolnit, protože se kontrolují a sledují jak oni samy, ale i ostatní u toho vypadají, a jestli to není hloupé apod.

„No třeba přidat k tomu třeba tu aromaterapii. Ve většině případů je to ruší. Někdy i ta intenzita té hudby je ruší, někdy to musíme ztíšit. Někdy i ty nástroje jim nejsou příjemný. No a ty světla. U vidícího to může vyvolat třeba migrénu, proto se tam nechává jen ta zelná, není to vhodné ani pro epileptiky, proto tam nikdo takový nechodí. (…)“ (P2)

Respondenti z řad klientů (K3, K4, K5, K6) uváděli, že jako nevhodná technika může být např. bubnování, příliš hlučná hudba nebo tancování. Klienti (K1, K2, K7) žádné nevhodné techniky nezaznamenávají.

„No tak já si myslím, že je vhodné všechno, co tam děláme.“ (K2)

16.1. Dílčí závěr

Odpověď na otázku: Jak kognitivní a emoční rovina ovlivňuje behaviorální rovinu postoupe u klientů a sociálních pracovníků, kteří využívají muzikoterapii a práci s hudbou u zrakově postižených klientů?

Respondenti z řad pracovníků, ale i klientů vnímají muzikoterapii pozitivně. K nejoblíbenější části klientů patří především část, kdy se masírují. Muzikoterapii vnímají především jako aktivitu, kde si mohou odpočinit, zrelaxovat se a nabrat nové síly. Toto pak ovlivní i jejich chování, kdy se zbaví napětí a stresu.

Muzikoterapie ovlivňuje také emoce. Při muzikoterapii klienti prožívají ve většině případů radost, ale především uvolnění. Pokud prožívají v dané chvíli negativní emoce, jako je hnev, stress a smutek, mají zde příležitost se takových emocí zbavit pomocí první fáze tzv. abreakce. I emoce ovlivňují behaviorální složku jedince.

Respondenti z řad pracovníků, především (P1, P2) popisovali podrobněji průběh muzikoterapie, která se provádí v daném zařízení. Oproti tomu klienti byli v popisu procesu muzikoterapie velmi struční.
Co se týká účinků muzikoterapie, z rozhovorů vyplývá, že nejúčinnější částí je část první, kdy se klienti mají možnost vyjádřit. Vyjadřují své emoce, mohou ze sebe dostat negativní emoce, jako je hněv, smutek, vztek, apod. také ve druhé části je možnost se kreativně projevit pomocí tance, avšak ne všichni klienti tuto možnost mohou využít. Je možné říci, že v této části jsou klienti, kteří se nemohou volně pohybovat bez kompenzačních pomůcek, jsou tedy „vyčlenění“ a musí tak čekat na další, třetí část, kde se mohou plně plnohodnotně zapojit jako ostatní. Tato druhá část může u klientovi vyvolat opět negativní emoce, kterých se zbavil v první části. Je zde možnost dostavení se smutku či hněvu buď to sám na sebe, že se nemůže pohybovat, jak by chtěl, nebo se může projevit hněv vůči muzikoterapeutovi, protože nevymyslel aktivitu, která by byla vhodná i pro tyto klienty. V tuto chvíli by se mohlo změnit také chování klienta vůči pracovníkovi, kdy by se k pracovníkovi mohl klient chovat negativně či vyčítavě. Nicméně toto chování během výzkumu a rozhovorů nebylo zaznamenáno, je evidentní, že klienti mají muzikoterapeutku velmi rádi. I zde je možnost pozorovat určité stereotypní postupování v procesu muzikoterapie. Všechny části se pokračují beze změny. Jedinou výjimkou je občasná záměna v první části, kdy místo bubnování je využita technika vyčlenění.

V dalších částech by se klienti měli uvolnit a zrelaxovat. Neměli by pociťovat již žádné negativní emoce. Toto zklidnění a uvolnění napomáhá především pozitivnímu myšlení a pozitivní psychologii. S tím následně souvisí také to, že se mohou většinou převedením do malíčkostech a opustit tak stereotypní negativní pohled a přístup k životu, s čím souvisí také vytvoření a obnovy s nerovnováhami, které zrakově postižené potkávají. Je zde možnost také lepší integrace a působení na komunikaci, v rámci nerovnovah. Jak bylo uvedeno výše, klienti v předposlední části leží na zemi a odpočívají. Zde by měli pociťovat navození atmosféry, že se vrátili do přenatálního období, kde jsou v bezpečí u matky. Nicméně s tímto je problém. Důvodem může být buď to, že se do tohoto období nechtějí vrátit nebo si tento stav neumí představit. Může následovat neúplné uvolnění a z relaxování, tak, jak bylo původně muzikoterapeutkou zamýšleno, což částečně ztrácí efekt. Jako poslední část má za smysl to, aby se klienti znovu zaktivizovali a byli připraveni na další dny. Měli by se cítit odpočatě a plní síl, k tomu, aby mohli zvládat překážky, které v jejich životě mohou nastat.

Co se týká vhodných a nevhodných technik při muzikoterapii, většina respondentů z řad pracovníků uvedla, že používají pouze vhodné techniky. Za tyto vhodné techniky jsou považovány především zpěv, masážování a odpočinek. Klienti stejně jako pracovníci
vnímají vhodnou techniku odpočinku, nicméně pro ně je vhodná především masáž, která je u klientů oblibená. Co se týká nevhodných technik, pracovnice (P1, P3, P4) žádné nevhodné techniky nevnímají, což opět navádí k otázkám, zda je jejich vnímání objektivní a není zkresleno. Pouze (P2) vnímá, že připojení dalších technik, jako např. aromaterapie se zdá být nevhodná, z toho důvodu, že odvádí pozornost od samotného procesu muzikoterapie. Klienti vnímají jako nevhodné časté bubnování, kde mluvili spíše o ostatních než samy o sobě. V tom slova smyslu, že bubnování by mohlo některým účastníkům vadit, protože je hlučné. S hlučností souvisí také další negativum, kdy klienti upozorňují muzikoterapeutku, že hudba, je příliš hlasitá a jim to už vadí. Příliš hlučná hudba může navozovat negativní emoce, např. buď to strach či hněv, apod. nevhodné je možné vnímat také využívání světelné stimulace, je nevhodná především pro lidi s epileptickým onemocněním nebo pro lidi trpící častou migrénou.
Závěr

1. Odpověď na hlavní výzkumnou otázku

Jaký je postoj klientů a sociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie a práce s hudbou u zrakově postižených klientů?

Z výzkumu je možné vyvodit, že klienti mají pozitivní postoj k muzikoterapii. Klienti se na muzikoterapii těší a mají ji rádi. Pomocí muzikoterapie je možné působit pozitivně na komunikaci, kdy se klienti uvolní a jsou tak schopni lépe navazovat kontakt s jinými lidmi a odstranit tak bariéry v rámci kontaktu s lidmi, integraci a s navazováním vztahů. Jako další pozitivum je možné vnímat, že všechny pracovnice i klienti se mohou uvolnit pomocí tzv. abreakce, kdy se sebe dostanou přebytečnou energii, ale hlavně negativní pocity.

Jako negativum vnímají v tom, že je napomíná jiný účastník muzikoterapie, což jim vadí. Občas je klientům nepřijemné i bubnování či příliš hlasitá hudba. Naopak pracovnice (pouze muzikoterapeutka) vnímá jako negativum muzikoterapie to, že se klienti neumí plně uvolnit, příliš se kontrolují, ale také jako negativní vnímá to, když k muzikoterapii připojí jinou terapii např. aromaterapii. Klienti se pak nesoustředí na samotnou muzikoterapii, ale především na intenzitu vůní.


Klienti tohoto zařízení navštěvují muzikoterapii. Tato terapie může napomoci při zvládání nerovnovah např. při komunikaci. Pro zrakově postižené je obtížnější navázat komunikaci než pro viditelného člověka. Komunikace je také jedním z důležitých či dokonce z nejdůležitějších dorozumívacích prostředků zrakově postižených, neboť jsou ochuzeni o
vizuální kontakt s okolím. Muzikoterapie může napomoci v tom, že se klienti naučí uvolňovat negativní pocitity jako je stres, strach, smutek či hněv, díky čemuž budou uvolněni a budou tak více otevřeni novým věcem. V rámci muzikoterapie probíhá již určitá integrace mezi ostatní účastníky muzikoterapie, což může být dobrým začátkem. Muzikoterapie se jeví také jako vhodným prostředkem pro práci, z toho důvodu, že klienti rádi docházejí na muzikoterapii. Dá se říct, že již během muzikoterapie probíhá pomoc s vyrovnáním nerovnovah mezi prostředím a klientem, kdy pracovnice předvíuje různé čivky a popisuje je. Těm klientům, kteří nezvládají cvičit sami, pracovnice ukazuje, co mají dělat. Ocitá se tak v roli tzv. průvodce (Michalík, 2011). U většiny klientů bylo z rozhovorů zaznamenáno, že je muzikoterapie baví a těší se na další hodiny. Může zde však vyplynout otázka zda nevnímají muzikoterapii pouze pozitivně a nevnímají žádná negativa. Jedná se především v fázi tzv. abreakce, kdy se klienti nemohou plně uvolnit. Jako pozitivní vnímají i to, že během již zmíněné abreakce, mohou ze sebe dostat negativní emoce, které jsou jim nepřijemné (hněv, smutek, atd.). Naopak pracovnice žádné negativa nevnímají. Pouze muzikoterapeutka (P2) vnímá jako problematické, když k muzikoterapii připojí jinou terapii (arteterapii), kdy se klienti plně nesoustředí na samotnou muzikoterapii, ale vnímají pouze intenzitu vůní. Jako negativum vnímá také to, že se klienti v relaxační fázi neumí zcela uvolnit, což pak ztrácí chtěný efekt. Nicméně muzikoterapie je vhodnou terapií pro zrakově postižené, neboť u této terapie není potřeba vizuálního kontaktu či kontroly, jako třeba u arteterapie. Nicméně muzikoterapie v tomto zařízení je brána spíše jako aktivizační, odpočinková a relaxační činnost, i když má prvky pravé muzikoterapie. Muzikoterapie v tomto zařízení se dá opřít o literaturu, kde Pejřimovská, (2011) ve své publikaci popisuje střední fázi muzikoterapie, která se provádí i v tomto zařízení. Avšak v rámci muzikoterapie se v zařízení nepracuje např. se vztahy, s emocemi ani s něčím jiným více do hloubky. Zde lze říci, že se jedná spíše o práci s hudbou než o muzikoterapii, která by měla něco řešit.

Z hlediska postojů, kterými se zabývá nejen Nakonečný, ale i Hartl, Hartlová, 2000;

Čížková, 2000, jak klientů, tak i pracovníků zaujímají k muzikoterapii pozitivní postoj. Nicméně je třeba upozornit na to, zda si klienti i pracovníci neidealizují muzikoterapii a zda nepřehlíží některé aspekty, které by mohly být negativní a ovlivňovat tak celý průběh muzikoterapie. Jejich vnímání je možné označit jako selektivní vnímání (Nakonečný, 2009), kdy kolem jedince je mnoho podnětů, ale jedinec vnímá pouze

Co se týká prožívání emocí při muzikoterapii, respondenti z řad klientů prožívají radost. Pokud jsou negativně naladěni, pomůže jim hned první fáze muzikoterapie tzv. abreakce, kdy mají možnost uvolnit tyto své negativní pocity a emoce. Další průběh muzikoterapie se soustředí spíše na pozitivní naladění, přičemž může být vytvářen tlak na to, aby klienti prožívali pouze pozitivní emoce. Pozitivum lze najít i na negativních emociích, kdy se při vyjádření těchto negativních emocí jedinec uvolní a zklidní. Vnímání samotné muzikoterapie, ale i prožívání pozitivních či negativních emocí ovlivňuje pak následně behaviorální stránku. Díky muzikoterapii se klienti navzájem poznají nejen mezi sebou, ale také s muzikoterapeutem. Toto pak ovlivňuje chování muzikoterapeuta vůči klientům, ale i chování klientů vůči muzikoterapeutovi i klientů sobě navzájem.

2. Silné a slabé stránky

Za silnou stránku lze považovat zvolení kvalitativní výzkumné strategie za pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Tato výzkumná strategie je vhodně využita z toho důvodu, že téma moji diplomové práce mohlo být prozkoumáno do hloubky, což by kvantitativní výzkumná strategie nedovolila. Jako silnou stránku považuji také to, že jsem měla přípraveny otázky, které jsem pokládala jak klientům, tak i pracovníkům, přičemž se obě tyto skupiny zamýšleli nad pozitivy a negativy muzikoterapie a dalšími otázkami, které jsem jim pokládala, nad kterými by jinak asi nepřemýšleli. Další silnou stránku vidím v tom, že jsem měla možnost mluvit s klienty, kdy se rozhovoru účastnili jak muži, tak i ženy.

Jako slabou stránku vnímám především to, že jsem měla možnost dělat rozhovory pouze v jednom zařízení, které je určeno pro zrakově postižené a zároveň provádí muzikoterapii. Za slabou stránku lze považovat také to, že mezi pracovníky není žádný muž, rozhovory jsou tedy pouze se ženami. Je možné vnímat také jako slabou stránku to, že mám sama zrakové postižení a mohlo to tak ovlivnit nejen rozhovory, ale také
následnou interpretaci. Avšak tomuto jsem se snažila vyhnout a udržet si nezaujatý pohled na věc, držet se daných výzkumných otázek a zvolené literatury.

3. **Doporučení pro praxi**

Žádoucím stavem, který jsem si určila v aplikačním cíli je, že sociální pracovníci by měli umět uplatnit svůj postoj k přínosům a rizikům metod muzikoterapie. Měli by také zaujmout postoj k tomu, aby dokázali určit metody muzikoterapie a práce s hudbou, a to takové, které mohou mít pro klienty přínosy či naopak v čem mohou vidět rizika. Ideálním stavem by bylo, kdyby si pracovníci neidealizovali a nestereotypizovali metody muzikoterapie.

Díky rozhovorům a následné interpretaci DVO1, 1.3. představa o roli muzikoterapeuta, jsem měla možnost zjistit, že využívání technik muzikoterapie je v tomto zařízení vhodné, i když sama muzikoterapeutka nemá relevantní vzdělání k muzikoterapii. Čímž uvedu své první doporučení, aby lidé, kteří provozují muzikoterapii měli mít vzdělání v rámci muzikoterapie, a průběžně si vzdělání doplňovali pomocí vzdělávacích kurzů. Vzdělání by mělo probíhat alespoň v rámci kurzu, který by naplnil minimálně 100 hodin během roku, přičemž by byla možná návštěva dalších doplňujících seminářů.

Podle interpretace DVO2 a kategorie 1.1. Emoce při provádění muzikoterapie, a) radost při muzikoterapii, je možné zvolit doporučení, aby si pracovníci muzikoterapie neidealizovali, ale naopak je potřeba se naučit reflektovat možné nedostatky, kontraindikace, to kde muzikoterapie nepůsobí a nemá vliv na sociální fungování klientů.

Aby se mohl zlepšit přístup k muzikoterapii, bylo by vhodné, aby jak muzikoterapeuté, tak i klienti měli možnost se setkat i s jinými formami muzikoterapie. Z rozhovorů vyplynulo, (1.4. představa o roli muzikoterapeuta, c) obtížnosti při muzikoterapii), že klienti nezažili jinou muzikoterapii, proto nemohou srovnávat. Stejně je na tom i muzikoterapeutka, která zná jen jejich muzikoterapii. Proto, jako třetí doporučení je možné zvolit, setkávání se s jinými formami muzikoterapie a zažít jiné postupy a techniky procesu muzikoterapie, dále formou případů dobré praxe, anebo formou již výše uvedených seminářů.
4. Návrhy dalších výzkumů


Jako druhý výzkum navrhuji zaměřit se na proces muzikoterapie, a co může muzikoterapii komplikovat. Konkrétně se zaměřením na bariéry a negativa v muzikoterapii. Zjišťovalo by se co může muzikoterapii narušovat, jak jednotlivých respondentí vnímají muzikoterapii. Výzkum by probíhal v rámci kvalitativní strategie, za pomoci techniky rozhovorů s klienty a s pracovníky. Za druhé by bylo zaměření na pozorování klientů a měření změn u klientů po absolvování více hodin muzikoterapie a toto pozorování následně porovnávat s rozhovory. Cílem by bylo zabývat se vnímání muzikoterapie, jaký má muzikoterapie vliv na změnu sociálního fungování.

A jako třetí výzkum navrhuji zkoumat také vliv muzikoterapie u zrakově postižených dětí a u zrakově postižených dospělých. Výzkum by probíhal pomocí kvalitativní strategie, za pomoci rozhovorů a pozorování.
Bibliografie


   http://www.helpnet.cz/dusevni-nemoci


Anotace

Název práce: Postoj klientů a sociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie a práce s hudbou u zrakově postižených klientů

Autor: Bc. Lenka Slováčková
Vedoucí práce: Mgr. Jiří Vander, DiS.
Instituce: Masarykova univerzita Brno, Fakulta sociálních studií

Počet slov základního textu: 27 612

Diplomová práce zkoumá postoj klientů a sociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie a práce s hudbou u zrakově postižených klientů. Zaměřuje se především na postoj, který klienti a sociální pracovníci zaujímají (kognitivní, emocionální a konativní složka). Základem pro teoretickou část bylo vymezení základních pojmů, jako je muzikoterapie, sociální práce, zrakově postižení, sociální práce se zrakově postiženými a postoj. Pro výzkum byla využita kvalitativní strategie za pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Z toho bylo 7 klientů a 4 pracovníci. Získané data v rozhovorech byly zpracovány pomocí otevřeného a axiálního kódování. Z interpretační části vyplynulo, že postoj klientů a sociálních pracovníků k muzikoterapii a využívání hudby je především pozitivní. Vnímají pouze nepatrné negativa, ve kterých se klienti a pracovníci liší. Klienti vidí negativum v tom, že jim někdo narušuje hodinu muzikoterapie, ale pracovnice vnímá jako negativum to, že se klienti neumí plně uvolnit, tak, jak by si ona představovala.

Klíčová slova: muzikoterapie, sociální práce, sociální pracovník, muzikoterapeut, postoj, nerovnováhy, zrakově postižení, práce s hudbou.
This thesis examines the position of clients and social workers to the positive and negative sides of music therapy and work with music for visually impaired customers. It focuses primarily on the attitude that clients and social workers occupy (cognitive, emotional and conative component). The basis for the theoretical part was the definition of basic concepts, such as music therapy, social work, visually impaired, social work with visually impaired and attitude. For research was used qualitative strategy for using a semi-structured interview technique. It was 7 clients and 4 employees. Data obtained in interviews were processed using open and axial coding. From the performance section showed that the attitude of clients and social workers to use music therapy and music is mainly positive. They perceive only minor negatives in which clients and employees differ. Clients see a disadvantage in the fact that someone disturbs hour of therapy, but workers perceive as a disadvantage that clients can not fully relax, as she would have imagined.

Key words: music therapy, social work, social worker, therapist, attitude, imbalances, visual impairment, work with music.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Jmenný a věcný rejstřík</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>A</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Atkinson 24, 75</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>B</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Bangiun 15, 62</td>
</tr>
<tr>
<td>Bartlettová 19, 21, 56, 67, 67, 86,</td>
</tr>
<tr>
<td>Baštecká 34, 67</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>C</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Corbinová 8, 50, 51</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Č</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Čižková 38, 39, 87</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>D</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Dachsel 34, 67</td>
</tr>
<tr>
<td>Davis 30, 56</td>
</tr>
<tr>
<td>Disman 43, 44</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>F</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Franiok 15, 56</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>G</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Gfeller 30, 56</td>
</tr>
<tr>
<td>Guoqing 15, 62</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>H</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Hartl 38, 86</td>
</tr>
<tr>
<td>Hartlová 38, 86</td>
</tr>
<tr>
<td>Hendl 43, 50</td>
</tr>
<tr>
<td>Horňáková 10, 13, 54</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>I</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Integrace 34, 35, 67, 83, 85, 86</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>K</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Kantor 9, 10, 13, 14, 31, 54</td>
</tr>
<tr>
<td>Keblová 25, 31, 63</td>
</tr>
<tr>
<td>Kimplová 25, 27, 30, 63</td>
</tr>
<tr>
<td>Kolaříková 25, 27, 63</td>
</tr>
<tr>
<td>Kratochvíl 9, 13, 17, 61,</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Křivohlavý 28, 56, 57,</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kyndrová 6</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
L
Levická 23, 62
Lili 15, 62
Linka 9, 12, 13, 14, 15, 56, 69, 76

M
Matoušek 18, 20, 24, 59,
Michalík 33, 64, 86
Miovský 43, 44, 45, 47, 50
Musil 18, 19, 21, 23, 59, 71, 74

Muzikoterapie 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 30, 31, 35, 36, 43, 45, 46, 47, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89

N
Nakonečný 38, 39, 41, 42, 72, 73, 86
Navrátil 18, 19, 20, 21, 59, 71, 74

Negativní 8, 14, 15, 30, 36, 38, 39, 40, 41, 46, 54, 56, 63, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 76, 77, 78, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87
Negativa muzikoterapie 15, 89

Nerovnováhy 8, 18, 32, 33, 34, 36, 65, 67

Novosad 33, 55

P
Payne 19, 59
Pejřimovská 9, 11, 15, 55, 66, 86
Peterková 41, 71, 73

Postoj 7, 8, 38, 39, 43, 44, 45, 46, 47, 51, 63, 65, 68, 72, 73, 74, 75, 85, 88, 92

Pozitivní 8, 15, 33, 36, 38, 39, 40, 41, 61, 62, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 79, 83, 85, 86, 87

Pozitiva muzikoterapie 14, 87

Práce s hudbou 7, 8, 51, 65, 66, 68, 73, 85

R
Rozsíval 26
Rucká 29, 30
Růžičková 21, 74

Ř
Řezníček 23, 59
S
Seligman 40, 70
Slaměník 38, 39, 42, 63, 66, 74
Silverman 44
*Sociální fungování* 18, 19, 20, 23, 71, 74
*Sociální práce* 7, 18, 19, 20, 21, 22, 35, 36, 37, 45, 52, 54, 59, 85
SONS 25, 27
Strauss 8, 50, 51
Stuchlíková 39, 40, 41, 70, 71

T
Thaut 30, 56
Trachtová 24, 74

U
Úlehla 18, 67
V
Vítková 34
W
Wiener 29, 30

Z
Zákon 108/2006 22, 23, 60
Zelejová 15, 56
*Zrakově/é postižení* 18, 27, 35, 36, 45, 48, 57, 87, 95
Seznam příloh

Příloha č. 1: Tabulka operacionalizace:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dílčí výzkumné otázky</th>
<th>Indikátory</th>
<th>Otázky</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>DVO2</strong>&lt;br&gt;Jaký je postoj klientů a sociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie a práce s</td>
<td>- Emoce&lt;br&gt;- Pocity</td>
<td>1. Řekněte mi, co se vám vybaví, když se řekne slovní spojení muzikoterapie a radost u zrakově postižených při muzikoterapii? Radost u Vás?&lt;br&gt;2. Co se musí stát, aby zrakově</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| hudbou u zrakově postižených klientů na emocionální úrovni? | postižení při muzikoterapii pocitovali štěstí?  
3. Co klienty na muzikoterapii Štve? Co Vás?  
4. Co zapříčiní to, že se ve Vás objeví smutek při muzikoterapii? U klientů?  
5. Co si myslíte, když se řekne muzikoterapie a hněv?  
6. Jaké pocity jste prožíval, pokud se v muzikoterapii pracovalo se vztahy (otázka na interakce) |
|---|---|
| **DVO3**  
Jak kognitivní a emoční rovina ovlivňuje behaviorální rovinu postoje u klientů a sociálních pracovníků, kteří využívají muzikoterapii a práci s hudbou u zrakově postižených klientů?  
- Postupy  
- Druhy muzikoterapie  
- Motivace k muzikoterapii  
1. Můžete mi říct přesný postup, jak provádite muzikoterapii?  
2. Jaké druhy muzikoterapie vy sám provádite? Které techniky jsou vhodné pro zrakově postižené a z jakého důvodu? Které jsou nevhodné a z jakého důvodu?  
3. Co Vás vede k tomu, abyste absolvovali muzikoterapii?  
4. Co všechno by měl dělat dobrý muzikoterapeut? Co všechno by měl dělat sociální pracovník při muzikoterapii? |
5. Jak často se koná muzikoterapie? Zvýšil/a nebo snížil/a byste počet konání?

6. Jak může názor na klienta ovlivnit chování pracovníka (muzikoterapeuta nebo SPR) vůči klientovi? Jak mohou emoce (pozitivní či negativní) vůči klientovi ovlivnit chování pracovníka (muzikoterapeuta nebo SPR) vůči klientovi?

7. S jakými muzikoterapeutickými technikami je možné působit na vztahy klienta? Jak a v čem tyto techniky a postupy mohou ovlivnit vztahy klienta?
Příloha č. 2: Seznam otázek pro sociální pracovníky

1. Co Vás první napadne, když se řekne muzikoterapie?
2. Jak vnímáte roli muzikoterapeuta v muzikoterapii?
3. Můžete mi říct přesný postup, jak provádite muzikoterapii?
4. Jak často se koná muzikoterapie? Zvýšil/a nebo snížil/a byste počet konání?
5. Řekněte mi, co se vám vybaví, když se řekne slovní spojení muzikoterapie a radost u zrakově postižených při muzikoterapii? Radost u Vás?
6. Je muzikoterapie nějakým způsobem specifická? Pokud ano v čem? Pokud ne, z jakého důvodu?
7. Co všechno by měl dělat dobrý muzikoterapeut?
8. Co všechno by měl dělat sociální pracovník při muzikoterapii?
9. Co Vás vede k tomu, abyste absolvovali muzikoterapii?
10. Co Vás napadne, když řeknete muzikoterapie se zrakově postiženými?
11. Co si myslíte, když se řekne muzikoterapie a hněv?
12. Jaké druhy muzikoterapie vy sám provádíte?
13. Jak může názor na klienta ovlivnit chování pracovníka (muzikoterapeuta nebo SPR) vůči klientovi?
14. Jak mohou emoce (pozitivní či negativní) vůči klientovi ovlivnit chování pracovníka (muzikoterapeuta nebo SPR) vůči klientovi?
15. Co vás napadne, když se řekne muzikoterapie a sociální práce?
16. Co se musí stát, aby zrakově postižení při muzikoterapii pociťovali štěstí?
17. Které techniky muzikoterapie jsou nevhodné a z jakého důvodu?
18. Co Vás napadne, když se řekne zdroje zrakově postiženého a muzikoterapie?
19. Co klienty na muzikoterapii štěte? Co Vás?
20. Co zapříčiní to, že se ve Vás objeví smutek při muzikoterapii? U klientů?
21. Jak vnímáte roli SP v muzikoterapii?
22. Které techniky jsou vhodné pro zrakově postižené a z jakého důvodu?
23. Co vás napadne, když se řekne bariéry zrakově postiženého a muzikoterapie?
24. Jaké pocity jste prožíval, pokud se v muzikoterapii pracovalo se vztahy?
25. S jakými muzikoterapeutickými technikami je možné působit na vztahy klienta?
   Jak a v čem tyto techniky a postupy mohou ovlivnit vztahy klienta?
Příloha č. 3: Seznam otázek pro muzikoterapeuta:

1. Co Vás první napadne, když se řekne muzikoterapie?
2. Jak vnímáte roli muzikoterapeuta v muzikoterapii?
3. Můžete mi říct přesný postup, jak provádíte muzikoterapii?
4. Jak často se koná muzikoterapie? Zvýšil/a nebo snížil/a byste počet konání?
5. Řekněte mi, co se vám vybaví, když se řekne slovní spojení muzikoterapie a radost u zrakově postižených při muzikoterapii? Radost u Vás?
6. Je muzikoterapie nějakým způsobem specifická? Pokud ano v čem? Pokud ne, z jakého důvodu?
7. Co všechno by měl dělat dobrý muzikoterapeut?
8. Co všechno by měl dělat sociální pracovník při muzikoterapii?
9. Co Vás vede k tomu, abyste absolvovali muzikoterapii?
10. Co Vás napadne, když řeknete muzikoterapie se zrakově postiženými?
11. Co si myslíte, když se řekne muzikoterapie a hněv?
12. Jaké druhy muzikoterapie vy sám provádite?
13. Jak může názor na klienta ovlivnit chování pracovníka (muzikoterapeuta nebo SPR) vůči klientovi?
14. Jak mohou emoce (pozitivní či negativní) vůči klientovi ovlivnit chování pracovníka (muzikoterapeuta nebo SPR) vůči klientovi?
15. Co vás napadne, když se řekne muzikoterapie a sociální práce?
16. Co se musí stát, aby zrakově postižení při muzikoterapii pociťovali štěstí?
17. Které techniky muzikoterapie jsou nevhodné a z jakého důvodu?
18. Co Vás napadne, když se řekne zdroje zrakově postiženého a muzikoterapie?
19. Co klienty na muzikoterapii štve? Co Vás?
20. Co zapříčiní to, že se ve Vás objeví smutek při muzikoterapii? U klientů?
21. Jak vnímáte roli SP v muzikoterapii?
22. Které techniky jsou vhodné pro zrakově postižené a z jakého důvodu?
23. Co vás napadne, když se řekne bariéry zrakového postižení a muzikoterapie?
24. Jaké pocity jste prožíval, pokud se v muzikoterapii pracovalo se vztahy?
25. S jakými muzikoterapeutickými technikami je možné působit na vztahy klienta?

Jak a v čem tyto techniky a postupy mohou ovlivnit vztahy klienta?
1. Co Vás první napadne, když se řekne muzikoterapie?
2. Jak vnímáte roli muzikoterapeuta v muzikoterapii?
3. Můžete mi říct přesný postup, jak provádíte muzikoterapii?
4. Jak často se koná muzikoterapie? Zvýšil/a nebo snížil/a byste počet konání?
5. Řekněte mi, co se vám vybaví, když se řekne slovní spojení muzikoterapie a radost u zrakově postižených při muzikoterapii? Radost u Vás?
6. Je muzikoterapie nějakým způsobem specifická? Pokud ano v čem? Pokud ne, z jakého důvodu?
7. Co všechno by měl dělat dobrý muzikoterapeut?
8. Co všechno by měl dělat sociální pracovník při muzikoterapii?
9. Co Vás vede k tomu, abyste absolvovali muzikoterapii?
10. Co Vás napadne, když řeknete muzikoterapie se zrakově postiženými?
11. Co si myslíte, když se řekne muzikoterapie a hnev?
12. Jaké druhy muzikoterapie vy sám provádíte?
13. Jak může názor na klienta ovlivnit chování pracovníka (muzikoterapeuta nebo SPR) vůči klientovi?
14. Jak mohou emoce (pozitivní či negativní) vůči klientovi ovlivnit chování pracovníka (muzikoterapeuta nebo SPR) vůči klientovi?
15. Co vás napadne, když se řekne muzikoterapie a sociální práce?
16. Co se musí stát, aby zrakově postižení při muzikoterapii pociťovali štěstí?
17. Které techniky muzikoterapie jsou nevhodné a z jakého důvodu?
18. Co Vás napadne, když se řekne zdroje zrakově postiženého a muzikoterapie?
19. Co klienty na muzikoterapii štve? Co Vás?
20. Co zapříčiní to, že se ve Vás objeví smutek při muzikoterapii? U klientů?
21. Jak vnímáte roli SP v muzikoterapii?
22. Které techniky jsou vhodné pro zrakově postižené a z jakého důvodu?
23. Co vás napadne, když se řekne bariéry zrakového postižení a muzikoterapie?
24. Jaké pocitky jste prožíval, pokud se v muzikoterapii pracovalo se vztahy?
25. S jakými muzikoterapeutickými technikami je možné působit na vztahy klienta?

Jak a v čem tyto techniky a postupy mohou ovlivnit vztahy klienta?
**Příloha č. 5: Popis oka**

Abychom mohli mluvit o zrakovém postižení, je nejprve potřeba si alespoň obecně vymezit z čeho se náš zrakový orgán skládá. Zrakový orgán je tedy složen ze tří základních částí:

1. Oční koule (bulbusoculi) – což je zevní oko
2. Zrakový nerv – přenáší informace do zrakové dráhy a centra, která spojují oko s centrem

Na obrázku je možné vidět, ze kterých dalších částí se oko skládá.
Stať

Postoj klientů a sociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie a práce s hudbou u zrakově postižených klientů

Position of clients and social workers to the positive and negative sides of music therapy and work with music by visually impaired clients

Úvod

Diplomová práce se zabývá postojem klientů a sociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie a práce s hudbou u zrakově postižených klientů.

Symbolický cíl popisuje postoj sociálních pracovníků k muzikoterapii, kdy si myslí, že se jedná o oddechovou aktivitu a nevnímají možný terapeutický potenciál a zároveň neví, jaké metody jsou pro zrakově postižené nevhodné nebo neúčinné, tím způsobem, že tato technika není v praxi využívána, jako doplňková technika, především v sociální práci u lidí se zrakovým postižením, kdy právě tito lidé mají více vyvinuté vnímání pro hudbu. Tento postoj zapříčinuje to, že sociální pracovníci pak nejsou schopni odlišit, co je „kvalitní“ terapie a co není. Zaměňují muzikoterapii s jakýmkoliv využitím hudby a nevnímají terapeutický potenciál muzikoterapie, ani to, jaké muzikoterapeutické postupy jsou neúčinné nebo dokonce škodlivé.

Aplikační cíl staví především na tom, že sociální pracovníci by měli umět uplatnit svůj postoj k přínosům a rizikům metod muzikoterapie. Měli by také zaujmout postoj k tomu, aby dokázali určit metody muzikoterapie a práce s hudbou, a to takové, které mohou mít pro klienty přínosy či naopak v čem mohou vídať rizika. Ideálním stavem by bylo, kdyby si pracovníci neidealizovali a nestereotypizovali metody muzikoterapie.

Diplomová práce je rozdělena do tří částí. V první, teoretické části, jsou členáři provedení pojmy a koncepty, které s daným tématem diplomové práce souvisí. Metodologická část je zaměřena na výzkumnou strategii, která byla použita při sběru dat, cíl výzkumu, hlavní výzkumnou otázkou a tři dílčí výzkumné otázky. V interpretáční části je obsažena analýza dat, které jsem získala na základě rozhovorů a ty zpracovala. Jsou zde popsány výsledky mého výzkumu. Hlavním cílem této diplomové práce je najít odpověď na otázku: Jaký je postoj klientů a sociálních pracovníků k pozitivům a
negativním muzikoterapií a práce s hudebními způsobami lidech se zrakově postiženými klienty? V závěru je obsažena odpověď na hlavní výzkumnou otázku a doporučení pro další praxi.

Teoretická část

Teoretická část se skládá ze čtyř hlavních kapitol. První kapitola popisuje samotný pojem muzikoterapie. Druhá kapitola se zaměřuje na sociální práci se zrakově postiženými, kdy jsou představy pojmy: sociální pracovník, sociální fungování, zrakově postižený a nerovnováhy u zrakově postižených. Třetí kapitola je zaměřena na muzikoterapii v sociální práci se zrakově postiženými klienty a čtvrtá část popisuje koncept a možnost rozdělení a vnímání postojů.

Muzikoterapie

Muzikoterapie je v některých svých definicích označována jako systematický proces intervente (Kantor, Lipský, Veber, 2009) Pro lepší a přesnější představu, bude popsáno, co vyjadřují pojmy systematický, proces a intervence.

„Muzikoterapie je použití hudeby k terapeutickým cílům: znovuobnovení, udržení a zlepšení mentálního a fyzického zdraví. Je to systematická aplikace hudeby řízená terapeutem v terapeutickém prostředí tak, aby se dosáhlo kýcháné změny v chování“.

(Zeleiová, 2007, s.28)

Dle Horňákové (in Kantor, 2009) muzikoterapie je považována jako podpůrná terapie u osob se specifickými potřebami, a to v součinnosti s jinými terapeutickými a edukačními přístupy. Muzikoterapie je spojená se speciální pedagogikou s určitými cíli.


hlučné hudby má negativní vliv. Jedná se především o styly: big beat, rock, hard rock, heavy metal, punk, techno, rap, disco, atd. avšak stejně může působit i hudba vážná. Tyto styly se projevují monotónní, stereotypní a úhozově agresivními zvuky, působiící jako ohlušující zvuková stěna, před kterou není úniku. Avšak i tento žánr má svě, především mladé, příznivce.

**Sociální práce se zrakově postiženými klienty**

**Sociální práce**

Pokud se podíváme na definice různých autorů, zjistíme, že některé jsou velmi jednoduché, ale výstižné, jako např. uvádí Navrátil (2000) „sociální práce je prostě to, co dělají sociální pracovníci“. Nicméně je potřeba více do hloubky specifikovat sociální práci, což uvádí Musil (2004, s. 15) kde popisuje, že v sociální práci je potřeba „pomoci lidem v obtížných životních situacích“, kde je potřeba se zaměřovat na „interakce mezi člověkem a jeho sociálním prostředím“, přičemž „pomoc je zaměřena na dosahování rovnováhy mezi očekáváním sociálního prostředí, v němž lidé uspokojují svoje potřeby, a jejich schopnost toto očekávání zvládat“.


**Zrakové postižení**

Je možné se setkat s lidmi, kteří mají různé druhy a stupně zrakového postižení. Takto se označují lidé, kterým poškozený zrak nějakým způsobem ovlivňuje konání běžných činností každodenního chodu života a běžná optická korekce jim nepomáhá. Do této skupiny tedy nezařazujeme osoby, které nosí brýle a tímto svoje zrakové omezení
odstraní a mohou v běžném životě normálně fungovat. (Národní informační centrum pro mládež, online)

Podle výsledků oftalmologického vyšetření je možno zrakově postiženého člověka zařadit do některé z 5 kategorií zrakového postižení:

- kategorie 1: střední slabozrakost
- kategorie 2: silná slabozrakost
- kategorie 3: těžce slabý zrak
- kategorie 4: praktická nevidomost
- kategorie 5: úplná nevidomost (SONS, klasifikace zrakově postižených, vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, online)

K provádění úspěšné muzikoterapie je důležitý také sluch. Pokud má zrakově postižená osoba poškozen sluch, přichází o možnost získávání informací ze svého vnějšího okolí. (Keblová, 1999, s. 9-12)

Nerovnováhy

Nerovnováhy u zrakově postižených nebo i celkově u zdravotně postižených osob, jsou různé. Na nerovnováhy je možné se podívat optikou v rámci sociálního fungování, které bylo popsáno v kapitole 2. Díky tomu, že prostředí klade na jedince určité požadavky a prostředí očekává, že tyto požadavky klient bude naplňovat, může u zdravotně postižených způsobit právě problém. Vzhledem ke svému postižení nemusí zvládat očekávané požadavky prostředí a tím se jedinec dostane do nerovnováhy.

Je možné se zaměřit například na komunikaci, která je v životě nevidomého člověka mnohdy důležitější, než si lze představit. Díky komunikaci s lidmi může poznávat své okolí. Proto je potřeba zde zařadit také roli průvodce, který po většinu času nevidomého doprovází např. na úřady, k lékaři, do obchodu, atd. Nerovnováhu můžeme vnímat v tom, že pokud např. průvodce doprovází nevidomého na úřad, velmi často se stává, že pracovník komunikuje s průvodcem a nikoli přímo s nevidomým, čímž může v nevidomém vyvolat pocit bezmocnosti či neschopnosti. Při komunikaci je potřeba dodržovat také určité zásady, jimiž jsou například to, že vidící by měl oslovit nevidomého jako první, popřípadě připojit k pozdravu i své jméno, pokud se s nevidomým neznáme delší dobu a on dotyčného pozná podle haslu. (Michalík, 2011)
**Muzikoterapie v sociální práci se zrakově postiženými klienty**

Při srovnání cílů muzikoterapie a sociální práce, si lze povšimnout, že se docela shodují. V oboru sociální práce, jde o sociálním pracovníkům o rovnováhu mezi interakcími v rámci prostředí, které klade na jedince určité požadavky, a jedincem. Velmi podobně pracuje také s jedincem muzikoterapie, kdy se snaží dosáhnout naplnit mimo jiné také sociální potřeby jedince. Muzikoterapie i sociální práce se snaží pracovat také s mezilidskými vztahy, kdy při sociální práci pomáhá „terapeutické paradigma“ a v muzikoterapii pomáhá hudba, což je taktéž „terapie“, která může napomoci uvolnění napětí, relaxaci a celkovém zklidnění. Obě tyto disciplíny se mohou zaměřit také např. na komunikaci.

Při pohledu na to, s jakou cílovou skupinou pracují tyto dva obory, můžeme konstatovat, že jejich cílové skupiny jsou ti samý klienti, kteří jsou jak u sociální práce, tak i u muzikoterapie na prvním místě. Mohou tedy pracovat s lidmi s postižením (smyslovým, mentálním, tělesným), s lidmi závislými (na drogách, alkoholu, gambleři, …), se seniory, s dětmi, s menšinami, vězni, atd. Jsou to tedy většinou klienti, kteří potřebují získat nové dovednosti či se s pomocí pracovníků vymanit z jejich nepříznivé sociální situace, kde může být právě problém se vztahy, komunikací, s labilními emocemi, ale taky to může být způsobeno stresem, se kterým neumí pracovat. Domnívám se tedy, že tyto faktory mohou způsobovat problémy v sociálním fungování jedince a proto je možné jej zařadit pod působnost sociálních pracovníků. Lze říci, že propojení z hlediska práce s cílovými skupinami, je propojení muzikoterapie a sociální práce opodstatněné.

Při konkrétním zaměření se na práci s cílovou skupinou zrakově postižení, kteří jsou také hlavní tématem této diplomové práce, lze konstatovat, že muzikoterapie při práci se zrakově postiženými klienty je vhodná, díky tomu, že zde klienti využívají svůj sluchový vjem, který bývá často zvýšen, díky ztrátě zraku. Těžko je zde využitelná např. arteterapie či jiné terapie, u kterých je potřeba mít alespoň částečnou zrakovou kontrolu.

**Postoj**

V literatuře je obsaženo velké množství nejrůznějších definic, které vyjadřují, co pojem „postoj“ znamená. Nicméně většina autorů uvádí své definice neúplně nebo jsou naopak povšechné. Jak uvádí autoři Krench, Crutcherfield a Ballachey (in Nakonečný, 1999) sociální psychologie uvádějí definici postoje takto: „trvalé soustavy pozitivních nebo negativních hodnocení, emocionálního citění a tendencí jednání pro nebo proti vůči

Postoj byl popsán z pohledu tří dimenzí. Jedná se o dimenze: emocionální, kognitivní a behaviorální.

**Metodologická část**

V této práci byla použita kvalitativní metoda sběru dat. Disman (2002, s. 285) uvádí přesnou definici kvalitativní metody. „Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím.“

V rámci operacionalizace byla definována hlavní výzkumná otázka: „Jaký je postoj klientů a sociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie a práce s hudbou u zrakově postižených klientů?“, od níž se odvíjely tři dílčí výzkumné otázky:

**DVO1**: Jaký je postoj sociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie u zrakově postižených klientů na kognitivní úrovni?

Pomocí této dílčí výzkumné otázky se pokusím zjistit názory a představy o muzikoterapii, o zrakovém postižení a o spojitosti sociální práce a muzikoterapie. Otázka je zaměřena také na zvládání nerovnováh.

**DVO2**: Jaký je postoj sociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie u zrakově postižených klientů na emocionální úrovni?

Záměrem této otázky je zjištění, jaké emoce prožívají klienti při muzikoterapii, zda muzikoterapie pomáhá nějakým způsobem se zbavit negativních emocí a také jaké emoce prožívají při muzikoterapii samotní pracovníci.
DVO3: Jak kognitivní a emoční rovina ovlivňuje behaviorální rovinu postoje u sociálních pracovníků, kteří využívají muzikoterapii u zrakově postižených klientů?

Tato otázka by měla zjišťovat, jakým způsobem pracují zaměstnanci s klienty v rámci muzikoterapie, jaké druhy muzikoterapie využívají v rámci skupinové terapie, ale také jak samy využívají techniky muzikoterapie.

Výběr respondentů by byl odvozován od záměrného kategoriálního výběru, který se nejčastěji používá při kvalitativním výzkumu. (Miovský, 2006) Hlavní kritériem v tomto případě bylo to, aby pracovníci, ale i klienti měli zkušenost s muzikoterapií v daném zařízení. Mimo stanovených otázek, které jsem pokládala všem stejně, jsem se u pracovníků zajímala o jejich věk, vzdělání jak v muzikoterapii, tak i v sociální práci, a o délku praxe v daném zařízení. U klientů mě zajímalo jejich věk, postižení, vzdělání, délka pobytu v zařízení a jak dlouho dochází na muzikoterapii.

Výzkum probíhal pouze v jednom zařízení. Z důvodu anonymity nemohu uvést, o které zařízení přesně šlo. Jedná se o zařízení, které poskytuje pobytové služby pro osoby se zrakovým postižením.

Interpretační část


Interpretace DVO1

Pomocí této dílčí výzkumné otázky jsem se pokusila zjistit názory a představy o muzikoterapii, o zrakovém postižení a o spojitosti sociální práce a muzikoterapie. Otázka je zaměřena také na zvládání nerovnovah.

Pracovnice i klienti se shodovali v tom, že při pojmu muzikoterapie se jim vybaví především hudba a pohyb. Jako nejpříjemnější část muzikoterapie vnímají obě skupiny respondentů část, kdy se provádí masáž. Stejně pracovníci i klienti vnímali to, že podle
nich, sociální pracovník při muzikoterapii nemusí zastávat žádnou roli, poněvadž tam není. Naopak odlišně bylo vnímáno vzdělání muzikoterapeuta, kdy pracovnice tvrdí, že muzikoterapii může dělat kdokoli, kdežto klienti vnímají určitou zodpovědnost toho, kdo muzikoterapii dělá a měl by mít vzdělání. Pomocí muzikoterapie by se měly odbourat nerovnováhy mezi prostředím a klientem.

**Interpretace DVO2**

*DVO2: Jaký je postoj sociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie u zrakově postižených na emocionální úrovni?*

Záměrem této otázky bylo zjištění, jaké emoce prožívají klienti při muzikoterapii, zda muzikoterapie pomáhá nějakým způsobem se zbavit negativních emocí a také jaké emoce prožívají při muzikoterapii samotní pracovníci.

Klienti, stejně jako pracovnice vnímají pozitivní na muzikoterapii to, že mají z muzikoterapie radost. Ta je způsobena pozitivní atmosférou, která ve většině případů převládá při hodině muzikoterapie. Pozitivum lze vnímat také v tom, že klienti, ale i pracovníci se mohou uvolnit při muzikoterapii a dostat ze sebe negativní emoce, tzv. apreakcí. Klienti mají negativní postoj k muzikoterapii v tu chvíli, pokud jim jejich muzikoterapii narušuje jiný účastník tím, že je okřikuje, především ve fázi abreakce, a klienti se tak nemohou plně uvolnit. Naopak pracovnice (P2) vnímá negativum v tom, že se klienti neumí uvolnit v relaxační části.

**Interpretace DVO3**

*DVO3: Jak kognitivní a emoční rovina ovlivňuje behaviorální rovinu postoje u sociálních pracovníků, kteří využívají muzikoterapii u zrakově postižených klientů?*

Tato otázka by měla zjišťovat, jakým způsobem pracují zaměstnanci s klienty v rámci muzikoterapie, jaké druhy muzikoterapie využívají v rámci skupinové terapie, ale také jak samy využívají techniky muzikoterapie. Především tu jde o jištění, jak kognitivní a emoční rovina působí na behaviorální rovinu.

Kognitivní a emoční složka se odráží v tom, že muzikoterapie působí nejen na emoční stránku, ale i pozitivní či negativní, ale také na poznávání. Díky muzikoterapii
klienti poznávají nejen ostatní obyvatele zařízení, ale především samy sebe. Při muzikoterapii se mohou plně uvolnit a dát tak průchod svým emocím, kterým by jinak nedali možnost se vyjádřit. Pomocí muzikoterapie je možné si povšimnout behaviorální složky klientů, ale i pracovníků. Během muzikoterapie se budují určité vztahy, které pak mohou ovlivňovat chování klientů vůči sami sobě, ale také vůči ostatním účastníků a také vůči muzikoterapeutce. To stejné platí taktéž ze strany muzikoterapeuta. Účastníci muzikoterapie k sobě navzájem zaujímají postoje, které jsou k některým pozitivní a k některým naopak méně pozitivní.

Závěr

V samotném závěru odpovídám na hlavní výzkumnou otázku, popisuji silné a slabé stránky výzkumu, jsou uvedeny také doporučení pro praxi a návrhy pro další zkoumání.

Hlavní výzkumná otázka: **Jaký je postoj klientů a sociálních pracovníků k pozitivům a negativům muzikoterapie a práce s hudbou u zrakově postižených klientů?**

Z výzkumu je možné vyvodit, že klienti mají pozitivní postoj k muzikoterapii. Klienti se na muzikoterapii těší a mají ji rádi. Jako negativum vnímají v tom, že je napomíná jiný účastník muzikoterapie, což jim vadi. Občas je klientům nepřijemné i bubnování či příliš hlasitá hudba. Naopak pracovnice (pouze muzikoterapeutka) vnímá jako negativní to, že se klienti neumí plně uvolnit, příliš se kontrolují, ale také jako negativní vnímá to, když k muzikoterapii připojí jinou terapii např. aromaterapii. Klienti se pak nesoustředí na samotnou muzikoterapii, ale především na intenzitu vůní. Jako pozitivum všechny pracovnice i klienti vnímají v tom, že se klienti, ale i ony samy mohou uvolnit pomocí tzv. abreakce, kdy se beze dostanou přebytečnou energii, ale hlavně negativní pocity.

Za silnou stránku lze považovat zvolení kvalitativní výzkumné strategie za pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Tato výzkumná strategie je vhodně využita z toho důvodu, že téma moji diplomové práce mohlo být prozkoumáno do hloubky, což by kvantitativní výzkumná strategie nedovolila. Jako silnou stránku považuji také to, že jsem měla připraveny otázky, které jsem pokládala jak klientům, tak i pracovníkům, přičemž se obě tyto skupiny zamýšleli nad pozitivy a negativy muzikoterapie a dalšími otázkami, které jsem jim pokládala, nad kterými by jinak asi nepřemýšleli. Další silnou stránku vidím
v tom, že jsem měla možnost mluvit s klienty, kdy se rozhovorů účastnili jak muži, tak i ženy.

První doporučení je, aby si muzikoterapeutka doplnila vzdělání v rámci muzikoterapie, kdy by se mohla naučit i jiné techniky, než využívají doposud a změnit tak stereotypní aktivitu. Zároveň by se naučila, které techniky jsou vhodné pro určitou cílovou skupinu a nemusela by tak provádět pokusy, zda např. již zmíněná aromaterapie bude vhodnou součástí muzikoterapie či nikoli. Vzdělání by probíhálo alespoň v rámci kurzu, který by naplnil minimálně 100 hodin během roku, kdy by se muzikoterapeutka účastnila také dalších seminářů.

Jako druhé doporučení bych volila, aby se pracovnice pokusily na muzikoterapii podívat nejen pozitivní, ale i negativní optikou. Takto by mohly zjistit své nedostatky, které při pozitivním postoji k muzikoterapii mohou přehlížet. K tomuto by jim mohla pomoci pravidelná supervize, kdy by supervisor upozorňoval na jejich jednostranné vnímání a učil je být nezaujatý, aby byli schopni vnímat také negativa muzikoterapie.

Aby mohli zlepšit nejen pracovníci, ale také klienti přístup k muzikoterapii, bylo by vhodné, aby obě tyto skupiny pozvaly i jinou muzikoterapii. Z rozhovorů vyplývá, že klienti nezažíli jinou muzikoterapii, proto nemohou srovnávat. Stejně je na tom i muzikoterapeutka, která zná jen jejich muzikoterapii. Proto bych volila, aby buď to do zařízení pozvali odborného muzikoterapeuta, který by nejen klientům, ale také muzikoterapeutce ukázal další možnosti, jak pracovat a jaké aktivity je možné zařazovat do muzikoterapie určené pro zrakově postižené. Anebo by si našli muzikoterapeuta, za kterým by docházeli na muzikoterapii, aby měli možnost poznat něco jiného a nového než provádění v jejich zařízení, nebo navštívit jiné zařízení, které provádí muzikoterapii, kdy by si novou muzikoterapii přizpůsobili, pro své klienty, tak, aby vyhovovala nejen zrakovému postižení.

Jako návrhy dalších výzkumů mne napadly: zkoumání efektivnosti muzikoterapie u lidí vidících a u lidí se zrakovým postižením, efekt muzikoterapie u zrakově postižených dětí a u zrakově postižených dospělých.

**Bibliografie:**